


2017

Perceived Barriers to Lifestyle Change in Obese, Low-Income Hispanic Women

Mariana Daniela Torchia
Walden University

Follow this and additional works at: <https://scholarworks.waldenu.edu/dissertations>

 Part of the [Public Health Education and Promotion Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

This Dissertation is brought to you for free and open access by the Walden Dissertations and Doctoral Studies Collection at ScholarWorks. It has been accepted for inclusion in Walden Dissertations and Doctoral Studies by an authorized administrator of ScholarWorks. For more information, please contact ScholarWorks@waldenu.edu.

Walden University

College of Health Sciences

This is to certify that the doctoral dissertation by

Mariana Daniela Torchia

has been found to be complete and satisfactory in all respects,
and that any and all revisions required by
the review committee have been made.

Review Committee

Dr. Cynthia Tworek, Committee Chairperson, Public Health Faculty

Dr. Magdeline Aagard, Committee Member, Public Health Faculty

Dr. Patrick Tschida, University Reviewer, Public Health Faculty

Chief Academic Officer

Eric Riedel, Ph.D.

Walden University

2017

Abstract

Perceived Barriers to Lifestyle Change in Obese, Low-Income Hispanic Women

by

Mariana Daniela Torchia

MPH, Loma Linda University, 1996

BA, California State University, Northridge, 1991

Dissertation Submitted in Partial Fulfillment

of the Requirements for the Degree of

Doctor of Philosophy

Public Health

Walden University

May 2017

Abstract

Low-income Hispanic women are the fastest growing minority population in the United States, and they have increased risks of obesity and secondary health issues, such as diabetes, related to their obesity. The purpose of this phenomenological study was to explore the barriers to lifestyle change among obese, low-income Hispanic women (OLHW). A health belief model lens was used. The study sample consisted of 15 OLHW who were clinic patients and ranged in age from 20-59. Recruitment occurred in a low-income, Southern California, outpatient clinic setting through volunteer participation from recruitment flyers. Fifteen women took part in 1-hour, in-depth interviews, which were digitally audio-taped with their consent. All interviews were transcribed and analyzed using both NVivo 11, and hand coding to identify common themes after word frequency and concept frequency analysis. Common themes identified included barriers of cost, time, physical health, family care, location, knowledge and education, depression and stress, and sleep issues. These findings contribute to the existing literature by increasing public health researchers' and program planners' knowledge of the experiences and obesity-related barriers to health behavior change within this underrepresented minority group, which can provide guidelines for future public health interventions in addressing these barriers. Obesity reduction efforts may help increase quality of life and create a new paradigm of public health interventions based on the stated needs of OLHW.

Perceived Barriers to Lifestyle Change in Obese, Low-Income Hispanic Women

by

Mariana Daniela Torchia

MPH, Loma Linda University, 1996

BA, California State University, Northridge, 1991

Dissertation Submitted in Partial Fulfillment

of the Requirements for the Degree of

Doctor of Philosophy

Public Health

Walden University

May 2017

Acknowledgements

I would like to acknowledge many who have helped me get to this particular life-goal's point: The Miraculous Completion of my Dissertation! I will not take a scholarly tone in the acknowledgments, as I prefer not to quantify and limit the expression of gratitude. It takes surprising patience to be around a student, and my husband, Tony, whose patience and support allowed for the rips and tides of this journey possible. He has been a super-hero of patience and moral support through his Obi-Wan Kenobi, aka, Tony-Wan Kenobi evolved self! Thank you! Now the foundation of scholarly support: I am deeply grateful for the miracle of my dedicated, Chair, Dr. Cynthia Tworek, PhD, who has made this journey a positive, productive, and shockingly pleasant one, through excellent feedback, suggestions, and guidance. I am also grateful for my very efficient committee member, Dr. Aagard, PhD, whose excellent feedback added a new dimension to what I thought was done at times; I love getting things done, I love feedback, and I love fixing things, so thank you both, Dr. Tworek, and Dr. Aagard for being concise, effective, and timely. A warm thank you to Dr. Patrick Tschida, DrPH, my URR, and Dr. Pat Carmoney, PhD. One of my Walden University student peers started a wonderfully thoughtful tradition of thanking us, as peers, so I would like to extend the same to her, Miss Sharon Kurtz, PhD, whose loving communication and excellent attitude was always a joy, and who gathered us together to form the TX five. I thank my costudent peers for their feedback, encouragement, and wonderful support: John Buhmeyer, aka Weasley of Harry Potter, who was supportive, understanding, and encouraging amidst his life-changing events; incredibly strong and lovely soon to be PhD, and an M.D., Aretha

Townsend, whose smile and love for her family is an example to us all; Maria Natal-Gopin, PhD, hard working mother, and overall strong go getter, who never let weird life events get in her way; sweet light filled Irene Campbell, PhD; California go getter and part of the TX five, Kathy Bianco, PhD; Dr. Richard Jimenez, DrPH, strong, light-filled, and dedicated Professor; and early on in my journey, my tech helper, and bionic at the speed of light PhD completion Sensei, Professor, and family man, Zin, whose energy would make the Energizer Bunny™ question his own cell power; if one coulomb per second equals one ampere (aka amp), and one coulomb is the flow of electrons through a metal conductor, and the unit of electrical resistance is one ohm, and its resistance is one volt, then one Zin equals infinite volts against the normal flow of life's ohm! (For Zin).

Of course, long time childhood and family friends, Golden Goddess Eden to Raven Goddess, friends of music and arts and life, whose patience was tried, and who often would only be able to remember me through a phone app. To beaming Sunshine Sonia; Monkey's aunt, Red; Karen JS; Diva Diva; and The Queen; to my friends, whose understanding now allows all of you to indulge in free delicious Bella Affogatos and gluten-free veggie pizzas for the rest of your lives: I see some of you are fleeing. Ok, eat a burger, if you must! To my artist lawyer sister, Caro, and Zen Cambridge man, Henry. Torchia, Skaf, Smith, and Caruso Power! My childhood girlfriends, wonder woman Marcee, super-sensory Monica, power Carol, Gwillams and spouses, welding Susie, and GGla! All you can eat chicken wings for the Isabellas, Ana banana! Thank you.

Table of Contents

List of Tables	vi
List of Figures	vii
Chapter 1: Introduction to the Study.....	1
Introduction.....	1
Background of the Study	3
Problem Statement	4
Purpose of the Study	7
Research Questions.....	8
Theoretical Foundation	9
Nature of the Study	12
Definitions.....	14
Assumptions.....	17
Scope and Delimitations	18
Limitations	18
Significance of the Study	20
Significance to Theory	20
Significance to Social Change	21
Summary.....	22
Chapter 2: Literature Review	23
Introduction.....	23
Literature Search Strategy.....	24

Theoretical Foundation	25
Previous Research and Gaps.....	27
Studies on Perceived Barriers	27
The Health Belief Model and Perception Studies.....	29
Overview of Perception Studies and the use of Phenomenology	30
Research Questions and Literature Review	31
Summary.....	33
Chapter 3: Research Method.....	36
Introduction.....	36
Research Design and Rationale	37
Role of the Researcher	40
Methodology.....	43
Participant Selection Logic	43
Instrumentation	50
Procedures for Recruitment, Participation, and Data Collection.....	50
Data Analysis Plan.....	52
Issues of Trustworthiness.....	55
Credibility	55
Transferability.....	56
Dependability	57
Confirmability.....	58
Ethical Procedures	59

Summary	63
Chapter 4: Results	65
Introduction	65
Research Questions	65
Setting of Research	66
Setting	66
Recruitment and Weaknesses	66
Demographics	68
Data Collection	71
Audio Files	72
Data Analysis	73
Process	73
Emergent Themes for Research Questions 1 Through 3d	75
Discrepant Cases of all Research Questions Answered	81
Evidence of Trustworthiness	82
Credibility	82
Transferability	84
Dependability	85
Confirmability	86
Results	86
Participants	86
Research Questions Answered	88

Physical Discomfort.....	90
Themes for Research Question 1 and Research Question 2	91
Themes for Research Question 3 Barriers to Life-Style Change.....	96
Outliers and Differences	106
Summary.....	108
Chapter 5: Discussion, Conclusions, and Recommendations.....	109
Introduction.....	109
Volunteer Participants, Health Belief Model, and Phenomenology	109
Justification, History of Studies, and Literature Gap in Hispanic Women.....	110
Key Findings.....	110
Interpretation of the Findings.....	113
Perception of Barriers to Health Behavior and Obesity (RQ1 and RQ2).....	113
The Health Belief Model and Obese, Low-Income, Hispanic Women	123
Limitations	129
Addressing Bias	130
Recommendations.....	131
Implications.....	135
Positive Social Change	135
Further Implications.....	136
Participant Requests for Change and Intervention.....	137
Being Heard: Hispanic Women and Empowerment.....	138
Future Qualitative and Phenomenological Research in Other Minorities	139

Justification for Discussion of Others and the Hispanic Community.....	140
Hispanic Women, Perceived Barriers, and Social Change.....	141
Summary.....	143
References.....	146
Appendix A: Literature and Concepts.....	187
Appendix B: Spanish Recruitment Flyer.....	190
Appendix C: English Recruitment Flyer (translation).....	191
Appendix D: Letter of Cooperation.....	192
Appendix E: Spanish Semistructured Interview Questions and Guide.....	196
Appendix F: English Semistructured Interview Questions and Guide.....	199
Appendix G: NIH Human Research Protections.....	202
Appendix H: Screening Questionnaire in Spanish.....	203
Appendix I: Screening Questionnaire in English.....	204
Appendix J: Relevant Quotes for Research Question 1 and 2.....	205
Appendix K: Transcripts of Spanish Interviews P1-P15.....	211

List of Tables

Table 1. Research Questions and Constructs from the HBM	11
Table 2. Data Saturation and Stopping Criterion in Interview Process for OLHW	49
Table 3. Participant BMI, Age, Years in the United States, and Highest Education.....	70
Table 4. Research Questions 1 Through 3d and Themes.....	90
Table 5. RQ 3a Themes Physical Activity Barriers.....	98
Table 6. RQ 3b Themes Fruits and Vegetables Barriers to Intake	101
Table 7. RQ 3c Themes Carbohydrates	103
Table 8. RQ 3d Themes Sleep and Rest Barriers.....	105
Table 9. Research Questions (RQ) 1 Through 3d and Emergent Themes.....	112

List of Figures

Figure 1. Age adjusted percent rate of obesity in California for non-Hispanic women, Hispanic women overall, and Mexican-American women.....	6
Figure 2. Percent obesity prevalence in California; Hispanic prevalence 30.7%, and overall prevalence of obesity 24.9%.....	6
Figure 3. Themes and codes for RQ1 and RQ2	92
Figure 4. Spanish word cloud experiences and obesity	93
Figure 5. English translation adjusted word cloud experience and obesity	94
Figure 6. Themes and codes of Research Question 3	96
Figure 7. Spanish word cloud for exercise barriers	99
Figure 8. English word cloud for exercise barriers.....	99

Chapter 1: Introduction to the Study

Introduction

Obesity is affecting the U.S. population, especially in minority populations, such as low income, Hispanic women. Over 47% of Hispanic women ages 40 to 59 in the United States are obese, with a body mass index (BMI) of 30 or above (National Hispanic Caucus of State Legislature [NHCSL], 2010; Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2014; U.S. Department of Health and Human Services [USHHS], 2001). Though it is generally reported that African American women have a higher percentage of obesity (49%; Johnson & Wesley, 2012; Ogden et al., 2014) than Hispanics, the National Institutes of Health (NIH) combined overweight and obesity results and reported a 78.8% prevalence of overweight/obesity in Hispanics, versus 76.7% prevalence of overweight/obesity in non-Hispanic Blacks (National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases [NIDDK], n.d.). Additionally, 78% of Mexican American women are overweight or obese compared to 60.3% of non-Hispanic White women (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health [OMH], 2016). There was limited research on low-income, Hispanic women related to obesity. The unavailable qualitative data related to barriers of lifestyle change within the Hispanic female population warranted further inquiry, particularly as Hispanics are the largest growing minority population in the United States. Additionally, the NIDDK (n.d.) reported that one in three (34.3%) Hispanics are obese, and 5% are extremely obese (BMI > 40). Because obesity is associated with a number of health problems and chronic diseases, including Type II diabetes, heart disease, high blood pressure, fatty liver disease, osteoarthritis, cancer, and

stroke (NIDDK, n.d.), it was important to discover the perceived barriers to health behavior change within the Hispanic, adult, female population, as this information may help future multidisciplinary interventions that include reducing identified reported perceived barriers to losing weight. As the largest growing minority population in the United States, Hispanics have an unmet need for obesity prevention and intervention. The longer Mexican immigrant women stay in the United States, the higher their risk of obesity (Guendelman, Ritterman-Weintraub, Fernald, & Kaufer-Horwitz, 2013).

There was limited research on obese, low-income Hispanic women (OLHW) living in the United States, as well as their personal experiences related to their obesity. The increase in obesity in the United States, especially among Hispanic minorities, has contributed to the \$147 billion dollar expenditure on obesity-related medical care in the United States (Center for Disease Control and Prevention [CDC], n.d.; Tsai, Williamson, & Glick, 2011). Obesity can also contribute to the potential welfare check disbursement (unemployment, disability, and food stamps; Majumder, 2013) related to obesity consequences. These added burdens to the infrastructure of the U.S. health care and social welfare systems create a need to help reduce personal and infrastructure burden of obesity consequences. Social issues also exist through the potential discrimination of obese women in the job market, not only through not getting hired, but by receiving lower wages (Han, Norton, & Stearns, 2009). There are also individual and societal costs related to receiving lower wages, or not getting hired, due to obesity (Caliendo & Lee, 2013). Hispanic women who are of lower socioeconomic status (poverty or below poverty as per U.S. standards) also have lower education, many of whom never finished

grade school, and thus also have low health literacy and low overall literacy. Low literacy affects knowledge and self-efficacy in overall health outcomes (Sentell, Baker, Onaka, & Braun, 2011). Many perceived health behavior barriers may be reduced with increased knowledge and programs to help mitigate them. In this study, I sought to discover the barriers these women experienced regarding their obesity.

In this chapter, I will review the gap in literature related to OLHW and qualitative research on perceived barriers to lifestyle change, discuss the research problem, describe the purpose of this study, review the research questions, and identify the health belief model as the theoretical framework. An overview of the study, its nature, limitations, significance, and social change implications will be presented.

Background of the Study

Obesity and its health risks (especially among Hispanic women who emigrate from Mexico, Central, or South American countries to the United States) have contribute to a decreased quality of life for OLHW (Tovar et al., 2013). Hypertension (Matsuo, Sairench, Suzuki, Tanaka, & Muto, 2011), stroke (Mitchel et al., 2015), a reduction in physical activity (Tucker, Tucker, Lecheminant, & Bailey, 2013), diabetes (Valencia, Orpesa-Gonzalez, Loque, & Florez, 2014), and osteopathic problems, as well as emotional consequences (Mendenhall, 2012), are sequelae of obesity. There is some qualitative research based on focus groups (Tovar et al., 2013) on immigrant Brazilian, Latin American, and Haitian women related to perceived determinants of obesity. However, neither research studies on Mexican American women's experiences about obesity nor in-depth interview studies were available in the literature (Tovar et al., 2013).

A minimal amount of research was found on perceived determinants of obesity (Tovar et al., 2013) and Hispanic immigrants related to obesity, health behavior, and goal setting (Jay et al., 2014). Research on the essence and experience of obesity within OLHW and perceived barriers to lifestyle change was sparse.

Immigrant status may also influence a person's risk of obesity. Health disparities, including increased obesity risk for Hispanic women compared to U.S. Caucasian women, contribute to long-term reduction of health status (CDC, 2015; Freeland-Graves, Lee, Yao, & Xu, 2013; Gordon-Larsen, Harris, Ward, & Popkin, 2003). As immigration to the United States from Mexico, Central, and South American countries continues, it is important to identify the perceived barriers to health behavior change related to obesity within these populations (CDC, 2015; Tovar et al., 2013). There is an increased risk of obesity for the Hispanic migrants the longer they stay in the United States (Tovar et al., 2013). To narrow the focus from overall Hispanic population in the United States, a specific demographic of OLHW was studied.

Problem Statement

Obesity is associated with reduced quality of life and increased overall medical care costs. Obesity and its health effects (Beavis, Cheema, Holschneider, Duffy, & Amneus, 2015) are increasing problems within U.S. OLHW and have been connected to reduced quality of life and financial burdens (CDC, 2015; Tsai et al., 2011; Wang, McPherson, Marsh, Gortmaker, & Brown, 2011). Obesity-related medical care costs in the United States have been reported at \$147 billion in 2008 (CDC, n.d.), with an increased cost of care significantly higher for those who are obese compared to those who

are not (Finkelstein, Trogon, Cohen, & Dietz, 2009). Many factors can influence obesity, such as education and health literacy (Baker & Edwards, 2012), health behaviors related to food and exercise, stress management, knowledge, and endocrine disruption (Flegal, Carrol, Kit, & Ogden, 2012). These findings support the need to mitigate barriers of lifestyle change related to obesity in order to decrease the increasing trend of obesity in the United States, especially within low income populations, such as in OLHW.

Researchers have examined aspects of obesity, perceived barriers, or use of a phenomenological approach; yet, few do all three and none do this on the target population of OLHW (based on CINAHL, MEDLINE, and Google Scholar searches). A majority of low-income Hispanic women who attend Valley Community Healthcare (VCH) clinic are Mexican or Mexican American women. Additionally, there is a higher prevalence of obesity within Mexican American women compared to other Hispanics and compared to non-Hispanic whites or Asians (Flegal et al., 2012) based on NHANES research, as seen in Figure 1 (OMH, 2014) and Figure 2 below (CDC, 2014a). Because the VCH clinic location provides access to Hispanic women and higher risk, low-income obese Mexican woman, information can be gathered from the existing pool of potential participants.

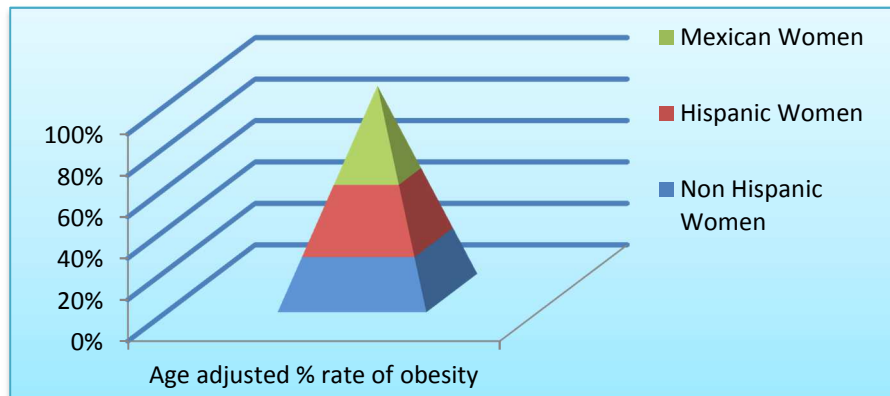


Figure 1. Age adjusted percent rate of obesity in California for non-Hispanic women, Hispanic women overall, and Mexican-American women. Adapted from “Office of Minority Health,” by CDC, 2014, Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=70>

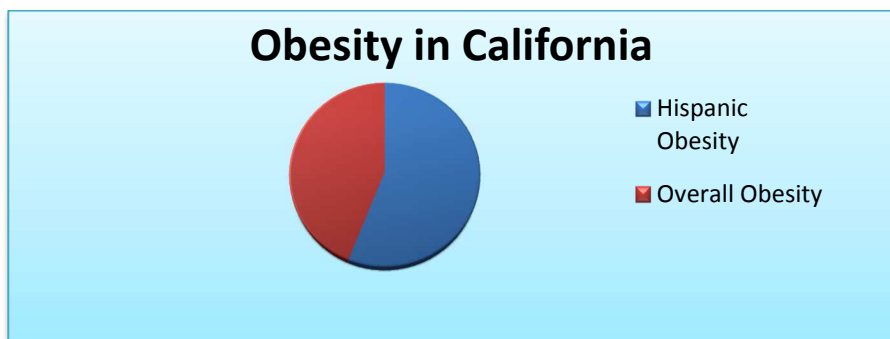


Figure 2. Percent obesity prevalence in California; Hispanic prevalence 30.7%, and overall prevalence of obesity 24.9%. Adapted from “Obesity prevalence maps,” by CDC, 2014a, Retrieved from <http://www.cdc.gov/obesity/data/prevalence-maps.html>

There was limited research on beliefs, perceptions, experiences, and perceived barriers to life style change related to obesity in the selected Hispanic population. Therefore, further inquiry helped to inform and fill this information gap. This study

contributed to the knowledge base to better understand the perceived barriers to health behaviors and experiences of OLHW to provide possible solutions related to their identified barriers in the future.

There was sparse research on OLHW related to phenomenology, perceived barriers to health behavior change, the health belief model (HBM), and OLHWs' experiences of obesity and measures of self-efficacy. Though scholars who studied Mexican immigrant men did use focus group methods to study the perceptions of weight and lifestyle (Martinez, Powell, Agne, Scarinci, & Cherrington, 2012a; 201b), researchers neither used the HBM nor included women in the study. As the Hispanic population is increasing in the United States, and as there is limited qualitative research on OLHW related to their experiences regarding their obesity, there was a need to provide this missing information. Added research information on OLHW may help mitigate potential researcher and program planner biases (Rubin & Rubin, 2011) that can develop from limited scholarly research.

Purpose of the Study

The purpose of the study was to understand the perceived barriers to lifestyle change among OLWH. A qualitative design was used to assess interview data and to develop an understanding of OLHWs' experiences related to obesity and health behavior. To address the gap, a qualitative methods paradigm was used through a phenomenological approach (Creswell, 2013; Jensen et al., 2014). The HBM provided a theoretical framework for the study (Champion & Skinner, 2008; Liu et al., 2013). Qualitative interview data were collected, and an assessment and analyses of these data

were used to develop an understanding of OLHWs' experiences related to obesity and health behavior. This was used to inform future research with larger quantitative and/or experimental studies and also to help inform public health interventions that mitigate the upwards obesity trend in low-income Hispanic women (NHCSL, 2010). The identification of the perceived barriers to lifestyle change within this study population discovered through the interview process allowed for more information to be available in the public health community. This information may help guide future scholars focus on obesity prevention programs based on the identified perceived barriers expressed by OLHW.

Research Questions

The following research questions guided the semistructured interview questions. The overarching study question was the following: What are the perceived barriers to lifestyle change and self-efficacy in OLHW? The following were the research questions that guided this qualitative phenomenological study:

RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of OLHW about obesity?

RQ2. What are the experiences of OLHW related to their obesity?

RQ3. What are the perceived barriers to obesity-related lifestyle change among OLHW?

RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for OLHW?

RQ3b. What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for OLHW?

RQ3c. What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals versus high carbohydrate rich foods in OLHW?

RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for OLHW?

Theoretical Foundation

The theoretical framework for this phenomenological study was the HBM. The HBM provided a guideline in the inquiry of perceived barriers to health behavior change. The HBM helped to guide this qualitative, transcendental, phenomenological approach through questions associated with the following constructs: perceived susceptibility and severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action, and self-efficacy (Creswell, 2013; Skinner, Tiro, & Champion, 2015). Though I sought to find the perceived barriers to lifestyle change related to obesity, the nature of the open-ended, semistructured questioning provided additional descriptive data related to their experiences within the lens of the HBM constructs.

The HBM was used in this study as its constructs helped me to discover the beliefs, experiences, and perceived barriers to healthy lifestyle change within these Hispanic women. Specifically, I explored perceived susceptibility of obesity health risks that may influence health behaviors (such as eating well or exercising), perceived severity of the seriousness of obesity-related diseases (such as diabetes or cardiovascular diseases), perceived benefits of performing health behaviors (such as eating vegetables, keeping a low carbohydrate food intake, including exercise, as well as rest in their daily lifestyle), perceived barriers to performing health behaviors, cost-benefit analysis of health behavior benefits versus cost, unpleasantness, or time usage. Additionally, cues to action, factors not previously addressed within the Hispanic female population, were related to eating, shape and size, and/or media and publicity. Self-efficacy issues were

found to influence health behavior such that a lack of confidence had been known to decrease the likelihood of performing a positive health behavior. On the other hand, feelings that actions (such as resting, eating well, and exercising) did or could influence their health outcomes did increase the likelihood of performing a positive health behavior. As such, references of health behaviors associated with obesity were included in the research questions presented to OLHW.

To further tie together the HBM and the research questions, the constructs addressed within each question are presented in Table 1. Research Questions 1 through 3(d) dealt with beliefs, attitudes, perceptions, and perceived barriers to health behaviors, such as RQ3 to obesity-related lifestyle, RQ3a to physical activity, RQ3b to fruit and vegetable intake, RQ3c related to lower carbohydrate meals versus higher carbohydrate meals, and RQ3d to rest and sleep. These perceived barriers are constructs of the HBM. Additionally, the overall experience of OLHW provided discovery of their perceived susceptibility and severity to obesity-related and health behavior-related health consequences. Though the focus was on perceived barriers, open-ended questions allowed for information to be provided on what OLHW believed were the perceived benefits of health behavior change.

Table 1

Research Questions and Constructs from the HBM

Research Question	HBM Construct
RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of obese low-income Hispanic women about obesity?	Perceived susceptibility and perceived severity
RQ2. What are the experiences of obese low-income Hispanic women related to their obesity?	Perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, perceived barriers, cues to action, and self-efficacy
RQ3. What are the perceived barriers to obesity related lifestyle change among obese low-income Hispanic women?	Perceived barriers related to perceived benefits and perceived severity
RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for obese low-income Hispanic women?	Perceived barriers related to perceived susceptibility
RQ3b. What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for obese low-income Hispanic women?	Perceived barriers, perceived susceptibility, and perceived severity
RQ3c. What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals vs. high carbohydrate-rich foods in obese low-income Hispanic women?	Perceived barriers, perceived susceptibility, and perceived severity
RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for obese low-income Hispanic women?	Perceived barriers, perceived susceptibility, and perceived severity

Note. Research questions and relevant HBM constructs

Scholars had not explored OLHW using a theoretical framework of the HBM. Studies on weight and perceived barriers to lifestyle change using the HBM did exist on a variety of populations (James, Pobee, Oxidine, Brown, & Joshi, 2012; Liu et al., 2013; Skiveren, Mortensen, & Haedersdal, 2010; Soleymanian et al., 2014); but, there was not much research within the low-income Hispanic woman population. Research on obesity perceptions of low-income Hispanic women generally did not include self-perceptions, but was related to their views about family (Lindsay, Sussner, Greaney, & Peterson, 2011; Lindsay, Sussner, Greaney, Wang, Davis, & Peterson, 2012). As such, I aimed to help fill this gap.

Nature of the Study

The nature of the study was qualitative, and it included a phenomenological approach conducted through one-on-one interviews. To avoid assumptions and to reduce researcher bias, the words of the participants were needed in order to help fill the personal experience research gap within this population. Therefore, open-ended questions that reduced constraints on answers were employed. Constraints may otherwise have been created through limiting questionnaires that would have yielded only certain response possibilities or Likert scale options. This would have eliminated the possibility of new discoveries. As such, transcendental phenomenology (Creswell, 2013; Husserl & Wilton, 1999; Moustakas, 1994) was used to glean relevant information. The data were collected from low-income, Hispanic women who volunteered and were screened to meet the criteria before being selected. These women were recruited from a local community clinic based on their desire to participate, meet the criteria, and

willingness to be in an audio-recorded interview session. The participants responded to the recruitment flyers that provided information regarding the interview study, which focused on gaining an understanding on the experiences of obese, Hispanic women (see Appendix B). The interview data collected were analyzed for common themes after transcribing the audio recordings of the participants' one-on-one interviews. Assistance from qualitative research software, NVivo 11, was used.

Moustakas' (1994) transcendental (psychological) phenomenology was employed to collect data with as little preconception as possible in order to have the opportunity to glean the essence of the participants' experiences. Self-efficacy measures were included as a part of the HBM, and the continual seeking for the essence of the common experience as the "essential, invariant structure" (Creswell, 2013, p. 82) was in alignment with transcendental phenomenology (Moran, 2013).

Though transcendental phenomenology was intended, opportunities to ask further questions and probe into relevant inquiry occurred through an inductive approach. Questions were asked related to physical activity; fruit and vegetable intake; sleep; stress; family support; and food issues, such as preparation, availability, and cost. Through the use of bracketing of a researcher's experiences, Husserl's concept, epoche (bracketing), was used from the data collected (Creswell, 2013) and provided textural and structural description. Textural description from the interviewees' experiences extracted from the participant quotes and statements provided contextual realities of the interviewees' experiences (Creswell, 2013); these provided a fuller, rich, descriptive approach gained from the interview data.

Definitions

Attitudes/behaviors: Personal thoughts and actions about a particular topic or experience that influence choices in actions related to obesity-related health behaviors and lifestyle.

Cues to action: This HBM constructs deal with the cues that can trigger actions and are difficult to measure (Champion & Skinner, 2008).

Electronic health record (EHR): Electronic health records are health records maintained through electronic data bases and software, and they are increasingly used in the medical field. They include all of the patient's health information, as well as demographic data and other personal information, such as social security numbers, addresses, phone numbers, and emergency contacts. They are also known as electronic medical records (EMR).

HBM: HBM has been used in psychosocial and health behavior theories (Champion & Skinner, 2008) to help determine why individuals do or do not perform health behavior actions (Janz & Becker, 1984). Its origins were from the 1950s (Champion & Skinner, 2008; Janz & Becker, 1984) and have evolved from perceptions of susceptibility to a disease and beliefs about detection of a disease to more advanced constructs. These constructs, which include the original constructs of perceived susceptibility and perceived severity, also include perceived benefits, perceived barriers, cues to action, and measures of self-efficacy (Champion & Skinner, 2008; Janz & Becker, 1984).

Hispanic/Latino/Latina: These terms define the targeted women's ethnic and cultural background as stemming from Mexico, Central America, or South America. They can be used interchangeably and include Mexican American women. These women either immigrated to the United States as children or may have been born in the United States. These women mainly speak Spanish and not English and often are monolingual in Spanish. For the purposes of this study, the selected women were low-income and obese.

Life-style: This describes the behaviors a person performs as related to his or her health, such as eating vegetables, avoiding fast food, consuming alcohol, doing exercise, and resting.

Low-income: Determinants of low income are based on the U.S. Census Bureau's current official poverty thresholds. The income cut off for family size is as follows: (Families USA, 2015b): \$11,770 for 1; \$15,930 for 2; \$20,090 for 3; 24,250 for 4; \$28,410 for 5; \$32,570 for 6; \$36,730 for 7; \$40,890 for 8; and, for each additional family/household member above eight persons, an added \$4,160 per person is allowed. Alaska and Hawaii have higher income thresholds due to the cost of living, and those states do not apply to the Southern California study performed in this research (Families USA, 2015b).

Obesity: Obesity is defined as having a BMI of 30 or greater, which is determined by dividing kilograms over meters squared (CDC, 2015). If a woman weighs 220# (100 kg) and her height is 62" (1.57 meters squared equals 2.46), then the calculation would be

100kg divided by 2.46. This would equal a BMI of 40.65, which is well over the obesity threshold of 30.

OLHW: OLHW represents the studied population of obese low-income Hispanic women. For this research study, OLWH were ages 20 to 59 who attend the low-income community clinic known as the VCH.

Perceived susceptibility: The beliefs about how likely a person is to get a disease or a condition. One example of this HBM construct is the belief that eating fast food can lead to obesity or diabetes (Babtiste-Roberts et al., 2007; Champion & Skinner, 2008).

Perceived severity: The feelings on how serious a disease or condition can be if left untreated or the seriousness of contracting an illness or disease. Consequences can be medical, clinical, and social consequences (Champion & Skinner, 2008).

Perceived benefits: The belief that a perceived benefit or benefits exist by reducing the disease threat. This HBM construct can include not only health benefits, but also financial and social (Champion & Skinner, 2008; McArthur, Dumas, Woodend, Beach, & Stacey, 2014).

Perceived barriers: The perceived impediments to a behavior or the possible negative results of a health behavior. Examples of this HBM construct include the potential cost of eating healthy or time away from TV if a person goes to the gym. Barriers can be related to financial cost, time, unpleasantness, or inconveniences (Champion & Skinner, 2008; Egan et al., 2013).

Phenomenology: This methodology is used to understand the essence of an experience for a person or persons (Heidegger, 1982; Moustakas, 1994; Richardson,

2013). It can be both descriptive and interpretive (hermeneutic). In this dissertation, descriptive phenomenology was employed, which included the transcendental (Moustakas, as cited in Creswell, 2013, p. 80) or psychological phenomenology. This emphasizes the experience of those researched and not the interpretation of the experience by the researcher.

Self-efficacy: This describes the measure of a person's belief that he or she is able to successfully execute a behavior that would lead to a certain outcome (Champion & Skinner, 2008).

Transcendental phenomenology: Describes the experience of a person or persons with the intent of not coloring the definition of an experience through the potentially biased lens of a researcher (Creswell, 2013; Husserl, 1970). Removing, or bracketing out, a person's own interpretation as a researcher and then using quotes or significant statements from those researched can be provided through descriptive information.

Assumptions

Obesity has been and is continuing to be a problem in the U.S. population, with Hispanic women having a higher prevalence of obesity than the general population, second only to African Americans (CDC, 2015), unless overweight is included, after which Hispanics have a higher prevalence of overweight and obesity (NIDDK, n.d.). It was assumed that the OLHW were not aware that obesity was a risk factor to health or that their behavior may have influenced their weight status. It was also assumed that what is obese (BMI of 30 or greater) was not perceived as obese within OLHW. Additionally, it was assumed that OLHW may have perceived barriers to lifestyle change

that were not known to public health leaders and were in need of being identified. These assumptions existed as a result of poor obesity management seen in the increasing obesity trends of OLHW.

Scope and Delimitations

The purpose of this study was to explore the experiences of perceived barriers to lifestyle change regarding obesity health behaviors among OLHW, as obesity in this population has been increasing and has been associated with deleterious medical consequences, as well as social and economic burdens. Multiple factors have been associated with OLHWs' obesity issues and have not only been associated with exercise and food intake, but have been influenced by emotional, sociocultural, and economic factors. The intent of this study was to increase understanding of OLHWs' experiences through one-on-one interviews, instead of making researcher assumptions. The one-on-one interview was selected in order to gain as much information and personal experience data as possible within the limitations of a 1- to 2-hour interview. To add depth to the qualitative approach, phenomenology (to glean the essence of the obesity experience), as well as a lens of the HBM, were used. Perceptions of barriers are a construct of the HBM (Creswell, 2013), and they were used to guide the interview questions.

Limitations

There were multiple limitations to this study. Qualitative studies are limited by their lack of generalizability to the larger population. Additionally, qualitative scholars address the social phenomena and not a unit of measurement, often desired by the scientific community. Statistical measures were not calculated. As such, trustworthiness

of the design, and validity of the data, needed to be defined in order for the information gleaned to be as representative as possible (Marshall & Ross, 2014).

An additional limitation related to this study was the potential for interviewer and respondent bias (Lucas et al., 2007), which was possible with the one-time, one-on-one interview design. The use of reflexivity helped decrease research bias by helping to recognize selective identification of themes (or selective hearing created by preference), familiarity, or not wanting to acknowledge new information (Berger, 2015; Patton, 2002). Rapport may not be easily gained with just one face-to-face interview (Patton, 2002), and it has been preferred to have more than one session to gain more information and understanding of the essence of the OLHWs' experiences. Though this was not done in this study, rapport was gained through eye contact, acknowledgement of the participants' comments, and the use of listening skills. Though there were benefits to one-on-one interviews, there may have been an opposite effect based on responder bias as the participants may have tried to please me, such as making things up or keeping things in and not expressing them (Walsh, 2013).

With respect to interviewer bias, it is possible for the researcher to have succumbed to inadvertent selective preferences, or assumptions, whereby trigger words, or previous experiences made the researcher more sensitive to one aspect of the participants' experience, which inadvertently made the researcher insensitive or blinded to something unexpected, undesirable, or unfamiliar (Buetow, 2013; Patton, 2002). Again, the use of reflexivity was used to reduce this risk, as was transcription of audio files and word frequency analysis.

Potential weaknesses may have been at play because it would have been beneficial to have an increased number of participant volunteers, where no new themes arose from a larger pool of participants closer to the commonly accepted 25 to 35 interviewees versus the 15 volunteer participants who were interviewed. This could have helped decrease potentially skewed reporting of the interview data. However, saturation principles were used. Additionally, only women were used in this study, and because only a certain type of population attended the clinic, this might have represented a different segment of the general Hispanic female population of the surrounding city and county of Los Angeles, California. Overall, the limited number of participants, the use of only one researcher versus multiple researchers to verify data and transcripts, and the use of one age range (20-59) versus including different age ranges (seniors) may have limited the pool of information. The results cannot be transferable or generalized to other populations. However, the methods could be transferred to other minority groups. As such, more research would need to be done on other Hispanic women in other areas of the state and country. It cannot be assumed that the findings within this study population could be transferred to all low-income Hispanic women in the country, or even in Los Angeles, California.

Significance of the Study

Significance to Theory

As there was limited research on OLHW and their perceptions and experiences about themselves, their obesity, and their lifestyle, the one-on-one interviews provided information that can be used to inform the field of public health. Using the HBM and

phenomenology may have helped provide needed information to future researchers in order to better understand these women's experiences and be better equipped to help them. Future larger studies should be conducted not only on Hispanic women in a small clinic setting in Southern California, but also on a county, state, and national level. This study's methods and results could be useful not only to Hispanic women, but also to other marginalized obese populations in the United States.

Significance to Social Change

Obtaining and providing rich, descriptive, experiential data on OLHW may have helped to inform future researchers, program planners, government systems, employers, and insurance companies on what the perceived barriers to lifestyle change were for OLHW. This was based on interview data obtained from OLHW. Specifically, some of the perceived barriers to lifestyle change identified may be useful not only to public health and quality of life incentives, but also to economic incentives within the public and private sectors of business, employment, and insurance providers. The identified perceived barriers to lifestyle change could provide a plan of action to help reduce some of these identified perceived barriers to obesity-related health behaviors. It is possible that those women who were heard through the interview process may have gained a sense of empowerment and value as a result of someone having listened to them (Ciszek, 2013). The Hispanic women may have been provided an opportunity to express their needs and their experiences in a safe setting.

Summary

U. S. OLHW have a higher prevalence of obesity and health-related consequences, such as diabetes and cardiovascular disease, as a consequence of their obesity (CDC, 2015). There was limited research available, and limited awareness in the medical and public health field, on Hispanic women's perceptions and experiences related to obesity. This has made it difficult to develop and implement effective strategies to reduce the increasing obesity trend in the United States within this population.

In the following chapter, I will identify literature gaps related to qualitative studies, phenomenology, use of the HBM, and obesity within low-income Hispanic women.

Chapter 2: Literature Review

Introduction

Obesity and its health effects (Beavis et al., 2015) are increasing problems within U.S. OLHW and have been connected to reduced quality of life and financial burdens for both obese persons and the health care system (CDC, 2015; Tsai et al., 2011; Wang et al., 2011). Obesity-related medical care costs in the United States have been reported to be \$147 billion in 2008 (CDC, 2012), with an increased cost of care significantly higher for those who are obese compared to those who are not (Finkelstein et al. 2009). As Hispanics are the largest growing minority group in the United States, and as their obesity prevalence is high, exploring this population's barriers to lifestyle change was warranted. Information on OLHW can help mitigate secondary health effects of obesity, such as diabetes (Valencia et al., 2014), hypertension (Matsuo et al., 2011), stroke (Mitchel et al., 2015), and concomitant reduction in physical activity (Tucker et al., 2013). The purpose of the study was to improve the understanding of OLHW and obesity and describe their perceived barriers to health behavior change.

Researchers have provided information on the prevalence of obesity in Hispanic women residing in the United States (CDC, 2012; Flegal et al., 2012; OMH, 2016), the medical consequences of obesity overall (CDC, 2012), and the financial consequences (Tsai et al., 2011; Wang et al., 2011) for both obese women and the U. S. health care system. However, scholars have not provided qualitative data on low-income, Hispanic women and their experiences as obese women, as well as their perceived barriers to lifestyle changes. Much focus has been given to other populations, but not to the

Hispanic women's personal experiences about their obesity. As 78% of Mexican American women are overweight or obese compared to 60.3% of non-Hispanic, White women (OMH, 2016), research to help understand the perceived barriers to lifestyle change related to obesity and health behaviors helped to fill the research gap.

In the following sections, I will review the literature review search strategies that include the search processes and search word combinations, the theoretical foundation, conceptual framework, as well as the literature review and summary. Due to the lack of available literature on the perceptions of OLHW, I examined aspects and content of previous research related to the HBM, phenomenology, and the use of interviews.

Literature Search Strategy

The following databases were used during the literature review search process: MEDLINE full text, CINAHL plus, Google Scholar searches via Firefox, Google Chrome, and Internet Explorer. The years of study included for the literature review were from 2011 to 2016, with some foundational information accepted on the HBM, interview research, or phenomenology from previous years. Research using other theoretical foundations was not used, unless it included interview protocols or qualitative research due to the scarcity of qualitative research on obesity and Hispanic women. The initial literature search began in July 2013 and continued to a more focused review and review of terms through April 2016. As new research is published regularly, the search terms were resubmitted through all of the aforementioned search engines and libraries until April, 2016. The following terms in varying combinations were used in the aforementioned search engines: *obesity, immigrant, immigrant Hispanic women and*

obesity, immigrant women and perceived barriers to health behavior, immigrant Hispanic women and obesity, females and obesity and interviews, females and low-income and perception, perceived barriers and sleep, sleep and obesity, Hispanic and rest, Hispanic and sleep, women and sleep and obesity, phenomenology AND Hispanic women or Latinas, AND obesity or overweight; interviews, AND Hispanic women or Latinas or South American or Mexican or Central American, AND weight or food intake or obesity; qualitative studies, AND obesity; qualitative studies, AND overweight or obesity, AND low-income Hispanic women or low-income Latinas or low-income Latinos or Mexican; phenomenology, AND Latinas or Hispanics or Hispanic women; obesity or overweight, AND Mexican or Latinas, AND qualitative research or interviews; high BMI or obese, AND Hispanic women in California; obesity AND California; health behaviors AND obesity; health behaviors AND Hispanic women AND obesity; Health Belief Model AND Hispanic women OR Latinas OR Latino; poverty AND health behavior AND Health Belief Model; socio-economic factors AND Hispanic women AND weight OR food intake OR exercise OR physical activity; sleep AND Hispanic women AND health; immigrant women AND overweight OR obesity; immigrant women AND Health Belief Model; immigrant women AND interviews; immigrant women AND phenomenology; immigrant women AND perceived barriers; sleep AND obesity; sleep AND Hispanic.

Theoretical Foundation

The theoretical framework for this research was the HBM. The HBM has been used for over 6 decades and is one of the most used frameworks on health behavior

research (Champion & Skinner, 2008). The initial use of the HBM focused on psychosocial studies in the 1950s in the U.S. field of public health to help explain why people did not participate in preventative or disease screening behaviors (Champion & Skinner, 2008). Over the years, the HBM has been expanded to include aspects of self-efficacy, but initially it evolved out of cognitive theory, which focused on the value and expectation of the benefits of preventative effects of a certain health behavior. Personal susceptibility and perceived severity of an illness were driving forces in the development of the HBM (Champion & Skinner, 2008). The aspects of the HBM are as follows: perceived susceptibility to a disease or a condition; perceived severity of the seriousness of a condition or illness both medically and socially; perceived benefits of a particular health behavior (action) to reduce a threat; perceived barriers to performing an action; cues to action, such that certain perceptions trigger action; and self-efficacy, “the conviction that one can successfully execute the behavior required to produce the outcomes” (Bandura, as cited in Champion & Skinner, 2008, p. 49).

The HBM has been used in determining the likelihood of health behaviors among populations. For example, studies to determine the likelihood of health behaviors related to the HBM have been used to determine the likelihood of mammography screening in Korean immigrant women (Lee, Stange, & Ahluwalia, 2015), fruit and vegetable intake (Fitzgerald, Heary, Kelly, Nixon, & Shevlin, 2013), exercise (Lo, Chair, & Lee, 2015), and weight management in women (James et al., 2012). There is interest in determining why women may or may not perform a certain health behavior. Researchers have sought to identify barriers or cues to action, so that those identified factors may be addressed.

Addressing those factors can help increase adherence to health behaviors, such as mammogram screening (Lee et al., 2015) or intake of fruits and vegetables (Fitzgerald et al., 2013).

Previous Research and Gaps

Though perceived barriers to healthy lifestyles related to weight and food intake have been studied in minority populations (Johnson et al., 2014; Montgomery et al., 2011; Suplee, Jerome-D’Emilia, & Gardner, 2014), studies have not been conducted on low-income, Hispanic women. In the literature, the HBM has been used in multiple studies related to health behaviors (Liou & Bauer, 2007; Sui, Turnbull, & Dodd, 2013), such as developing weight loss materials in minority populations (James et al., 2012), but there was sparse literature related to Hispanic women. Though there are some perceived barriers to lifestyle change studies on immigrant Hispanic men and weight (Martinez et al., 2012), there were no studies on their female counterparts. The low-income, Hispanic women’s perceptions (Lindsay et al., 2011) regarding weight and their children have been studied, as well as knowledge, attitudes, and beliefs as caretakers (Acheampong & Haldeman, 2013) through quantitative survey measures. There was interest in the experience and perceptions of low-income Hispanic women and lifestyle related to obesity, but a deeper understanding was needed as it related to self-perceptions, rather than existing research on their views about their children.

Studies on Perceived Barriers

Perceived barriers to lifestyle change have been sparsely studied within the Hispanic population. However, perceived barriers to lifestyle change related to obesity

have been studied in other minority groups (Baruth, Sharpe, Parra-Medina, & Wilcox, 2013), as well as in the general population (Suplee et al., 2011). Though barriers to exercise in minority groups, such as in African Americans in the United States, have been studied as they relate to obesity (Baruth et al., 2013), as have other populations, such as in Irish male and female Type 2 obese diabetics (Egan et al., 2013; Scott et al., 2013), research is scant on obese, Hispanic women. Like Spivack, Sweitlik, Alessandrini, and Faith (2010), in this study, I aimed to learn what the perceived barriers were related to obesity. Though Spivack et al. looked at primary care providers' perceptions related to the treatment of childhood obesity, I aimed to focus on obese, Hispanic women's perceptions about their own obesity.

Existing studies on perceived barriers to obesity-related lifestyle behaviors (exercise, fruit and vegetable intake, high calorie or high sugar intake, avoidance of fast food, rest and sleep, etc.) have focused on non-Hispanic women and the general non-Hispanic, U.S. population (Haynes-Maslow, Parsons, & Leone, 2013; Montgomery et al., 2011; Murillo et al., 2016). The following studies represent the interest in the public health community regarding perceived barriers to lifestyle change or health behaviors and thus acknowledge the missing research within the obese, Hispanic, female community: lifestyle and obesity in African Americans (Johnson et al., 2014), pregnancy and postpartum weight issues (Montgomery et al., 2011; Sui et al., 2013), Hispanic males and healthy weight and lifestyles (Martinez et al., 2012), health behavior factors related to childhood obesity (Carson-Wilkerson et al., 2015), and minority population providers'

perceptions and lifestyle on children (Acheampong & Haldeman, 2013; Adordor et al., 2011; Lindsay et al., 2011).

International interest about obesity exists in the literature and in the public health and medical community. Not only is there a U.S. interest in minority perceptions studies about obesity, there is an international interest on perceived barriers to lifestyle change in obesity-related studies (Anjana et al., 2015; Draper, Davidowitz, & Goedecke, 2016; Egan et al., 2013; Kiawi et al., 2006; Thomson, Buckley, & Brinkworth, 2016); yet, not much research exists within the low-income, Hispanic woman in the United States. As such, I helped to provide research on obese Hispanic women and their experiences and perceptions about themselves regarding obesity and lifestyle change.

The Health Belief Model and Perception Studies

A HBM focus exists within the literature regarding lifestyle in low-income, Hispanic women's perceptions regarding their children's weight, but not of their own weight status (Acheompong & Haldeman, 2013; Lindsay et al., 2011). The HBM has been used in perception studies on health behaviors. The following represent HBM studies related to health behaviors: Liu et al. (2013) studied preferences on modes of child delivery of Argentinian women; Skiveren et al. (2010) studied sun protective behaviors on non-Hispanic women; Sui et al. (2013) studied overweight and obese South Australian women's perceptions about making healthy changes during pregnancy; White, Cason, Coffee, Mayo, and Kemper (2010) studied Hispanic women's beliefs and barriers regarding healthy food intake; and Liou and Buaer (2007) studied beliefs and attitudes related to obesity risk in Chinese women. The foundations of the existing research were

used as guidelines for this study, which focused on a subgroup of low-income women: the obese Hispanic woman and her experiences and perceptions about herself.

Additionally, in studies of low-income, underserved African American and Hispanic populations (e.g., Acheampong & Haldeman, 2013; Kumanyika et al., 2012; Kumanyika & Grier, 2006; Lovasi, Hutson, Guerra, & Neckerman, 2009), researchers recognize many external factors related to the development of obesity, which include knowledge about consequences of obesity (Winston et al., 2014), as well as the benefits of obesity prevention interventions (Chasan-Taber, 2015). However, few scholars looked at perceived barriers to address these factors.

Phenomenology has been used as a qualitative research approach. Although there are some phenomenological studies related to obesity on other minority populations (Acheampong & Haldeman, 2013; Wilson & Washington, 2007), as well as some studies on perceived barriers to immunization within Hispanic mothers (Adorador et al., 2011), there are gaps in the literature on perceived barriers to health behavior change as they pertain to obesity in Hispanic women. This research helped fill the gaps and contributed to the knowledge base related to the aforementioned issues.

Overview of Perception Studies and the use of Phenomenology

Some research has been done on aspects of attitudes and behaviors, beliefs, and practices about diet, weight, and exercise in Hispanic women. However, scholars have not addressed the combinations of perceived barriers to lifestyle change in OLHW. For example, Albarran and Koniak-Griffin (2014) studied Latina women's perspectives after weight loss interventions regarding support from a *Promotora* (a Spanish speaking

support staff member), but perceived barriers were not studied. The findings from this study on OLHW helped add relevant information on perceived barriers to obesity-related health behaviors within this population. Further inquiry on Hispanic women was done by Adorador et al. (2011) who addressed attitudes in Hispanic women; Thornton et al. (2006) addressed Latina women and their beliefs, attitudes, and practices about diet, weight, and physical activity related to social support, pregnancy, and postpartum status; and Jay et al. (2014) addressed cultural factors that influence weight in Latina patients.

Phenomenology has been used in several studies on experiences and perceptions of weight and health. Montgomery et al. (2011) used a phenomenological approach on Caucasian women related to pregnancy and weight loss; Lovell, El Ansari, and Parker (2010) studied the perceived benefits and barriers to exercise in female students in London, U.K.; and Jensen et al. (2014) interviewed women after bariatric surgery. Though perception studies in the general population were plentiful, perceived barrier studies within the obese, Hispanic, female population were scarce. As researchers demonstrated an interest in discovering the perceived barriers of populations regarding obesity, and as Hispanic women were underrepresented in the literature based on the literature review done, a study looking into their perceived barriers to lifestyle change was warranted.

Research Questions and Literature Review

There is scant research on OLHW and their perceived barriers to lifestyle change related to their own obesity. Though studies exist on minority knowledge of obesity health risks (Winston et al., 2014) among adults, in RQ1 and RQ2, I aimed to discover

the beliefs, attitudes, perceptions, and experiences of obese, Hispanic women through in-depth interviews. Additionally, information on the experiences of Hispanic women was gleaned through interviews and face-to-face data collection. This was different from previous meta-analysis research, or reviews of previously conducted studies, as was documented by Acheampong and Haldeman (2013). Some researchers did address issues of healthy food intake in Hispanic women (Acheampong & Haldeman, 2013; Sui et al., 2013; White et al., 2010), as was asked in RQ3b and RQ3c, which addressed fruit and vegetable intake and low versus high carbohydrate food choices, but previous studies were often intervention studies (Chasan et al., 2015) and not qualitative inquiries. More literature exists on nutrition intake, exercise, and obesity than on the last research question, RQ3d, regarding perceptions of barriers to sleep, especially within Hispanic women.

In this study, I attempted to answer questions not available in current literature. Appendix A provides a list of literature available that does address studies on the HBM, phenomenology, or perception studies. The information in Appendix A was used to establish the existence of a public health interest in these topics and to justify the need for further study on obese Hispanic women. I aimed to include the discovery of perceived barriers to sleep and rest, as stated in RQ3d, as sleep and rest are a part of lifestyle behaviors associated with weight status (Bates et al., 2016; Hakim, Kheirandish-Gozal, & Gozal, 2015; Patel & Mehra, 2015; Patel et al., 2014). In studies on sleep and perceptions, scholars focused on medical care takers, nurses (Hopper, Fried, & Pisani, 2015), and their opinions (Radtke, Obermann, & Teymer, 2014), and not on patient

perceptions, especially in adult minority groups. Bates et al. (2016) addressed issues of increased weight in urban minority girls (ages 10-14) during summertime sleep disturbances. However, adult studies on sleep and perceived barriers to sleep were rare, especially as they related to obesity. Most researchers looked into physiological associations (Patel & Mehra, 2015; Tintinger, Pretorius, & Labadarios, 2011), often focused on children (Bates et al., 2016; Hakim et al., 2015; Silva et al., 2011) or teens (Reither, Krueger, Hale, Reiter, & Peppard, 2014) and not on qualitative measures.

Summary

The major themes delineated in the literature were with respect to phenomenology, the HBM, perceptions and barriers of lifestyle, and obesity; although scholars have focused on minority populations, few have explored OLHW. Scholars have provided overall themes related to obesity and lifestyle change within minority populations, which are included below:

- Financial barriers to purchasing healthy foods
- Immigration issues in men regarding work and focus on health
- Access to food in low-income environments
- Physiological determinants to obesity
- Stress factor issues and motivation to exercise or eating well
- Shame or discomfort to be seen in public when exercising
- Confusion about certain foods being healthy or not healthy
- Self-efficacy and motivation
- School issues with children and obesity

- Pregnancy issues and weight loss or weight gain
- Time constraints
- Perceptions of exercise and weight
- Perceptions of lifestyle and health
- Financial burden of obesity
- Consequences of obesity for individuals and the medical system

Though some studies did exist on obesity and OLHW, most were not phenomenological, nor did they use one-on-one interviews using the HBM. However, there was research on obesity, its health effects, its determinants, and the lifestyle choices that influence it. Studies on the experience of obesity were less plentiful than studies on the etiology of obesity, and in the U.S., studies on non-Hispanic women were more plentiful than studies on OLHW. Additionally, although the HBM has been used to understand the perceptions of barriers to obesity-related health behaviors, it has not been used on OLHW. The purpose of many other studies on obesity in minority populations was related to future interventions or school programs, and most were focused on childhood obesity or African Americans and not on OLHW.

As perceived barriers to lifestyle change in OLHW have not been readily studied, the qualitative interview study presented in this dissertation was conducted to help fill this gap. The public health research community has shown interest in the barriers to obesity-related behaviors; yet, it has failed to include the largest growing minority group in the United States: OLHW. The increased understanding of the perceived barriers to obesity-related behaviors extended from nutrition and exercise aspects of obesity, to the

less studied aspects of stress and sleep, as they related to the obesity experience. Not only can new information be gleaned on the aforementioned lifestyle behaviors and experiences, but in-depth, one-on-one interviews conducted with OLHW provided rich, descriptive data on the underrepresented community.

The methodology of ascertaining this information will be delineated in the Chapter 3. Topics to be reviewed will be the design and rationale of the research, the role of the researcher, and aspects of the methodology. The specifics of participant selection and recruitment, instrumentation, procedures, data analysis plan, issues of trustworthiness and ethical procedures for participants, and data handling and analysis will be explained.

Chapter 3: Research Method

Introduction

The purpose of the study was to understand the perceived barriers to lifestyle change among OLWH. A qualitative design was used to assess interview data and to develop an understanding of OLHWs' experiences related to obesity and health behavior. To address the literature gap, a qualitative methods paradigm was used with a phenomenological approach (Creswell, 2013; Jensen et al., 2014). The HBM provided a theoretical framework for the study (Champion & Skinner, 2008; Liu et al., 2013). Qualitative interview data were collected, and an assessment and analyses of these data were used to develop an understanding of OLHWs' experiences related to obesity and health behavior. These findings and qualitative interview data can be used to inform future research with larger, quantitative and/or experimental studies and also inform public health interventions to help mitigate the upward obesity trend in low-income Hispanic women (NHCSL, 2010). For example, health clinics helping low-income Hispanic women may use the identified barriers to fruit and vegetable intake, physical activity, or stress management to provide services that offer community gardens, free community group fitness classes, or stress management tools and meetings in response to the identified barriers by the interviewees.

This chapter provides the following: the purpose of the study, the research design and rationale, the research tradition and rationale for selecting the research tradition, the role of the researcher, the methodology used, procedures for recruitment and data

collection, data analysis plan, issues of trustworthiness, ethical procedures, and a summary of points.

Research Design and Rationale

A qualitative research design with a phenomenological approach was used in this study to better understand the population's experiences from interview information collected in a low-income clinic setting. The following were the research questions employed in this study to answer the overall question of what the perceived barriers to lifestyle change in OLHW were

RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of OLHW about obesity?

RQ2. What are the experiences of OLHW related to their obesity?

RQ3. What are the perceived barriers to obesity-related lifestyle change among OLHW?

RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for OLHW?

RQ3b. What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for OLHW?

RQ3c. What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals versus high carbohydrate rich foods in OLHW?

RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for OLHW?

To understand the common experience of a phenomenon, such as the experience of obesity, phenomenology was employed. Phenomenological scholars use qualitative research processes that include interviews as a mode of data collection (Liu et al., 2013; Mama et al., 2015) for improved understanding of participants' personal experiences.

Researchers such as Haltiwanger (2012), Cleaveland (2013), and Adams (2003) also used

phenomenology in the Hispanic population to understand the lived experiences related to their health issues, and phenomenology continues to be respected as a source of rich data (de Oliveira, Barbosa Merighi, & Pinto de Jesus, 2014; Lyons, 1998; Wertz, Nosek, McNiesh, & Marlow, 2011).

Phenomenology has different approaches. For example, Creswell (2013) described different types of phenomenology, including hermeneutical phenomenology, in which the experiences of the participants and the researcher's interpretation of the texts are explored; and transcendental phenomenology, where only the participants' experiences are analyzed, and not the researcher's experience. The transcendental, phenomenology approach was used in this qualitative study design in order to glean the least biased data from the study population.

Research questions for this study were grounded in the HBM: I sought to discover the perceived barriers to obesity-related health behaviors. Semistructured interview questions using the HBM allowed for open communication and for increased in-depth participant information on obesity-related health behaviors and perceptions (James et al., 2012; Sui et al., 2013). Historically, researchers have used the HBM to study obesity-related barriers to lifestyle change and perceptions on overall health (Champion & Skinner, 2008; Das & Evans, 2014; James et al., 2012; Lee, Stange, & Ahluwalia, 2015). The discovery of perceived barriers or perceived susceptibility to disease, which are constructs of the HBM, have helped scholars to design interventions aimed at promoting health behaviors based on those perceived barriers or based on perceived susceptibility to

health risks of diseases, such as diabetes due to obesity, or cancer prevention and mammography (Lee et al., 2015).

For this qualitative study, the whole of the experiences and the essence of the participants' experience were explored. Textual and structural description (Creswell, 2013) after analysis of the transcribed interview data helped me to identify common themes in OLHW. To reduce the risk of researcher bias, reflexivity, through researcher reflexive journaling (Janesick, 2011), and bracketing (Creswell, 2013), was done during the study. The goal was to be as objective as possible, keeping in mind and recognizing personal biases, which have been suggested to be a weakness in qualitative research (Morse, 2015). To help increase trustworthiness (Elo et al., 2014), I used transcendental phenomenology for both bracketing and identification of the study's phenomenon (Creswell, 2013). Bracketing an individual's personal opinions and assumptions during reflexive journaling throughout the research process was used, as per Moustakas' (1994) description of Husserl's concept of epoche.

Descriptive data gained from these semistructured interviews provided a living record of the experiences of low-income, Hispanic women. Because the selected participants attended a low-income community clinic, VCH, which is a patient-centered medical home (PCMH; Agency of Healthcare Research and Quality [AHRQ], n.d.), the information gleaned can help other PCMHs whose population serves low-income, Hispanic women. The experiences of these Hispanic women, as they relate to obesity, and the discovery of common themes related to the perceived barriers of lifestyle change can help guide future intervention programs and targeted care within PCMHs (Zajac,

Norris, & Keenum, 2014). Patient-centered medical homes may help provide lifestyle intervention programs and any number of services requested by Hispanic women's addressed needs not otherwise known to program planners.

Role of the Researcher

The role of the researcher was that of observer-participant, in that I conducted the audio-recorded interviews and interacted with the participant while writing down notes, observations, and answers from the interviewee. Though the participants may have heard of me as an educator or dietitian, none of the participants had me as a clinician. This was done in order to avoid ethical issues or to influence the participant responses. I did not counsel or educate any of the participants, and all of the participants were unknown to me. A semistructured interview guided open-ended questions, and I probed appropriately during the interview.

It was important to provide a safe and comfortable interview environment. Because interview studies are aided by the interviewer developing a relationship and rapport with the interviewee (participant), the comfort of the participant was important in order to receive representative information (Rawlins, Baker, Maynard, & Harding, 2013; Saywitz, Larson, Hobbs, & Wells, 2015). Maintenance of eye contact, agreeability, respectful language, and affirmation of what the participant said added affinity and increased rapport between the interviewee and me (Lyon et al., 2014). Additionally, narrative practice rapport building (Lyons et al., 2014) made the interviewee more comfortable as the interview began with a nonjudgmental question. A judgmental question would be "Why did you let yourself get fat?" and a nonjudgmental question

would be “How would you define obesity?” As phenomenology researchers seek to uncover knowledge about the experience (Sorell & Redmond, 1995), which in this case was obesity, I needed to allow for open responses without the interjection of my own biases or opinions.

Mitigation of researcher bias was addressed through reflexive journaling and bracketing (Creswell, 2013; Moustakas, 1994; Tufford & Newman, 2012), also known as epoche, as per Husserl (Moustakas, 1994); epoche is the “the elimination of suppositions and the raising of knowledge above every possible doubt” (Moustakas, 1994, p. 26). Because researchers acknowledge the potential for selection bias (Suri, 2011) of participants, care was taken to follow screening procedures and accept those who met the criteria.

Bias can exist both for researchers and those being researched. Though researcher bias can exist, bias can also exist from participant to interviewer (Collins, Shattell, & Thomas, 2005); the interviewed participant may not like the interviewer if that person is too different from him or her, reminds him or her of a bad experience with someone similar, or he or she may want to please the interviewer. To help reduce the potential bias, I spoke Spanish as a native language, did not wear expensive clothes or jewelry, and was as genuinely pleasant as possible. The participants were categorized as having low-income, so I dressed comfortably and appropriately so as to not appear superior or to be perceived as being privileged or rich. I wore no religious symbols, and no perfume or scented products were used that might have created discomfort or allergies.

There were elements that may have contributed to research bias. For example, participant bias that might have occurred could also have included skin color or race bias, age bias, and gender bias (Hannah & Carpenter-Song, 2013), even though I was in my 40's and Spanish speaking, my skin color is White. As the researcher, the Spanish speaking language helped, but the White skin color and normal weight appearance may have created dislike or a type of participant bias. Awareness of this potential bias was noted. To avoid ethical issues with concomitant bias, the participants had not previously seen me as their clinician.

Ethical issues related to conducting the study within the work place were reduced by not interviewing participants who had worked with me previously, ensuring no coercion was done, keeping a written tracking system of how and when participant interest occurred, and tracking what the follow-up procedures were. A paper trail of selection and interview procedures, verification of researcher-participant contact approach through a written document, and a consent form signed by potential participants helped to increase trustworthiness and reduce ethical concerns of recruitment within the workplace.

I provided incentives to research participants in the form of a grocery bag filled with \$15 worth of whole grain crackers, beans, nuts, fruit, vegetables, and a can of tuna at the end of the interview process. This information was not announced in the flyer, but rather in the consent form, to avoid a type of bribe or coercive tactic. The reason for providing the food basket gift was to thank the participants for their time and effort and to show respect for their willingness to be a part of this study. If that information would

have been on the flyer, then the reason to participate may have been to get the food gift versus to participate in sharing their information to help increase knowledge about their life experiences and perceptions.

Assumptions were made that the participants would be answering questions truthfully and that the research location would be conducive to feeling safe, comfortable, and not rushed. I provided respectful, patient, semistructured interviews, which allowed the participants to answer openly. I was in charge of screening, selection, consent form explanation, recorded interview, a food basket, transcription, coding, and analysis of all interview data.

Methodology

Participant Selection Logic

The study participants consisted of 15 (until saturation was reached) OLHW volunteers, ages 20-59, who were existing patients attending VCH clinics in North Hollywood, California and in North Hills, California. The age cut off for obesity prevalence in 2010 reported by the Surgeon General's Report (2010) within the Hispanic adult female was 59. Additionally, as the Surgeon General's Report identified Hispanics as having a higher percentage (47%) of obesity risk than their non-Hispanic White counterparts (36%), the Hispanic female was selected. Though this Surgeon General's Report grouped the obese, Hispanic women's ages from 40 to 59, I wished to include a younger age group and included ages 20 to 59. Because the Los Angeles, California's Census Reporter (2016) reported that the highest percentage of Hispanic women in Los

Angeles, California were women ages 20-29 and comprised 17% of the overall population, this age group was included in this study.

Obesity is defined as having a BMI of 30 or above, which is calculated by dividing weight by height: kilograms/meters squared (CDC, n.d.). For example, a woman who weighs 180 pounds (81.8kg), and whose height is 5 feet, 4 inches (1.624 meters) has a BMI of 30.9. This was calculated as follows: $81.8\text{kg}/2.64$ equals 30.9. To calculate kilograms from pounds, each pound is divided by 2.2kg. To calculate meters from inches, each inch is 2.54 centimeters, and each meter is 100 centimeters. If someone measures 64 inches, then 64 times 2.54cm equals 162.5 centimeters, which is 1 meter and 62.5 centimeters. Volunteers who were called to be screened for the study self-identified their BMI initially; however, during the screening process, their weight and height were taken to confirm a BMI of ≥ 30 .

The low-income criterion is typically inherent in those who are patients of the VCH clinic. The poverty cut offs were outlined in Chapter 1. Though the VCH clinic patients are typically low-income, the volunteer participants were still asked during the screening process to self-identify and verify as being low-income participants. VCH is a PCMH for low-income patients. Once the participant agreed to be screened, the process began. Most VCH patients and potential volunteer participants were expected to be of low-income status. All participants confirmed being low-income earners.

Study Location Justification and Demographics of Area

The study was conducted within the PCMH of a low-income community clinic (VCH) in North Hollywood, and North Hills, California, within Los Angeles County,

L.A. City Council District Number 6 (L.A. City, n.d.). District 6 has a prevalence of obesity of 26.9% with the last analysis in 2007 (L.A. County, 2011), and a Latino population of 57.7%, with the neighboring District 7 having a 26.1% prevalence of obesity (L.A. County, 2011). The clinic serves District 6, as well as neighboring districts, all which have a higher prevalence of obesity and a high population of Latino residents.

Sampling and Recruitment

Sampling occurred from volunteer participants who came from the existing VCH clinic patient population (convenience) of 23,980 patients, of which over 50% were Hispanic. Those who volunteered were screened after approaching or contacting me for more information. After having seen a flyer (see Appendix B and C) on the clinic entrance hall, information table, information booth in the downstairs lobby, in the upstairs lobby, or waiting room, or by being handed a flyer, a volunteer participant contacted me. The identifying criteria were as follows: obesity (BMI of greater than or equal to 30); Hispanic female who attended the VCH clinics age 20 to 59; and low-income, a criterion for being a patient at VCH. Final selection occurred from volunteers who contacted me and who met the criteria: income (low-income), ethnicity (non-European Hispanic: Mexican, Central or South American, not born in the United States), and weight status of obesity (BMI \geq 30). Those previously having seen me as a clinician were not included to avoid ethical and selection bias issues.

Those not included through the first inclusion criteria were pregnant women or mentally ill patients who had bipolar disorder, schizophrenia, severe depression, or narcissist borderline personality disorder, as they would not represent the general

population. A different study can be done in the future addressing obesity and mental illness, but for the purposes of this research, they would not have been suitable for a phenomenological study. Pregnant women were a population not representative of the condition studied and would have added a new research dynamic (variable), but could also have a different study done for them in the future. Nonpregnant, low-income, obese Hispanic women without mental illness were included.

The total number of participants for in-depth interviews in qualitative studies has been said to depend on varying factors: familiarity of epistemic communities (Baker & Edwards, 2012); evidence needed to satisfy mentors, university, peers, and readers (Doucet, as cited in Baker & Edwards, 2012); and choosing what constitutes excellence rather than appropriate numbers (Chaz, as cited in Baker & Edwards, 2012).

Saturation

To achieve saturation, in which no new themes are identified, as few as six participants can be interviewed (Morrison, Gregory, Thibodeau, & Copeland, 2012), with a generally accepted number of 15 to 20 people in qualitative research (Mama et al., 2015; Magdaleno, Chaim, Pareja, & Turato, 2011), unless data shows otherwise and new themes emerge (Fontanella et al., 2011). The sample size needs to be large enough to provide rich data with no new themes emerging, such as in theoretical saturation (Walker, 2012). Though the sample size can be low and saturation is reached, it is possible to have too few participants whereby possible new information can be brought by continuing to interview more people (Morrison et al., 2012). As such, a protocol to continue until theoretical saturation was reached is shown in Table 2.

Research centers and journals, such as *The Archives of Sexual Behavior*, are setting recommendations and guidelines for authors conducting grounded theory and in-depth interviews to use 25-30 participants as the minimum number to reach saturation and redundancy (Francis et al., 2012). Research centers, such as the National Center for Research Methods, discuss adequate sample size in qualitative research, based on the University of Middlesex and Southampton in the U.K., which recommend at least 30 members in a subject pool (Baker & Edwards, 2012) to provide the “advantage of penetrating beyond a very small number of people without imposing impossible hardship of endless data gathering..” (p. 10). Because there are time constraint issues for students who gather data for dissertation purposes, there is a difference between funded research, which often require an *N* (participants) of at least 100, and unfunded research (Baker & Edwards, 2012), which uses the general assumption of 20-30 interviewees (Francis et al., 2012).

Procedures for recruitment of OLHW began with approval from the clinic’s medical director through a letter of cooperation (Appendix D). This approval allowed the study to be conducted in the VCH clinic; approved clinician participation regarding recruitment; and allowed for administrative approval of VCH clinic room use for interviews, as well as for recruitment flyers, information booths, and information tables that contained flyers (Appendix B and Appendix C).

Based on the CDC guidelines of obesity diagnosis and goals of prevention, especially for the Hispanic population in the United States, a phenomenological approach using an in-depth interview was appropriate. The high percentage of obese, Hispanic

women who attended the clinic, their low socioeconomic status, and low literacy status made this population vulnerable to higher risk health behaviors that could prevent obesity reduction or management. As such, they were appropriate as a target audience for this study. Table 2 provides conceptual and procedural stopping criteria related to reaching saturation.

Table 2

Data Saturation and Stopping Criterion in Interview Process for OLHW

Concept	Procedure
Initial Analysis Sample	Approximately 10 or more (depends on when no new themes are identified: till saturation) interviews were conducted on OLHW from purposeful sampling based on set inclusion criteria
Stopping Criterion	<p>In this study's case, saturation was reached at 11th interview</p> <p>SAMPLE: After approximately 10 or more (depends on when no new themes are identified: till saturation) interviews, when three further interviews (N = 11) have been conducted with no new themes emerging, we can define this as a point of data saturation.</p> <p>In this study's case, interviews were continued to reach at least 15 in case new information was gleaned.</p>
Testing of Stopping Criterion	<p>After each successive interview (i.e. 11, 12, 13; then 14, 15, and so on) until three consecutive interviews provide no new material.</p> <p>In the future: It is possible that new groups of participants need to be specified if it appears that stratification factors that were applied were inadequately developed in the previous sample.</p>

Note. Saturation and stopping criterion for interview study.

Instrumentation

A semistructured interview protocol was used. I conducted face to face, semistructured, in-depth interviews to allow for open communication between the participant and researcher, with probing as necessary. A digital audio and tape recording of the interview were both used to avoid the potential loss of data. Transcription from the recorded interview was done. My Spanish fluency prevented any issues with translation or awkward language barriers during the interview processes. The participants who volunteered to be screened, and who completed the consent form, were included in the interview process. The Spanish consent form was signed before the interview began, after I had read it out loud with the participant. After the consent form had been signed and a copy had been given to the participant, only the interviewee (participant) and I were in the room together.

Procedures for Recruitment, Participation, and Data Collection

Data were collected from individual, in-depth interviews that I conducted in Spanish. I used a semistructured interview (Appendix E) as it allowed for open communication, clarification, opportunity for the participant to expand on a thought or thoughts, and allowed her to offer information that I had not otherwise thought of. This method also allowed me to probe further into a response. All of the questions helped me to answer the overall research question and were rooted in the HBM, with a focus on perceived barriers to lifestyle change. Questions were related to perceived barriers to foods, exercise, rest, sleep, and self-efficacy as they related to the obesity experience.

There was a one time, 1 1/2 hour interview per participant that included the signing of the Walden University Institutional Review Board (IRB; Office of Research Ethic and Compliance) approved consent form (copy given to the participant; Appendix G); the introduction and reiteration of what was to be studied; the purpose of the study; and a confirmation of confidentiality, which was followed by the actual audio recorded interview, the thank you protocol, and the exit protocol with provision of a \$15 food basket (grocery bag with food). Time slots between participants lasted 15 minutes to maintain privacy and confidentiality, as well as to minimize emotional discomfort.

During the interview process, I took notes and wrote down some concepts and new ideas or words not previously heard in other interviews; this was done without interrupting the participant. Probing questions to expand upon what the participant was expressing allowed for more detailed and rich data. When no new information appeared to be provided after three consecutive interviews from the participants, thematic coding using hand coding, as well as qualitative analysis software using NVivo 11, was started. When no new themes appeared after analysis, no more participants were needed, and the recruitment of new participants was stopped.

Debriefing occurred after the end of the recorded interview questions, and a review of the purpose of the study was given verbally. Additionally, the participants were told that the research data would be analyzed for common themes and the results of the common themes found would be provided to them after completion of the study and its analysis within a 6-month period. A reiteration of confidentiality, and an explanation that their name would not be on the audio recording of their interview, was done. I also

explained that their audio recorded interview would only include a numerical and letter code, such as P1, P2, and P3, in order to assure the participant of confidentiality. The thematic coding and analysis also did not include names, but rather, was given the same numeric and letter code as on the recorded audio.

After the completion of the 26-question interview, the participant was thanked, given the \$15 food basket, and escorted out of the interview room.

Data Analysis Plan

Data were collected from face-to-face interviews, transcripts, interviewer notes, and digital audio recordings of the participants. Organization of the data was achieved through initial color coding by themes, use of notebooks with interview questions followed by common themes, NVivo 11 software thematic analysis, word trees, and expansion of common themes identified in the hand coding of data (Bazeley & Jackson, 2013). Each question was coded, and themes within that question were subdivided into their own themes. As per IRB communications on March 30, 2016 with me regarding adequacy of password-protected computers and hard drives, a password-protected computer stored digital recordings for safe keeping within my home office. This also included all notes, audio tape recordings, transcriptions, and consent forms, which were stored in a locked file cabinet at my home office.

Color coding, pigeonholing, and subdividing concepts/clustering. Color coding can be used to code common concepts (pink represented negative emotional statements, such as frustration, sadness, depression, anxiety; yellow represented positive emotional statements, such as joy, love, and peace; orange represented financial

comments; blue represented self-efficacy statements). As this was a phenomenological study, ontological questions were used to find the answers to the phenomenon of obesity within OLHW; thus, I selected coding methods that included emotion coding, values, and then theming the data (Saldaña, 2015). NVivo 11 was also used to help calculate word frequency, provide word clouds, and identify themes.

The transcription of audio recordings was organized into categories, and this information was imported into NVivo 11 software for analysis. NVivo 11 software is a qualitative analysis tool used that allows for thematic analysis. It helps to put things into categories, and it uses codes, known as nodes. Common themes can be identified, and visual representations of word trees can be presented. The themes were compared to the HBM-rooted research questions for relevance to the dissertation research topic. Each pattern found reflected the theoretical foundation of the research question responses by OLHW. In this way, alignment to the research question was achieved (Saldaña, 2015) with not only a phenomenological approach, but through the lens of the HBM.

Counting. Audio transcription includes counting methods (Miles, Huberman, & Saldaña, 2014) of word frequency, as well as theme identification based on word frequency or concept frequency. Concepts, such perceived barrier to lifestyle measures, were tagged under thematic concepts, such as family as a support center, family is not a support center, difficulty exercising, barriers to rest or sleep, and barriers to purchasing food due to money. Additionally, each research question needed its own coding and thematic analysis. I analyzed common themes throughout each sector. I conducted a

comparison between themes found without the use of NVivo 11 and themes found through NVivo 11.

Open coding (Gallicano, 2013) is important to prevent predetermined biased assumptions. Each transcribed sentence was analyzed and coded based on the common words identified. Outlier information was included and discussed. Rereading of transcripts and avoiding dismissing words within the transcript due to researcher bias was taken into account (Gallicano, 2013; Saldaña, 2015). Each new concept, idea, thought, and word was coded. From there, similar meaning words were grouped together (Saldaña, 2015). For example, words such as anxiety, nervous, and agitated were grouped into one code: emotional reaction; words such as chunky, fatty, fat, and overweight were grouped into one code: weight. However, word frequency analysis allowed for tallying of the same words used. For example, words such as fatty, fat, or chunky were counted for frequency of use in NVivo 11 (Bazeley & Jackson, 2013) and through manually tallying the words within transcripts (Saldaña, 2015). Additionally, those like words were grouped together and also counted for frequency of concepts and thereby identified as themes.

Though intercoder reliability (ICR) cannot usually be obtained without the use of other human coders (Campbell, Quincy, Osserman, & Pedersen, 2013), and because restrictions to student researchers within Walden University IRB protocol applied, indirect ICR through the use of a coding software, NVivo 11, was attained. To determine the agreement between two or more coders on coding text segments, such as the transcribed OLHW interviews, comparing two or more coders can be used; in this case,

NVivo 11 software served as the second coder. Overall similarity between coder evaluations (finding word frequency and thereby themes), based on transcription coding, increased ICR, and NVivo 11 helped with the ICR determination (MacPhail, Khoza, Abler, & Ranganathan, 2016).

Issues of Trustworthiness

Trustworthiness is comprised of credibility, transferability, dependability, and confirmability. Modes of achieving trustworthiness include the audit trail (Cutcliffe & McKenna, 2004), provision of transcripts, researcher notes, digital recordings, and reflexive journaling by the researcher as these provide a reduction in personal biases and help reduce selective (biased) identification of themes or topics (Clancy, 2013; Darawsheh, 2014; Patton, 2002). A multitude of factors influence trustworthiness.

Credibility

Credibility of the research involves rigorous methods, researcher credibility, and a belief in the value of the qualitative inquiry (Patton, 2002). Circumstances that add credibility are inclusion of negative cases (outlier data); the attempt at the exclusion of personal biases done through reflexivity (O'connor, 2011); and discussion of potential biases, saturation (see Table 2), and triangulation (Carter, Bryant-Lukosius, DiCenso, Blythe, & Neville, 2014; Patton, 2002). Triangulation, in this case, was achieved by comparing audio recordings with transcriptions and by member checking (Doyle, 2007; McConnell-Henry, Chapman, & Francis, 2011). Additionally, comparison of transcription coding with NVivo 11 software also helped add credibility through ICR (MacPhail et al., 2016).

Though Heidegger argued that the incongruity of member checking and phenomenology exists, it was still used in this study. Heidegger argued that it is inherent in the human interpretive experience to view things through a contextual lens, to have a personal experience, and to hold presupposition or values about the experience (as cited in McConnell-Henry et al., 2011): The meaning of a question or answer may alter depending on the “disposition, or mood, of the researcher or participant” (Heidegger as cited in McConnell-Henry et al., 2011, p. 29) whereby participants may veer their comments to what they feel the researcher finds important (once results have been coded and themes have been found) and whereby context changes every time an experience is revisited (McConnell-Henry et al., 2011). Because common words and themes were analyzed from transcripts versus interpretations of the transcripts, it is possible that these Heideggerian issues regarding incongruity of member checking in phenomenology (Heidegger, 1988) were reduced.

Transferability

Thick, descriptive (Finfgeld-connect, 2010) data provides a clearer understanding of phenomenon within a population. This form of thick, descriptive data (Etter, Stemple, & Howell, 2013) was presented throughout thematic data analysis of OLHW. As a phenomenological study, the shared experiences within a population are sought from like-people as participants (selection criteria), rather than from a variation of participants. This was done in order to have the potential of transferability within like people, such as OLHW in other settings. However, this transferability potential is only within PCMHs in

Southern California that service low-income, Hispanic women. It is not transferable to other dissimilar populations or settings.

It was possible to use concept mapping (CM; Cambon, Minary, Ridde, & Alla 2013). In this way, common themes could be mapped and transferred to other low-income clinic settings and PCMHs for the purposes of developing obesity interventions that will address those perceived barrier themes found within OLHW: Transferability (Tong & Dew, 2016) to similar populations in different PCMHs will be possible.

Dependability

Dependability was established through an audit trail (Cutcliffe & McKenna, 2004), such as the availability of digital audio files, transcripts, procedural and recruitment logs, as well as existence of participant authorization and consent forms. Data files on computers, external hard drives, and paper files that were password-protected and in a locked file system helped decrease issues of privacy, or information tampering, and will be available for audit purposes. Triangulation allows for more than one source of data and analysis, and thus increases the likelihood that the data found from analysis represents the people or topic studied (Careter et al., 2014; Patton, 2002). It not only adds credibility (Doyle, 2007), but also dependability. For the purposes of increasing dependability in the OLHW research, the use of manual data analysis, NVivo 11 software data analysis, and member checking helped with the process of implementing triangulation. In addition to this, saturation protocols, as seen in Table 2, were implemented as this increased dependability, adequacy, and quality (Walker, 2012).

Overall, rigor increased reliability and validity through the use of a theoretical framework, the HBM; concurrent collection and analysis of data through note taking during interview process; transcriptions of audio files, coding; and the use of a representative sample to achieve saturation, OLHW. These allowed for methodological coherence through the congruence between the methods and theory used during the research process (Morse, Barrett, Mayan, Olson, & Spiers, 2002).

Confirmability

Checking for personal biases was done through reflexivity (Haynes, 2012) throughout the research process. This was done from inception to analysis of data. A journal of thought processes and potential biases was kept to ensure awareness of potential selective identification of words, phrases, or comments/responses of OLHW participants during the interview process and during the analysis process. The goal was to keep personal opinions away from research findings and to present only what was presented by the participants. In this way, research neutrality was gained (Thomas & Magilvy, 2011). Additionally, addition of data results that did not fit into found themes and common phrases occurred during analysis and the presentation of findings, which helped demonstrate inclusion of information (Patton, 2002). For example, if the theme of being obese was “I don’t like how I look,” yet there were a couple of women who said, “I feel sexy with more curves,” then both comments were included. A code for “likes her body” was tallied as well, even if it was not a common theme, or had the least number of uses as a code.

Ethical Procedures

Ethical procedures to conduct research on OLHW in VCH were addressed by the following: gaining a letter of cooperation from the VCH Medical Director (Appendix D), submitting an application to Walden University's IRB and providing the National Institute of Health (NIH) certificate of completion after Human Research Protection training was done (Appendix I), and following the ethical guidelines provided by Walden University's Research Ethics Planning Worksheet. Once the IRB approved the research, the implementation of the recruitment and interview study began. Study participant recruitment occurred at the Southern California low-income clinic, VCH, in North Hollywood, CA, and its satellite clinic in North Hills, California. Details of the study and recruitment were discussed with the Medical Director of VCH, who approved the study and interview sessions to be done within VCH.

Ethical concerns regarding recruitment from the work place were mitigated by not including participants in the study who had seen me as a clinician or dietitian previously. Additionally, following ethical recruitment protocols with the approval of VCH's Medical Director allowed for adherence to the principles of noncoercive recruitment (Nicholson, Colyer, & Cooper, 2013).

Ethics in recruitment. Volunteers contacted me by phone or in person once they saw or received the recruitment flyer (Appendix B). As the participants were mainly Spanish speaking, all of the materials were printed in Spanish, and I spoke Spanish fluently. No monetary influences, as would be considered coercive (Nicholson et al., 2013), were used in the recruitment flyers. If the potential participant called with interest

but changed her mind after she received more information, no tactic to coerce the potential participant was used. A simple statement, “Thank you for your interest, have a lovely day,” sufficed. The translation into Spanish was as follows, “Gracias por su interes, que tenga un buen dia.” If a potential participant wanted to continue, then a screening in person, and a letter of consent was signed before participating in the interview. A copy was given to the participant each time, with consent form information, purpose, confidential audio recording, gift of food basket at end of interview, assurance of confidentiality, and data results reporting to the participant after analysis completion. Confirmation of a BMI of ≥ 30 ; verbal verification of low-income status (inherent in VCH patients); age; and non-U.S. born confirmation of Mexican, Central, and/or South American heritage was done through the screening process (Appendix J).

Ethics in data collection. Once the volunteer agreed to participate and signed the consent form after their inclusion criteria screening, an appointment to come to the interview was given, based on the selected preference time of the participant (see Appendix J). Once the participant came to the time and location of the interview, she was greeted, asked to sit down, and provided a bottle of water. The consent form was reviewed and read out loud with the participant. The digital recording device did not include the participant’s name, but contained the agreement that her voice could be recorded during the interview. A separate back-up recording on a cassette was done during the interview (some cassette recordings did not work, but the audio files were available on digital audio recorder). Each audio file and cassette recording was alpha numerically identified per participant without the use of a personal name or personal

identifier. Once the consent form was signed, a copy of that form was given to the volunteer participant. The explanation of the purpose of the study, as well as the authorization to be audio recorded, was re-explained, with a reminder to turn the cell phone off (unless she had child care issues or needed to have the cell phone for family communication). If the reply was yes, then the interview continued; all interviewees agreed to be recorded.

The participant was also told she had the option to stop at any time without repercussions and that the interview may take 1 hour with a possibility of the interview being shorter, or up to 1 1/2 hours. The audio recording did not include the name, but rather an alpha-numeric code: P1, P2, P3, and so on. The consent forms included the name, but were locked in a file cabinet in my home, along with private files, audio recordings, and data. No identifiable data sources tied one participant to the recorded files or to the notes taken during the interview, both of which had the alpha-numeric code, but not the participant's name.

Treatment of data. Data were not tied to participants' names and were confidential. Only alpha numeric codes that match the audio recording and the notes taken exist. Audio recordings both digital and cassette recorded interviews, contain the audio file of the alpha-numeric name and the interview. The cassettes (one cassette tape per participant), digital device, and notes were and are locked in a metal container at my residence, and the digital audio files were uploaded onto a password-protected personal computer. My personal computer stayed in my home; was not used outside of the home

during research phase; and all digital files were uploaded in the home, not in a public or open-Wi-Fi Internet environment.

Only I had, and will have, access to the data. Data will be kept for 5 years, as required by Walden University's IRB. If audits are requested by the university, then the data will be released to them, but also through password-protected methods, as handled by Walden University. As there are no identifiers on the audio files, there is a low risk of privacy violation for participants whose interviews were recorded.

Incentive. The provision of a culturally appropriate food basket worth \$15 was provided. This included fruits (apple and orange), vegetables (zucchini and celery), dry bagged black beans, nuts, a whole grain product (WASA crackers) or corn tortillas, and a can of tuna. This was provided to thank the participant for her time and to have a relevant product based on health given to them. Instead of a fast food gift card or movie tickets, the provision of healthy food basket represented a healthy lifestyle as related to the research done on perceived barriers to lifestyle change. The lower dollar amount helped to mitigate issues of coercion, as a high dollar amount may have created a desire to participate not to inform others, but to get money equivalencies. Though the recruitment flyer did not include the incentive, there could have been a potential of word of mouth influencing participation based on the rumor of higher valued incentives. As such, the \$15 was used versus a higher valued amount.

Data dissemination. Once analysis was done, the results were compiled. The participants were contacted and asked if they wished to hear the results, common themes, and discussion of topics. If so, an appointment was made to discuss the findings on the

phone at their convenience. The results were analyzed using thematic analysis and word frequency displays such as word clouds. Additional participant comments have been provided in subsequent chapters through quoted statements relevant to the findings of the OLHW research.

Summary

The descriptive data gained from these semistructured interview questions provided a living record of the experiences of low income, Hispanic women. Because the selected women attended a low-income community clinic, VCH, a PCMH, the information may help other PCMHs whose population serves low-income, Hispanic women. The experiences of these Hispanic women as they relate to obesity, and the discovery of common themes related to perceived barriers of lifestyle change, can help guide future intervention programs and targeted care within PCMHs (Zajac et al., 2014), such as the VCH clinic.

In Chapter 3, I began with the introduction and proceeded to explain the rationale of the design, the role of the researcher, the methodology of the research, the participant selection process, sample for recruitment, saturation criterion, instrumentation, procedures for recruitment, participation, data collection, and analysis. Additionally, the data analysis plan was presented, and issues of trustworthiness were discussed. These included credibility, transferability, dependability, and confirmability. Lastly, ethical concerns were addressed and procedures were delineated for data storage, analysis, and dissemination.

Chapter 4 will contain the data analysis findings, and I will outline the process of data collection, and expound upon the topics addressed in Chapter 3.

Chapter 4: Results

Introduction

The purpose of the research was to understand the perceived barriers of lifestyle change among OLHW related to obesity and to address the gap in literature within a subgroup of the largest growing minority group in the United States (OMH, n.d.): the Hispanic population. California's adult Hispanic obesity prevalence is reported to be 31.9% compared to non-Hispanic Whites at 26.6% (CDC, 2016), and women overall had higher obesity rates than men (Ogden, Carroll, Fryar, & Flegal, 2015). As such, I focused on the Hispanic female population in a low-income community clinic in the San Fernando Valley, California. Obesity carries health and quality of life costs, as well as economic consequences with annual medical care costs estimated to be \$147 billion (Finkelstein, daCosta DiBonaventura, Burgess, & Hale, 2010; Finkelstein et al., 2009; CDC, n.d.), therefore, there is a need to reduce the upwards trend of obesity.

In order to answer the three main research questions related to perceived barriers of life style change and obesity among OLHW, 26 semistructured interview questions were asked to 15 volunteer participants recruited from the VCH clinic, a PCMH in Southern California. In the following chapter, I will provide the research questions, the setting, demographics of the participants, data collection procedures, data analysis methods, evidence of trustworthiness, results, and a summary of the findings.

Research Questions

RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of OLHW about obesity?

RQ2. What are the experiences of OLHW related to their obesity?

RQ3. What are the perceived barriers to obesity-related lifestyle change among OLHW?

RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for OLHW?

RQ3b. What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for OLHW?

RQ3c. What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals versus high carbohydrate rich foods in OLHW?

RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for OLHW?

Setting of Research

Setting

Data collection began in September 2016 at the VCH clinic, after receiving IRB approval from Walden University (#09-01-16-0315045). Spanish language flyers (Appendix B) were disseminated within VCH from September 2nd, 2016 until data collection was completed, on October 27, 2016, as per the letter of cooperation (LOC) (Appendix D) granted by the VCH Medical Director. The VCH clinic is a nonprofit organization serving low-income communities within the San Fernando Valley in Los Angeles County, CA, and Hispanics make up over 65% of their patient population. VCH provides out-patient medical services including general medicine, dental, gynecology, HIV clinic, teen clinic, optometry, general medicine, nutrition and health education, and mammograms.

Recruitment and Weaknesses

Recruitment flyers (Appendix B and C) were disseminated on both floors of the VCH clinic at information tables, waiting rooms, and flyer wall posting areas. On two

occasions, flyers were handed out to all people coming into the clinic at the entrance hallway for a period of 30 minutes, and all were included in the flyer distribution. This avoided singling out women who were overweight or obese and also increased the potential for a nonqualifying person who was handed the flyer to pass it on to someone else. This helped reduce selection bias as all those who wished to take a flyer from me for a period of 30 minutes were included, which helped increase distribution to all people passing by me. All of them were offered a flyer, without deselecting them, even if they were men, or seniors, or teens. On the other hand, it could be contended that increased selection bias could have occurred if the flyers were purposefully not given to someone when they walked by me. However, all were included, though for a short period of time: two 30 minute-time blocks.

Those who refused acceptance of a flyer were not given one. Those responding to the flyers were screened (Appendix J) in person if they were there, or on the phone, and then in person to ensure criteria were met. With this purposeful and convenience sampling, there was an automatic exclusion of potential participants who were not part of the VCH clinic care and of those who may have been shy and may not have wanted to call. However, 15 participants provided rich, descriptive data that answered the research questions. These results may be useful within the public health community as perceived barrier data on OLHW had not been readily available in public health, sociology, or psychology peer-reviewed journals during the review process.

The weakness for the interpretation of the results may occur due to the exclusion of participants who did not come to the clinic or who were unable to participate due to

additional barriers of literacy and health literacy, fear, shame, or a lack of understanding with respect to interviews. However, as this was a volunteer participant recruitment protocol, inherent exclusionary consequences occurred, but did not reduce the availability of thick, rich interview data that were provided.

Demographics

Recruitment criteria on the flyer (Appendices B and C) and the screening tool (Appendices J and K) required that the participants meet the following: Hispanic woman (not born in the United States), 20-59 years of age, obese (BMI of 30 or above), Spanish speaking, a clinic member, and must never have had me as their dietitian or clinician. There were 10 exclusions due to being above the age of 59, previously having seen me as their dietitian, or not being a member of the clinic. Those who wished to participate, but were in their 70s, wanted to send four more volunteer participants who were not included as they were not VCH patients and were above the cut-off age. One of the participants, P15 (the 15th participant), stated that four girlfriends were interested; however, they were not able to participate as they did not come to VCH as their PCMH.

Table 3 provides demographic information of age, BMI, birth place, number of years in the United States, and highest grade attended or completed. One third of the participants (five participants) had a BMI of 40 or greater, three participants had a BMI of 35 to 39.9, and six participants had a BMI of 30 to 34.9. According to the NIH (n.d.), a BMI of 40 or more is considered extreme obesity with high health risks; a BMI of 35 to 39.9 is classified as Level II obesity; and a BMI of 30 to 34.9 is classified as Level I obesity. Some participants in this study mentioned gaining weight the first year of their

lives in the United States, with one participant (P9) stating that she gained weight within 2 months of coming to the United States. Because of this, I have included time in the United States in Table 3 based on existing evidence in the literature that there is an increased risk of obesity the longer that immigrant women stay in the United States (Guendelman et al., 2013). Because literacy and health barriers were mentioned by not only participants but in the literature, highest level of education was also included in Table 3.

Table 3

Participant BMI, Age, Years in the United States, and Highest Education

Participant Birth Place	BMI	Age	Years in U.S.	Highest Education
P1 Mexico	38.6	30	15	City college
P2 El Salvador	32.7	55	5	9 th grade
P3 Guatemala	36.6	43	34	H.S. Trade School
P4 MX	30.0	34	15	8 th grade
P5 MX	29.5	42	13	University not finished 5 yrs.
P6 MX	39.6	32	14	6 th grade age 12
P7 MX	33.6	39	18	9 th grade age 15
P8 El Salvador	40.7	20-59	No record	No record
P9 El Salvador	260#	37	1** gained weight in 2 months	4 th grade age 14
P10 El Salvador	34.7	30	11	High School
P11 MX	32.3	48	15	High School age 19
P12 Peru	41.2	24	3	High School Technical Sch.
P13 El Salvador	31.7	45	1	University 1 year
P14 Venezuela	45.1	56	No record	No record
P15 Guatemala	43.8	36	19	University
Range	29.5 – 45.1	30-56	1-19	4 th grade-Univ.

Note. Participant demographics, years in the United States and highest level of education.

Data Collection

Fifteen screened participants who met the eligibility criteria were given an appointment based on the time and date that was most convenient for them from Monday to Saturday during clinic hours of operation. On two occasions, the participants wanted immediate interviews, and each was accommodated. On one occasion, a participant rescheduled twice and was not interviewed. As a thank you and a part of the exit protocol following the interview, a \$15 food basket was provided. All of the participants completed the interview and were provided with food baskets.

Each interview was conducted in an authorized office onsite at the VCH. Any nutrition education materials were removed to avoid influencing responses based on posters of foods and healthy plates. Each participant completed and signed the informed consent to authorize recording the interview for subsequent transcription. Participants were advised that they could stop at any time for any reason or refuse to answer any question. They were given a copy of the consent form and told that they would still receive the food basket even if the interview was not completed. A bottle of water was given to the participant before the start of the interview. Each participant was asked 26 questions in the same order.

Each recorded interview lasted up to 1 hour and 8 minutes, with the shortest one lasting 19 minutes. The average interview was from 21 minutes to 28 minutes; two interviews lasted over an hour, and five interviews lasted from 33 minutes to 45 minutes. This did not include the consent form explanation, signing, and introduction time, which lasted from 10 to 15 minutes.

Each participant was thanked for completing the interview, given a \$15 basket of foods that included a can of tuna, fruits, vegetables, nuts/peanuts, beans, and a whole grain. Each participant was also told that at the end of the analysis, she would be called and informed of the common themes found. All agreed to accept a follow-up information phone call to present common themes found within this obesity study in which they participated.

Audio Files

Digital wave file to mp3 file software converter, Switch Plus Sound by NCH© software, needed to be purchased in order to listen to the wave file digital recordings. A back up of the transcriptions was done.

The first interview was conducted on September 12, 2016, with the last one done on October 27, 2016. Saturation was reached by P11, but though no new information emerged after three consecutive interviews (Fontanella et al., 2011; Walker, 2012), I was curious if a higher number of participants might yield something unexpected. Additionally, there was an increased interest from the clinic's potential participant community, and I did not want to reject them, so I included new participants. More interviews would provide richer, thick descriptive data. The P15 interview yielded rich information, similar to the others, but with much deeper expression of experiences: It lasted 1 hour and 8 minutes.

Unusual Circumstances

Unusual circumstances that occurred were as follows: One participant could not turn her phone ringer off, so she answered the phone several times towards the end of the

interview, but continued the interview between calls. One participant was breastfeeding her active toddler who grabbed the cassette microphone, pulled the cables, and was distracting the participant; however, she continued as well, and I moved the microphone and cables further away from the baby.

Data Analysis

Process

Fifteen interview transcripts and handwritten notes were reviewed and subjected to inductive coding (Miles et al., 2014). Both hand coding and NVivo software version 11.0 were used to identify emerging codes and nodes in the data. Each noun, adjective, or described experience was circled within the transcript for the purposes of open coding and narrowed subsequently through collapsing similar terms into one theme. For each interview question, relevant comments, words, and emergent themes were identified, with each participant's matching answer tallied underneath the comment or word or theme that emerged. No codes were preset; as such, no deductive coding occurred (Miles et al., 2014).

Miles et al. (2014) discussed a process of coding qualitative data by identifying codes from data chunks that form patterns and themes. Hand-written coding was completed from the analyzed transcripts for all of the interviews that are available for audit trails. In addition to hand coding, the NVivo qualitative software package was used. However, the codes called nodes by QSR International (n.d.) and its NVivo package were based on the hand coding done previously, and software analysis depends on what the person inputting the data is selecting.

Examples of initial hand coding are provided below. For Interview Question 1, the Spanish question asks, “Que significa tener buena salud?” This question translates to “What does being healthy mean to you?” Under this question, codes were identified that appeared in the transcriptions, such as “retirar cosas” (avoid things), “bien mentalmente” (good mental health), “comer saludable” (eat healthy), and, “no comer en la calle” (don’t eat fast food).

Under each comment/statement/word, each participant who answered this way (such as P1, P2, P3) was identified and placed underneath that code or common word. For example, for the question “What does being healthy mean to you?” the open coding revealed that three participants (P4, P6, P13) mentioned fruits and vegetables specifically, and most mentioned physical well-being or not being sick. Six participants mentioned physical activity or exercise (P1, P2, P7, P12, P13, P15), and two mentioned family health as important (P2, P5). The overall theme of having health and not getting sick included all of the subdivided ideas collapsed into it, such as avoiding health risks, family health, no heart attacks, avoiding diabetes, mental health, and not getting tired: As such, I created the resulting theme health.

NVivo 11.0 coding process. In order to be able to analyze the data within NVivo 11, two initial processes occurred. The first required the identification of nodes, which are codes. The second required creation of cases. In this case, each participant interview transcript was imported from the Word file on the PC into the NVivo software, and 15 cases were created (one case per participant transcript). A second screen was opened within NVivo that listed all of the created nodes. Each interview question was a node,

known as a parent node, and its subcategory was a child node. The relevant quotes from the created cases, P1-P15, were then embedded into the relevant child node category.

Word frequency and thematic analysis was done.

Emergent Themes for Research Questions 1 Through 3d

After coding and identifying themes for each interview question, and extrapolating that data to help answer the three main research questions (RQ1 to RQ3) and four subquestions (RQ3a to RQ3d), the overall themes were used to explain the experience of OLHWs' lifestyle barriers related to obesity. The following section presents the emergent themes from Research Questions 1 through 3d, and it is divided into research question headings, followed by emergent themes and translated quotes. Further explanation and detailed discussion of the results will occur in the Results section of this chapter. The following section provides a brief overview of the emergent themes.

Research Question 1 emergent themes. The following themes emerged: lack of time; cost of healthy food and exercise; family barriers; diseases; stress and worry; kids take time not for self; lack of breaks at work; not as employable if fat; fatigue; laziness; shame; lack of health and nutrition knowledge and education; lack of family education on foods and health; not knowing how to prepare foods; depression/sadness; pain; inability to lose weight; as well as a focus on fat belly, issues with clothes, and looking in the mirror "panzona" (big belly fat), "me veo como uno chorizo" ("I look like a chorizo"), or "como me pongo un traje de bano en la playa," ("How could I wear a bathing suit at the beach"). A common theme was a request and desire to learn more, to receive education, and to receive help to lose weight through nutrition and guidance. Seven participants

mentioned wanting to receive help on how to eat, one specified wanting help on how to exercise, one was emotional about wanting the government to provide nutrition campaigns as a law for everyone (P2).

P2 stated, “Also, vanity of a woman, when one goes to the store and you like something a size “v” how pretty, but, we have to use size XXL, en then our body, I feel, how would I say, self-esteem.”

P3 stated,

Well, how do I say it I have dizziness, I don’t know if I have high blood pressure, or if I have high cholesterol, or I don’t know what is causing me this. But, I think that my fatness doesn’t help, it is not helping me.

P12 stated, “Well, it bothers me, well, to be fat, or at times that they give me an insult because I am fat.”

P15 stated, “They tell me, at my work, don’t send me a fat woman, she won’t be able to handle the job. That hurts me.”

Research Question 1 emergent positive themes. The following themes emerged: belief she can feel better if she takes care of herself, family health motivation, improved digestion, increased energy and overall health, avoidance of illnesses, longer life, setting goals, portion control, eating more vegetables and fruits, willingness to learn and change, belief that can incorporate exercise.

P1 stated,

But I am going to start. I have to have a routine so I can do it. But, if I don’t want to do it, I am not going to do it, but I know I want to do it, I want to lose

more weight.

P12 stated, “My health, now, I have to do it for my health, to be well, for my heart, for all that my body needs...because getting fatter/heavier isn’t that good.”

Research Question 2 emergent themes. The following themes emerged: shame, clothes don’t fit/can’t wear pretty clothes/dress, poor self-image in mirror, embarrassment in public with others, fear of sickness/disease/getting hurt, fear of exercising, feel fat, stress/worries, can’t breathe well, snoring, pain with walking, difficulty working/activities, depression, difficulty maintaining healthy life, difficulty with activities/shoes/bending over/stairs, health issues (stroke, headaches, diabetes, hypertension, cholesterol, joint pain), lack of knowledge.

P2 stated,

Like for example lifting weight in general, boxes, pots, any kind of weight is affected. It affects me because one can’t bend over, and when one gets back up it squashes everything and when I grab a pot/pan or something when I am bent over for a bit and I get up I begin to see little lights. I feel this is part of me being fat.

P11 claimed,

“In my knees, doctora, where I live, I live on the second floor, and when I need to go up the stairs, I tell someone, help me please, so I look at myself and apparently I say I am not that fat but I know that I am short so, yes, and, and, eh, well, and where it affects me is going up stairs, mostly going up stairs.”

P12 stated, “I can’t handle wearing high heels [laughs] because I am fat.”

Research Question 3 emergent themes. The following themes emerged: lack of education and knowledge, cultural tradition, children/childcare/giving birth, work schedules, lack of breaks in labor/factory work, can't get full, dislike of vegetable flavor, time constraints, lack of cooking skills, history of abuse, laziness/no motivation, fast food/junk food consumption, lack of family participation, no exercise equipment/no gym.

Research Question 3a emergent themes. The following themes emerged: fatigue/energy level, higher cost, no time, issues of location of neighborhood or no place to exercise, lack of access to work out equipment/gym, not setting goals, having pain, fear of hurting self, fear of neighborhood, too many responsibilities, and constraints of having children.

P2 stated,

That there be a place like a park, or a colony/neighborhood, a place where I, that it be healthy and safe... right, that I know, recognize my neighbors, very important to know my neighbors, or I wouldn't get near there, to know the area where one lives, to motivate me to do exercise.

P10 claimed, "At times there is no time, more when one has children in the house, it is very difficult to work, the kids, homework, tasks, well everything...that...is what makes it difficult to do exercise.

Research Question 3a emergent positive themes. Positive themes that emerged for reasons to do exercise were more energy, family time at park, long life, improved digestion, and overall improved health effects.

P5 stated, “I think that I can incorporate it. I believe that nothing is difficult if we want to do it.”

P9 claimed, “I mean I want to feel good, I want to see myself differently to put on clothes that I have never put on before.”

Research Question 3b emergent themes. The following themes emerged: taste issues, family won't eat them, they spoil, expense, lack of knowledge to prepare them, can't get full, can't incorporate them, work issues, difficulty maintain intake, did not grow up eating them, and didn't know I needed them.

P1 stated,

Because to care...to eat healthy too...many people say that it isn't necessary, but one does need it a lot of money too because if we are going to take care of ourselves with good nutrition it costs more...it is more expensive...it is very expensive to care for ourselves.

P2 claimed,

If we work in the factory, the Chinese don't permit that we eat, right. If you are in an office with a lot of people, I don't think that it would be possible...eh, that it is good because I think that not everyone in the world can realize I think, I don't know.

Research Question 3b emergent positive themes. Positive themes that emerged for eating fruits and vegetables were health, improved digestion, increases energy, tastes good, and, know it's healthy, and trying to eat fruits and vegetables.

P13 stated, “To eat fruits and vegetables to me is very important as they give us many vitamins and minerals and they help make collagen that many people after a certain age well they no longer produce that hormone.”

P14 claimed,

When I have done this, I feel my body with more energy...when I leave that, ah, and, and, and, and, and, I can go to the bathroom regularly. When I don't do that, it is horrible in my body, I feel, eh, feel a punch, a shock.

Research Question 3c emergent themes. The following themes emerged: fullness/satiety with carbohydrates, family wants them, lack of will/discipline, habit/grew up with them, get weak without them, quick and easy, cravings, headache or sick without it, cheaper, difficult reducing, lack of knowledge of effect/excess, depressed/sad, don't know how to prepare, and culture.

P1 stated, “Because they are delicious, taste delicious, I like to eat that, I am accustomed since a child to eat things that are fattening.”

P2 claimed,

Maybe it's anxiety to eat, the... though I don't need it, and at times one goes to the market, wants sweets and sees the sweets, so I go and buy it, and I am going to eat it, there is missing willingness (discipline) not to do it, definitely to not do it, then I do it.

P15 stated, “I don't get full, from there I don't know what to eat...Latinos eat tortillas, potatoes, it's habit (custom/culture).”

Research Question 3d emergent themes. The following themes emerged:

worries/thoughts/stress, family issues, depression, insomnia, obesity/breathing/discomfort, having kids/baby, electronics/TV, late work schedules, and not exercising.

P2 stated, “At times my knees hurt a lot, when it hurts, it hurts, and the pain is greater in the knees than the sleepiness I have.”

P10 claimed, “In my case, I have a new born baby, and the baby doesn’t let me sleep completely.”

P12 stated,

Maybe yes, yes because they say an imbalance makes...less than a year ago, I worked late hours, worked from 11 at night to 7 in the morning, and I slept in the day, then my food rhythm changed, and from there is where I started to gain more weight.

Discrepant Cases of all Research Questions Answered

Though there was a wide range of answers, and of the 15 interviewees, at least two mentioned similar things if not three, there was no outlier or discrepant case regarding sleep. The individual experiences were different as a whole when a comparison between a participant with a university education was compared to one with only a third grade education. However, the themes of pain, discomfort, depression, and shame were consistent themes no matter what education level a participant had. The main difference was in the use of fruit and vegetables and the stated knowledge of food and exercise; whereby, the university-educated participant stated having knowledge and

knowing how to prepare foods, while the less educated had less knowledge. But, that was not the case for every less educated participant.

Because this was a phenomenological study, it was acceptable to include all of the experiences reported, without pigeonholing themes and without excluding what was unique, which might have occurred if pigeonholing was a mode of coding (Barnett-Page & Thomas 2009). Though there were discrepant answers, the overall experience of obesity for the low-income, Hispanic woman included similar experiential themes of physical pain, monetary constraints, cultural and family determinants, and mental health or emotional ramifications.

Evidence of Trustworthiness

Credibility

To ensure credibility, an audit trail (Cope, 2014), as well as inclusion of all cases and reflexivity (O'Conner, 2011), were employed. During the interview process, notes were taken identifying certain researcher emotions that may be viewed as biases. For example, I noted a desire to focus on the barriers to health behaviors due to the amount of time that children take up or the problems the participants experienced with their children. However, because NVivo 11 analysis, as well as hand coding, included all mentions of barriers, the issue of having children did not overshadow other barriers, nor were other barriers excluded. There were no exclusions of statements. Additionally, audit trails exist through Word file transcripts and NVivo cases that were inputted into the NVivo software: One case per participant; 15 participants provided 15 NVivo cases. Each case in NVivo had the full transcript of the session, so that audits could verify

content, nodes, and themes, as could an outside researcher. Saturation principles were used (Table 2) and were found by P11; however, I chose to continue as there was interest in the community, and I preferred richer data as this would add increased credibility for use in the public health community and for publication purposes to help disseminate this information.

Another acceptable form of providing credibility was triangulation (Carter et al., 2014; Patton, 2002). Though there was not another research team used, nor was there an outside transcriber used, triangulation was still able to occur through existing digital recordings that were compared to word-for-word transcripts, as well as to notebooks of each session. Each session also included member checking to ensure accurate understanding and correctness of what the participant was saying (McConnell-Henry et al., 2011). This was done by repeating what the participant was saying as a reflection of their words. Additionally, clarification of their answers was done through repeating back what they said on certain questions. The audio files, as well as the transcripts, which are in Spanish, demonstrate some of the member checking done during the interview process. Comparing NVivo 11 to hand coding, as well as transcripts from Word documents, to existing NVivo files also adds credibility. The highlighting software option within NVivo allows an auditor to see that all the transcription was used and that no biased selection of words was used. The nodes, such as the parent nodes and child nodes (QSR International, n.d.), also ensure visual representation of the transcripts and accurate words of the participants, as each node has a function by which an auditor can see why that node

exists, as it is based on word-for-word transcripts that created the open coding versus pigeonholing or deductive coding (Barnett-Page & Thomas, 2009).

As mentioned in Chapter 3, Heidegger (1988) does not believe member checking is as accurate because researchers are emotional and contextual beings; as such, the researcher's experience and the experience of the participant would be influenced by each other. However, it was still a practice that I used during the research process, whereby I repeated back the answers that participants provided to ensure understanding and to make sure their words were represented accurately. Credibility was achieved through researcher credibility (Patton, 2002) by offering audit trails that exist through notebooks, calendars, Word documents, NVivo 11 project files, reflexivity, member checking, and triangulation.

Transferability

Though this OLHW study cannot be transferred to other minority groups, it may be able to be transferred from one similar situation and population to the other through CM (Cambon et al., 2013). For example, processes can be extrapolated from one low-income clinic or PCMH (DHCS, n.d.) to another, if it serves immigrant low-income Hispanic women in the United States. It could be replicated for use in other communities and other minorities, as the one-on-one interview inquiry provided rich, descriptive data that can help in a greater understanding of the person's experience. This understanding can be the foundation for multiple off shoots, such as exploration of special programs, data used for lobbying for public health programs and policy change, and development of

protocols in community clinic to help decrease barriers to obesity management in minority low-income populations.

Proper adherence to qualitative research standards not only added to the potential transferability, but also to credibility and dependability. As I had the opportunity to interview 15 participants, this allowed for an acceptable number of participants considered to provide rich thick descriptive data (Etter, Stemple, & Howell, 2013) as long as saturation was reached. This is true even within the qualitative limitations of dissertation timelines and lack of funding issues (Baker & Edwards, 2012; Francis et al., 2012). However, even though an increased *N* is preferred, saturation was achieved, which is a stopping criterion for qualitative interview studies.

Dependability

Though there is an overlap between what is known as credibility and dependability, there cannot be dependability if there was no credibility. Factors that increase credibility would increase dependability. The audit trails that included access to process of action documents, digital files, transcripts, word documents, and NVivo 11 project files, and also included documents such as consent forms and screening forms, all added to dependability. If a secondary researcher accepts or agrees with the “decision trails” (Cope, 2014) of each step of the study process and analysis, there is dependability. Additionally, triangulation between paper notes, transcripts, and digital audio files also increased dependability of interview data (Carter et al., 2014). Adequacy, quality, and dependability were also increased with the use of the saturation principle used in this study (Walker, 2012). To emphasize methodological coherence, a theoretical framework

was used, the HBM. Additionally, interview protocols and interview questions included this theoretical framework, with note taking and reflexivity, transcription of digital audio files, triangulation, and coding leading to increased rigor (Morse, 2015; Morse et al., 2002).

Confirmability

Personal biases can be addressed through reflexive journaling, and they were addressed throughout the interview and analysis process, which increases confirmability (Haynes, 2012). To achieve research neutrality (Thomas & Magilvy, 2011), continued attention to biases were addressed, as was the process of word-for-word transcription to avoid selective transcription or selective thematic analysis. As all terms, words, and concepts provided by the 15 participants were used, no one concept was deselected or prioritized. The common theme was determined by the frequency of those comments and prevalence of participant concurrence to that topic or idea, not by the researcher's preferred outcomes or biases. The NVivo 11 coding process allowed for a visualization of common themes and the frequency of terms used from all of the participants' interviews. This allowed for all factors of trustworthiness to be attained. Access to all documents, transcriptions, audio files, forms, and logs allowed for credibility, dependability, and confirmability.

Results

Participants

Sixteen participants met the study's inclusion criteria; there was one no show, which resulted in 15 interviewed participants. Each screening included the height,

weight, where she came from (as I wanted Hispanic women not born in the United States but not born in Europe), low-income status, age range from 20-59, and verification that she was a female. That sounds odd, but it was part of the protocol, as there was a chance that transgender or transsexual individuals would have wished to participate, as the clinic serves all populations. Number of years in the country was discovered in the interviews, or was volunteered, and was asked of subsequent participants as it added rich information about living in the United States and obesity. I also wanted to maintain consistent demographic information. This was true for education or number of years in school, as some participants described their schooling or lack thereof. These were the two demographic descriptions that I had not thought of adding to the screening previously when planning out the study. However, because some scholars emphasized the existence of increased obesity with more years in the United States (Guendelman et al., 2013), as well as education level and obesity (Drieling et al., 2014; Wong, Chou, & Ahmed, 2014), I continued the inquiry, which was initially spurred by participants providing the information before I asked. The information was originally provided to me by Participants 2, 5, and 7.

As seen in Table 3, women's ages ranged from 30 to 56. Most were here greater than 5 years, up to 19 years, and four were here 5 or less years. Two had been in the United States 1 year or less. Obesity status was already discussed in the beginning of this chapter.

Each participant was asked 26 semistructured interview questions, with occasional probing for further information and reflective narration to verify that what I

understood is what she said: a form of member checking. Eye contact was maintained, acknowledgment of listening to her was done through saying, “Si...entiendo.”

Everything was in Spanish, with occasional Spanish and English mixes such as, “Yeah,” “Yes,” “I understand,” “O.K.” Some participants spoke a bit of English and on occasion provided English words but repeated them in Spanish.

The organization of the results is as follows: statement of the research question, themes found for that research question, supporting quotes from each participant, and representative tables and figures. Word document transcripts of all participants are available.

Research Questions Answered

With respect to the research questions on experiences and perceived barriers to weight loss, eating fruits and vegetables, exercise, and sleep, most women had negative experiences regarding their obesity. They felt the following: a sense of hopelessness, but yet hoped to participate in exercise soon; perceived they were burdened by lack of money that impaired making dietary changes; believed that sleep affected weight by one affecting the other or vice versa; and that stress and family obligations impaired time, flexibility, but yet, inspired action to live longer for the family. None of the 15 participants had a positive experience regarding their obesity, but some had experienced thinness (P15) or less weight in their youth that they were unable to maintain due to several reasons: childbirth (P15, P13, P12, P10, P5); process of aging; or time in the United States (P4, P5, P6, P7, P9, P12) after emigrating from their country (Mexico, El

Salvador, Guatemala, Venezuela, Peru). Table 4 provides an overview of research question and themes.

Table 4

Research Questions 1 Through 3d and Themes

Research Question	Themes
RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of obese low-income Hispanic women about obesity?	1) Time Constraint 2) Mental Health 3) Disease Unwell 4) Education & Knowledge 5) Money Problems Cost 6) Family Issues
RQ2. What are the experiences of obese low-income Hispanic women related to their obesity?	1) Time 2) Depression Stress 3) Cultural Education 4) Cost 5) Family
RQ3. What are the perceived barriers to obesity related lifestyle change among obese low-income Hispanic women?	1) Food Issues 2) Physical Health 3) Emotional Issues 4) Education Constraint 5) Cost 6) Time
RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for obese low-income Hispanic women?	1) Pain 2) Location 3) Time 4) Money 5) Fatigue 6) Fear 7) Motivation 8) Need Buddy
RQ3b. What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for obese low-income Hispanic women?	1) Cost 2) Prep Knowledge 3) Habit "costumbre" 4) Dislike Fam./Self 5) Spoilage
RQ3c. What are the perceived barriers to lower carbohydrate meals vs. higher carbohydrate rich foods in obese low-income Hispanic women?	1) Satiety 2) Cheap 3) Cultural 4) Happy Family 5) Convenient 6) Flavor Taste 7) Can't prep other food
RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for obese low-income Hispanic women?	1) Stress Worry 2) Work home and out 3) Child Family 4) Pain Health 5) Obesity

Note. Research Questions 1 through 3d and common themes found.

Physical Discomfort

The theme of physical discomfort was the most common experience described by all of the participants. Fifteen participants experienced physical discomfort related to their obesity, such as physical pain of their knees or foot pain/swelling (P1, P2, P4, P5,

P6, P8, P11, P13, P15); back pain (P10); snoring; shortness of breath while sleeping (P2, P6, P12); or other pain, weakness, or difficulty while bending over to tie shoes, wash feet, to pick up something, or to shave legs (P1, P2, P4, P5, P6, P7, P9, P10, P13, P15); headaches (P7, P8, P14); history of stroke (P2); or physical and emotional issues with clothes discomfort or tightness or available sizing (P1, P2, P3, P4, P5, P8, P9, P11, P14, P15). Additionally, they expressed an interest in learning to help reduce the above symptoms: A desire to be taught about nutrition and exercise was also mentioned by eight participants (P2, P3, P5, P6, P8, P12, P14, P15).

Themes for Research Question 1 and Research Question 2

Figure 3 provides graphic depiction of the themes found in Research Question 1:

What are the beliefs attitudes, and perceptions of OLHW about obesity? Research

Question 2: What are the experiences of OLHW about their obesity?

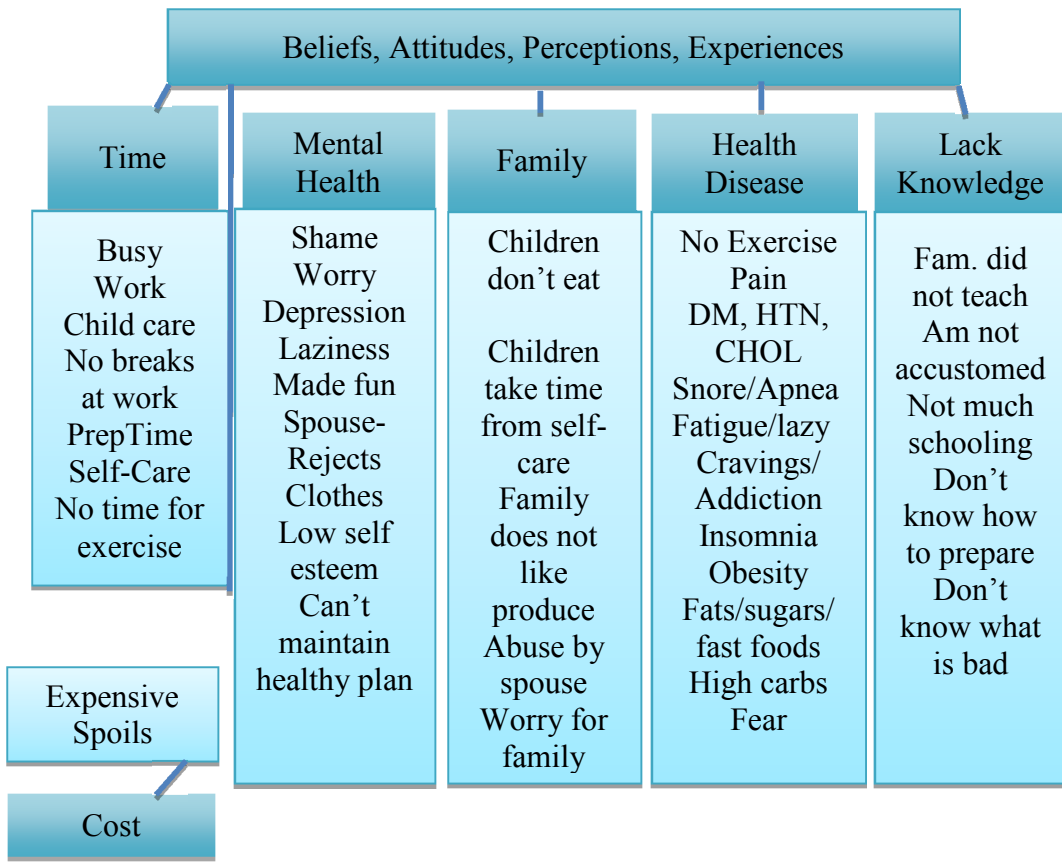


Figure 3. Themes and codes for RQ1 and RQ2.



Figure 5. English translation adjusted word cloud experience and obesity.

The most common experiences described by the participants were related to their discomfort, issues with breathing, pain, difficulty in bending or walking, pain in their knees and body other body parts, issues with finding nice clothing or those that fit, feeling fatigued and unmotivated, cravings, and having concerns about weight.

Procedure for translation of word cloud. The variation in appearance is due to using the Spanish query function in NVivo 11, which provided a list of word frequency (a tally of how many times a word was used). From this list, an English translation and word cloud analysis was performed. The most frequently used words were then also coded in an English node and case query in order to have NVivo 11 run its English word summary, frequency, and word cloud.

Research Questions 1 and 2 beliefs, attitudes, perceptions, experiences.

Appendix K provides translated quotes from the 15 participants relevant to the themes found for Research Questions 1 through 2. Overall themes addressed the desire to eat

junk foods, the convenience of unhealthy foods, discomfort and difficulties of obesity, and the emotional and physical consequences of obesity. Figure 3 provided a pictorial depiction of common themes found for Research Question 1.

Themes for Research Question 3 Barriers to Life-Style Change

Figure 6 provides a graphic depiction of the themes found in Research Question 3: What are the perceived barriers to obesity-related lifestyle change among OLHW?

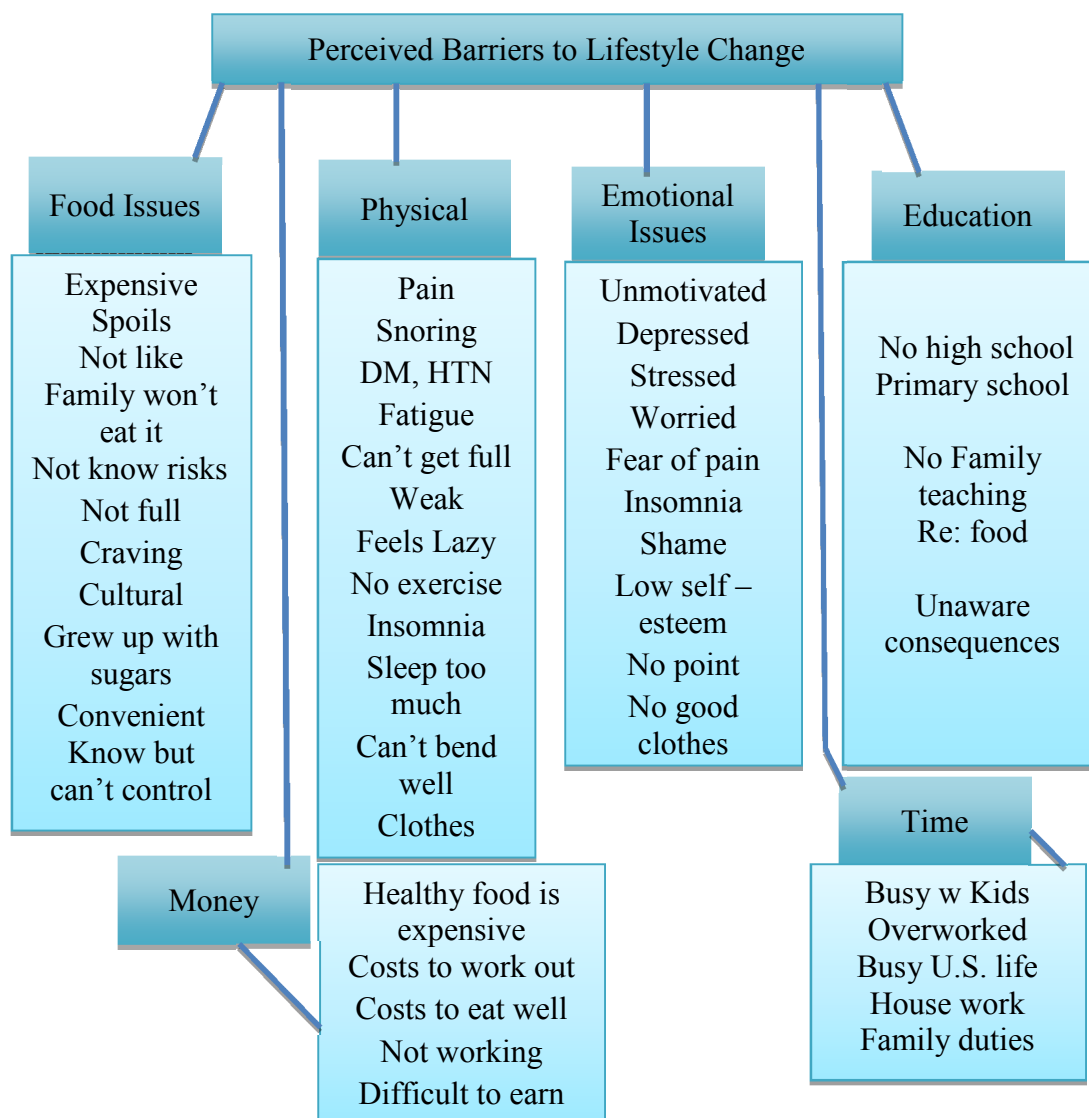


Figure 6. Themes and codes of Research Question 3.

Quote translations for barriers to lifestyle change. Appendix K provides quotes from each of the 15 participants relevant to perceived barriers to lifestyle change. The quotes represent themes depicted in Figure 5.

Overview of Research Question 3 responses barriers to life style change.

Though some participants felt that they could make changes if the circumstances were more conducive to making a change, most did not feel they could follow through in their current situation. This was based on their time constraints, financial constraints, and health constraints that involved fatigue; depression; and high levels of pain in their joints, knees, feet, and back. With respect to eating healthy, there were some participants who felt, “If you want to do it, you can do it” (P2, P7). With respect to exercise, all 15 participants replied yes to “Can you incorporate exercise into your life.” However, when asked if they were incorporating exercise into their lives, only two participants stated they did regular exercise. Participants stated that a reduction in their exercise barriers would need to include the following: setting goals, having willingness and motivation, going with other people to do exercise, having a safe environment, wanting to feel better, looking better, and doing exercise when kids are asleep.

Research Questions 3a, 3b, 3c, and 3d barriers to health behaviors. For Research Questions 3a through 3d, a table delineating the themes will be provided in lieu of a figure, which has already been provided for RQ1, RQ2, and RQ3, as there is overlap based on the collapsed categories, nodes.

RQ 3a: What are the perceived barriers to physical activity for OLHW?

Table 5

RQ 3a Themes Physical Activity Barriers

Research Question 3a	Themes
What are the perceived barriers of physical activity for obese low-income Hispanic women?	1) Pain 2) Location Safety 3) Time 4) Money 5) Fatigue 6) Fear 7) Motivation 8) Need Buddy

The following demonstrates the word frequency for common words mentioned as barriers to exercise: time constraints, 52 times; difficulty, 21 times; having children, 16 times; pain, 16 times; knee pain, 12 times; laziness, 11 times; fear, 12 times; and depression, four times.

In order to provide a general overview of the Spanish word cloud and its English translation, Figure 7 depicts the most common words identified from the Spanish word cloud (Figure 7) which were then translated to the English word cloud (Figure 8). As the whole transcription was not translated from Spanish to English, the main themes discovered were instead put into NVivo 11 for query and analysis after selection of the most frequent words was already calculated in the Spanish word frequency query function of NVivo 11. Because only the most common words were used, it is for this reason that there is a moderate difference in the Spanish versus the English word cloud. However, to better visualize common themes, a separate word cloud was generated into

English, eliminating the less used Spanish words and using the more commonly used Spanish words.



Figure 7. Spanish word cloud for exercise barriers.



Figure 8. English word cloud for exercise barriers.

Barriers to physical activity. The extraction of most of the common themes depicted in Figure 7 and Figure 8 based on Nvivo 11 coding and on main theme translations emphasized the barriers of doing exercise due to following: time, pain, fear, walking and exercise; difficulty; issues with money; having kids; being tired; fatigued and having low energy; lack of exercise equipment/machines; and eating junkfood.

The participants mentioned concerns about needing a routine, discipline, a schedule, and/or time organization (P1, 4, P2, P5, P7, P8, P10, P13, P15). Additionally, fear of getting hurt or fear of unsafe neighborhood was mentioned by three participants (P2, P3, P5). Wanting a buddy or someone with whom to exercise was mentioned by three participants (P4, P5, P6). Fatigue or weakness was a common theme, and it was mentioned by seven participants (P1, P2, P5 P8, P12, P14, P15). Laziness and a lack of motivation was mentioned by seven participants. Other theme and number of participants mentioning these themes were as follows: time constraints, seven participants; pain and illness, four participants; wanting rapid results but not seeing them, two participants; weight as a barrier, three participants; issues with self-esteem, three participants; dislike of exercise, two participants; and depression, one participant.

Additionally, P14 mentioned a lack of money had created a sense of embarrassment or shame (*vergüenza*) as she could not go out with her hiking friends: Because they would go to eat afterwards and share the bill, she could not share the bill, and thus she would not go hiking with them. Money as a factor to not have a gym membership, or buy equipment, was mentioned as well by two others (P13, P14).

P9 stated, “I prefer to sleep than to walk...also, I don’t like the gym, I don’t like it because they make you dance and that is not my...I don’t like dancing.”

P8 claimed, “Fatigue, yes I get tired and I feel that I get dizzy, even at the parties I can’t dance the same because now I get more tired, well that.”

P10 stated, “More when one has kids in the home, it is very difficult the work, the kids, homework or activities, well everything...that...that is what makes it difficult to do exercise.”

Research Question 3b fruit and vegetable intake barriers. Research Question 3b (RQ3b): What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for OLHW? See Table 6.

Table 6

RQ 3b Themes Fruits and Vegetables Barriers to Intake

Research Question 3b	Themes
What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for obese low-income Hispanic women?	<ol style="list-style-type: none"> 1) Cost 2) Prep Knowledge 3) Cultural foods Habit 4) Dislike by Family/Self 5) Spoilage

Though most heard of the recommendation of eating five servings of fruits and vegetables per day, one participant had never heard of it, another mentioned she just heard it from her clinician (P11), one heard it from a commercial (P14), and another (P3) learned about it at Women, Infant, and Children (WIC, n.d.). Twelve did not meet the recommendations, and three felt they did, and one other said she vacillated between consuming daily fruits and vegetables and not. Barriers mentioned were cost, work

constraints without breaks (three participants), inability to prepare, and kids won't eat them or dislike them (P3, P5, P8, P9, P10, P11, P12). Though it was more common to hear that not working affected the ability to purchase produce, one participant (P2) perceived that because she did not work she had more time to eat fruits and vegetables. Mostly, adherence was not felt to be attainable or had not been practiced. Preference for fast food, high carbohydrates, and easy grab and go foods, such as sweet rolls, crackers, or bread were mentioned as preferred sources of food.

P10 stated, "Usually if I buy fruits and vegetables, like for cooking, but I buy them, but really we don't eat them, mainly I do it for my daughters. But, for me personally, I don't do it."

P11 explained, "My experience is that when I entered the market, which ever market, my thought is milk, bread, and more bread, and cookies, and cereal, because it makes my kids happy, and my husband, and I include myself, lastly me."

P12 stated,

Well, no so well, I have to learn, before my mom did everything for me. But now that she is no longer here [passed on] I have to learn to feed myself and prepare something to eat because I don't know what I am going to eat.

Research Question 3c carbohydrate intake. Research Question 3c (RQ 3c):
What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals versus high carbohydrate rich foods in OLHW? See Table 7.

Table 7

RQ 3c Themes Carbohydrates

Research Question 3c	Themes
What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals vs. high carbohydrate rich foods in obese low-income Hispanic women?	1) Satiety 2) Cost/Cheap 3) Cultural Habit 4) Happy family 5) Convenience 6) Flavor Taste 7) Can't prep other

As participants may not have known what carbohydrates were, before the question was asked, a brief explanation of what foods were carbohydrates was provided. Interview questions are shown in Appendix D, and Question Number 14 provided a clarification for the participants. The following describes the theme and the number of participants who mentioned that theme: not reducing carbohydrates due to cultural customs and habits, eight participants; lack of satiety without carbohydrates, five participants; cravings and flavor, six participants; unaware carbohydrates turned to sugar or increased weight, five participants; laziness, time, and convenience, six participants; cheaper cost, four participants; depression or anxiety, two participants; and unable to prep other foods or lack of knowledge about carbohydrates, three participants.

Participant 7 mentioned that she had no difficulty in reducing carbohydrates, that she liked them, and that they were delicious, but that they were not healthy unless a person exercised more. This participant responded to many questions differently than most other participants, though her experiences with obesity were the same. She stated

that she ate fruits and vegetables, exercised at times, believed she could make dietary and healthy choices, and believed that it cost more to eat outside of the home than to buy fruits and vegetables and to cook at home. She also stated that instead of losing weight in her weight groups, she increased weight or did not lose. No other participant mentioned eating well, exercising, and not losing weight.

When asked if eating carbohydrates affected weight, 11 participants said yes; two said they had not thought about it and did not know; one said it's doesn't help but didn't say it increased weight; and one said if you exercise it doesn't affect weight.

P2 stated, "Let's say sweet bread and coffee in the morning, then for me, not having sugar makes me dizzy."

P4 claimed, "I think because of laziness, as that is right at hand, I don't give myself the time to look and find, look at labels, and what food contains. I think I need to learn about that."

P5 explained, "I grew up eating tortillas, like, my, well my principal source of my nutrition was tortilla."

Research Question 3d sleep and rest barriers. Research Question 3d (RQ 3d):
What are the perceived barriers to resting and sleep in OLHW? See Table 8.

Table 8

RQ 3d Themes Sleep and Rest Barriers

Research Question 3d	Themes
What are the perceived barriers to resting and sleep in obese low-income Hispanic women?	1) Stress Worry 2) Work in home and job 3) Child Family 4) Pain Health 5) Obesity

Worry or stress was the predominant barrier to sleep and was mentioned by 12 participants, with one participant waking with frequent nightmares (P15). Other factors such as TV and electronics were barriers for two participants, having children was a barrier for four participants, physical discomfort and activity was a barrier for six participants, depression for one participant, and general insomnia for two participants. Only two participants stated they had no problems sleeping (P1, P9).

P5 stated, “I have been thinking if I lost weight maybe I would feel better because I feel that I am choking at night, I feel I am not getting enough air, right.”

P7 stated, “Really, it is difficult for me to sleep enough due to a lot of activities that I have to... there are three kids.”

P10 stated, “In my case, I have a newborn baby, and the baby does not let me sleep through the night completely.”

P15 stated, “Nightmares, I wake up a lot at night...I think that I don’t sleep when I am thinking about a lot of things.”

Outliers and Differences

Although I did not focus on domestic violence or family abuse during the literature review, P15 reported a history of neglect as a child (Translation: “My mother was a narcissist, and my father was a drunk”) and experiencing verbal abuse as an adult by her exhusband. She perceived these violations to have contributed to her issues of self-esteem, depression, and obesity. She had the highest education level of all the participants, almost completing her masters in theology. She provided such rich data that a case study could be explored with her. Her interview lasted over an hour, and though many of her perceived barriers to lifestyle change were the same as all of the other participants, her knowledge and education level made her the outlier of the study, as was her fear of her illegal status. Though I did not ask the legal status of all of the participants, some volunteered information, and I am aware of three participants who did not have a social security number. Based on their interview comments, this appeared to create work status problems, which contributed to income barriers that contributed to healthy food intake, time for exercise, and proper sleep (Bates et al., 2016; Patel & Mehra, 2015).

Another discrepant case was the participant who was able to fall asleep more readily with music or background, TV, but that was not the case for the other participants.

In order to provide an overview of the emergent themes found, Table 9 provides a summary of all research questions and emergent themes.

Table 9

Research Questions (RQ) 1 Through 3d and Emergent Themes

Research Question	Emergent Themes
RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of obese low-income Hispanic women (OLHW) about obesity?	Time constraints, mental health, disease and being unwell, education and knowledge deficit, money problems and cost, and, family issues
RQ2. What are the experiences of OLHW related to their obesity?	Time constraints, depression or stress, cultural habits and education, cost, and caring for family
RQ3. What are the perceived barriers to obesity related lifestyle change among OLHW?	Food issues, physical health, emotional issues, health and general education, cost, and, time constraints.
RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for OLHW?	Physical pain, lack of exercise location, time constraints, money, fatigue, fear of hurting self or fear of unsafe neighborhood, lack of motivation, and, need for an exercise buddy.
RQ3b. What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for OLHW?	Cost, prep knowledge deficit, cultural habit, prefer other easy carbohydrates, dislike flavor by family/self, and, potential spoilage.
RQ3c. What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals vs. higher carbohydrate meals in OLHW?	Satiety, cheaper, cultural habit and preference, happy family, convenient, flavor and taste, and, can't prep other food
RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for OLHW?	Stress or worry, work amount at home and out, child family responsibilities, pain and health problems, and, obesity discomfort

Note. Research Questions 1 through 3d and summary of emergent themes found.

Summary

Participants answered 26 semistructured questions that have provided answers to the three main research questions and four subquestions. NVivo 11.0 was used, as well as hand coding, to organize the responses and questions. Each interview's transcription provided precise words that formulated the themes and nodes, so as to avoid biased and personalized coding. Specific comments and words, which were termed nodes and child nodes within NVivo 11.0, were then organized into overall themes, such as mental health which encompassed stress, fear, anxiety, self-esteem, and feelings of laziness. The numerous tables provide an organizational depiction for recognition of research questions and emergent themes.

In Chapter 5, I will expound upon the emergent themes in further detail, as well as discuss the interpretation of the findings, limitations of the study, recommendations, and implications for social change.

Chapter 5: Discussion, Conclusions, and Recommendations

Introduction

Although obesity is a national health problem, there is a greater prevalence amongst non-White minorities. Over 47% of Hispanic women ages 40 to 59 in the United States are obese, with a BMI of 30 or above (NHCSL, 2010; Ogden et al., 2014; USHHS, 2001). California's obesity expense is the highest in the nation amounting to 15.2 billion dollars, and Latinas have a prevalence of obesity of 35.9% (California Department of Public Health, n.d.). As such, access to the VCH clinic in North Hollywood, California, offered a research opportunity to gain knowledge from this population.

The purpose of this study was to understand the perceived barriers to lifestyle change among OLHW. I used a phenomenological approach with a HBM lens. To help address disparities of obesity between Hispanic women and non-Hispanic women's obesity prevalence, a one-on-one interview study was done using 26 semistructured questions.

Volunteer Participants, Health Belief Model, and Phenomenology

Fifteen volunteer participants were used for the study to help answer the research questions related to perceived barriers to life style change in OLHW. All 15 interviews were conducted in the same location, in the North Hollywood, California VCH clinic. A phenomenological approach and the HBM were used to help guide the overall study. As the HBM's focus is not only on perceived susceptibility, but also on perceived barriers of health behavior (Champion & Skinner, 2008; Creswell, 2012; McCormick-Brown, 1999),

it was the appropriate theory to help guide the interview questions, as well as help answer the underlying research questions. The selected subpopulation of Hispanic women represented a part of the Hispanic population that the NIH data confirmed has the highest prevalence of overweight and obesity in the United States (NIDDK, n.d.). As such, I focused on OLHW.

Justification, History of Studies, and Literature Gap in Hispanic Women

Researchers have not focused on the personal experiences of OLHW. Scholars have, however, provided information on the following: focus group on determinants of obesity (Martinez et al., 2012a; 2012b; Tovar et al., 2013), lifestyle and obesity in African Americans (Johnson et al., 2014), Hispanic males and healthy lifestyles (Martinez et al., 2012), providers' perceptions of children's lifestyle (Lindsay et al., 2011), and the beliefs and perceptions of healthy food intake among Hispanic women (White et al., 2010). Due to the scarcity of research on the obese Hispanic woman's personal experience, I focused on the beliefs, attitudes, perceptions, and experiences about obesity through one-on-one in-depth interviews.

Key Findings

Transcription of 15 participant interviews yielded rich data organized into themes through hand coding, as well as through the use of the qualitative software NVivo 11.0 (QSR International, n.d.). The themes identified helped me to answer the research questions as demonstrated in Figures 3 through 8 and in Tables 3 through 9.

The use of the HBM's constructs guided the interview and research questions to help me to understand what the perceived barriers to lifestyle change were for OLHW. In

the phenomenological approach, I sought to learn what the beliefs, attitudes, perceptions, and experiences were for OLHW and helped structure the study.

The following sections will include an overview of the findings as they related to previous literature, discussed in Chapter 2, as well as the exploration of how the HBM was used to help me to discover what those barriers were and how they might tie into previous studies on obesity and health behavior barriers. Though the HBM had not been used extensively Hispanic women and obesity in previous studies, it had been used extensively in health behavior inquiry and program development overall.

The major themes discovered for the main research questions are delineated in Table 9 of the previous chapter's results and have been provided below:

Table 9

Research Questions (RQ) 1 Through 3d and Emergent Themes

Research Question	Emergent Themes
RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of obese low-income Hispanic women (OLHW) about obesity?	Time constraints, mental health, disease and being unwell, education and knowledge deficit, money problems and cost, and, family issues
RQ2. What are the experiences of OLHW related to their obesity?	Time constraints, depression or stress, cultural habits and education, cost, and caring for family
RQ3. What are the perceived barriers to obesity related lifestyle change among OLHW?	Food issues, physical health, emotional issues, health and general education, cost, and, time constraints.
RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for OLHW?	Physical pain, lack of exercise location, time constraints, money, fatigue, fear of hurting self or fear of unsafe neighborhood, lack of motivation, and, need for an exercise buddy.
RQ3b. What are the perceived barriers to fruit and vegetable intake for OLHW?	Cost, prep knowledge deficit, cultural habit, prefer other easy carbohydrates, dislike flavor by family/self, and, potential spoilage.
RQ3c. What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals vs. higher carbohydrate meals in OLHW?	Satiety, cheaper, cultural habit and preference, happy family, convenient, flavor and taste, and, can't prep other food
RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for OLHW?	Stress or worry, work amount at home and out, child family responsibilities, pain and health problems, and, obesity discomfort

Notes. Research Questions 1 through 3b and emergent themes found.

Interpretation of the Findings

Though previous literature did not yield extensive research and data from OLHW with respect to phenomenology or one-on-one interviews about obesity, studies on known secondary health effects of obesity were plentiful (Matsuo et al., 2011; Tsai et al., 2011; Tucker, 2011; Valencia et al., 2014; Wang et al., 2011). Additionally, consequences to employment (Caliendo & Lee, 2013; Finkelstein et al., 2010; Lehnert, Sonntag, Konnopka, Riedel-Heller, & König, 2013) were also identified as a theme within the interviewed women's experiences related to their obesity. Issues of hypertension, a lack of will to exercise due to pain or fatigue, reduction in work capacity, and overall reduction in quality of life were identified. Aspects of perceptions to barriers in food intake and preparation, exercise, carbohydrate influences, and sleep factors were identified.

Perception of Barriers to Health Behavior and Obesity (RQ1 and RQ2)

In studies on non-Hispanic women that focused on perceived barriers to obesity, previously reviewed in Chapter 2 (Haynes-Maslow et al., 2013; Montgomery et al., 2011; Murillo et al., 2016), scholars reported barriers to exercise, fruit and vegetable intake, high calorie intake, high sugar intake, fast food, and rest and sleep, which were also reported by the participants in this study. Similarly, the 15 interviews of this study yielded themes of excess calorie intake, excess sugar intake, a lack of exercise, and fat intake as contributors to their obesity. One participant (P13) felt no weight loss was seen whether she tried hard to eat healthier or exercise and, thus, was the exception. Another participant (P1) could not explain what obesity was and stated she was not informed.

Issues of knowledge deficit about food and health and consequence of obesity (Winston et al., 2014) were aligned with previous studies in which many knew of the health risks of obesity, but they did not perceive themselves as being susceptible to health risks of obesity. Although knowledge of health risks associated with obesity was present within this study's population, perceived susceptibility, a HBM construct, was not sufficient to provoke health behavior change within the study population. This was similar to other studies on African American women who did perceive higher health risks, yet underestimated their weight status and also struggled to make lifestyle changes (Moore et al., 2010).

Overall experience of obesity: the phenomenological aspect. One of the main themes with respect to obesity experiences was the physical difficulty created by their obesity that yielded pain, shortness of breath, low energy, and poor self-image. Themes, such as those frequently reported in the literature on the musculoskeletal system (Paulis et al., 2014); reduction in physical activity (Tucker et al., 2013); and secondary diseases such as diabetes, hypertension, or stroke (Babstite-Roberts et al., 2007; Valencia et al., 2014; Wang et al., 2011); were also experienced by the OLHW of this study. Secondly, emotional experiences of food intake, such as dislike of healthier foods (Leone & Ward, 2013); shame or low self-esteem; and difficulty managing obesity progression, reduction, and physical pain, and depression (Olvera, Williamson, Fisher-Hoch, Vatcheva, & McCormick, 2015) were reported. Additionally, barriers of financial cost of eating well (Haynes-Maslow, 2013) and time limitations were aggregates to the difficulty of daily life for the participants. These findings were similar to previous studies on barriers to

healthy eating by Seguin, Connor, Nelson, LaCroix, and Eldridge (2014) in their focus group study and in low-income men and women in North Carolina (Haynes-Maslow, 2013).

With respect to body image, although African American communities expressed greater acceptance of a curvier body (Baruth et al., 2013) than White, non-African American communities, there was some evidence that Hispanic women also preferred more curves than White, non-Hispanics. However, this study's OLHW did not feel comfortable with their obesity, and all of the participants (P1-P15) expressed dissatisfaction with their body size.

Although a curvier body is desirable in certain cultures, such as Malaysian adults (Chang et al., 2009) or in African American women (Lynch & Kane, 2014), perceptions of health and wellbeing within OLHW did not concur with this view, but rather concurred with the idea that obesity was undesirable for proper health and wellbeing (Albarran & Koniak-Griffin, 2014; Winston et al., 2014). On the other hand, there were comments that being too thin was not desirable and that some curvier shapes were preferred compared to traditional Caucasian European thin body shapes; this was also identified in a study of Latina adolescent girls (Romo, Mireles-Rios, & Hurtado, 2016). The majority of the participants discussed wanting a buddy or someone with whom to exercise, and this was also mentioned in the literature (Thornton et al., 2006). Additionally, obesity appeared to create perceived work status problems, which contributed to perceived income barriers and contributed to healthy food intake choices,

time for exercise, and proper sleep. These perceived barriers to sleep aligned with previous studies on sleep (Bates et al., 2016; Patel & Mehra, 2015).

Perceptions of barriers to physical activity. Table 5 and Figures 7 and 8 in Chapter 4 demonstrated common themes related to barriers to exercise (Thornton et al., 2006), similar to previous research done on why people did not exercise: physical pain, location safety, time, money/cost, fatigue, fear, motivation, and need for a buddy. Needing a partner and not having anyone, or feeling poorly or unwell due to obesity, were common themes for this study's participants, also noted in Baruth et al.'s (2013) and Leone and Ward's (2013) studies. For example, Mama et al. (2015) looked at minority population's barriers to physical activity, both in African American and Hispanics, and found that barriers included issues of access, neighborhood concerns, motivation, time, self-esteem or confidence, caretaking for others, and social support. This was also expressed by all of the participants in this study's Hispanic population. Issues of safety, access, motivation, and the need for a buddy as a form of social support appear to be cross cultural, and the barriers may be addressed and included in future exercise promotion programs.

In a review of literature from 1988 to 2007 of 42 studies, Kohlbry and Nies (2010) found that perceived barriers and benefits related to physical activity included social support factors, cost, age, health issues, lack of time, self-efficacy, and knowledge. These were also factors discussed by my study population. Additionally, there were similar disparities in what physical activity meant, such that some felt that house work was as good as going out for a walk to help lose weight. Kohlbry and Nies and the

OLHW interviewees yielded similar differences of definitions regarding physical activity and what was enough. Although interview studies on obese Hispanic women were not plentiful, other research modalities on this population using surveys, focus groups, and stages of exercise change were available (Kohlbray, 2006). These studies yielded similar expressed issues regarding barriers to physical activity.

Perception of barriers to fruit and vegetable intake. Although some participants liked fruits and vegetables, perceived barriers to eating them included family dislike of these foods, spoilage, preparation issues, time management issues, and high cost of produce. Previous interview studies in Hispanic women on fruit and vegetable intake barriers were rare, but other minority groups had been studied, such as African American women (Johnson et al., 2014) and North Carolina minorities (Haynes-Maslow et al., 2013): Both scholars found similar barriers to fruit and vegetable consumption, such as cost issues and lack of cooking skills. Pregnant Hispanic women using WIC supplemental services were studied (Hromi-Fieder, Chapman, & Perez-Escamilla, 2016) to ascertain the perceived barriers to prenatal fruit and vegetable intake.

The 15 obese OLHW interviewed in this study expressed perceived barriers similar to the aforementioned studies' findings of which the following were areas of concern: food preferences, social support (family involvement), knowledge and self-efficacy (could they buy and prepare healthy food), action/coping strategies (could plan, could not plan, and incorporate use of fruits and vegetables), and family structure. Influencing factors for Hromi-Fieder et al. (2016) were access and maternal health status.

Access was not an issue for my study participants, and no pregnant women were a part of the study.

Alternatively, Fish, Brown, and Quandt (2015) conducted interviews on 48 minority women (African American and Hispanic) and their food shopping and openness to using alternative healthy foods options. As in this OLHW study, Fish et al. discovered openness to using healthier food options amongst Hispanic, low-income women; but, Hispanic women felt it was inconvenient, and although they were open to produce shopping, barriers were related to cost and family preference. Additionally, perceived by many of the interviewees of this OLHW study, African American women in Fish et al.'s study, though not found in their Hispanic population, felt restricted by their poor cooking skills. One barrier not seen in any of these previous studies that was seen in the OLHW study was early childhood nutrition education by schooling or parenting. Some women in this OLHW study expressed frustration that their upbringing neither offered the opportunity of educated parents, nor the opportunity of learning the importance of produce intake.

Additional concerns for the OLHW participants were the lack of social support or supplemental programs to help increase produce intake. Although there are programs available for low-income pregnant women and mothers of young children such as through WIC, there are few supplemental food support programs available for low-income, obese women who are not mothers. This study provided information on the need for support for low income, Hispanic women to increase fruit and vegetable intake. It might be prudent to include nonpregnant women and nonmothers in public health fruit

and vegetable promotion and supplemental programs in the future to help educate, promote intake, and teach preparation skills, as requested by OLHW participants.

Because at least 80% of the U.S. population does not meet the daily recommendation for fruit intake, and low-income families are among the least likely to meet the daily recommendations of fruit and vegetable intake (Di Noia et al., 2016), discovering perceived barriers to intake can help address these barriers. This was true for my study population. The discovered perceived barriers to fruit and vegetable intake can be addressed in the future through community intervention programs and public service announcement campaigns that target perceived barriers in minorities, such as in this study's OLHW.

Perception of barriers to low carbohydrate intake and obesity. Similar to the stated experience of this study's participants who believed that their intake of sugars, sweet breads, rice, tortillas, and pasta contributed to their inability to lose weight and to their obesity, other scholars confirmed that high carbohydrate intake, as macronutrients, had been associated with increased insulin resistance and obesity (Pointer, Rickstrew, Slaughter, Vaezi, & Silver, 2016). This was also true for newborn adiposity or fat mass for offspring of women who had eaten high carbohydrate intake during pregnancy (Renault et al., 2015). Similar to Renault et al.'s (2015) study findings with obesity and difficult pregnancy, continued obesity, and the consequence of an obese baby, participant P5 of the OLHW described her struggle with obesity, hunger, and her obese baby. In addition, Mayén, Marques-Vidal, Paccaud, Bovet, and Stringhini (2014) reported a

higher intake of carbohydrates among lower socioeconomic status populations when compared to higher socioeconomic status populations.

A high amount of carbohydrate intake was also reported by this study's low-income, Hispanic women, who stated that they struggled to avoid high carbohydrate intake. As reported by Acheampong and Haldeman (2013), low-income women's barriers to healthy eating, and the behavior of decreasing high sugar intake, may be affected by the cost of healthier food choices. This study's population reported similar findings within the low-income, Hispanic women, whose perceived barriers to lower carbohydrate intake also included the perceived barrier of the higher cost of healthier foods.

Depression was also mentioned by this study's participants and had been shown to be associated with high glycemic index meals (Gangwisch et al., 2015); whether increased depression increased carbohydrate intake, or whether carbohydrate intake aggravated depression symptoms, can be a subject for future studies. However, the need to eat carbohydrates (bread, cereal, pasta, tortillas, rice, sweet rolls) and the concomitant weight increases, the feelings of cravings, anxiety, or the feeling of having a parasite that wants more, "lombriz" (P4), and depression were mentioned by all participants in one combination or another. Gangwisch et al. (2015) reported a higher prevalence of depression in postmenopausal women who consumed higher glycemic index meals; this could be a factor in the reported depression in this study and OLHWs' reports of experiencing feelings of depression. Further inquiry is warranted within this population.

Perceptions of barriers to sleep and weight status. With respect to barriers to sleep, some participants expressed obesity-related difficulties related to body pain; inability to breathe well; unable to get comfortable in bed; and psychological barriers (13 participants) to sleep, such as fear, anxiety, traumatic memories, problems with family, future worries, excessive activity or difficulty events of the day, thinking of next day's activities or appointments, and nightmares (Herrmann & Flick, 2012). Herrmann and Flick (2012) did not study minority populations, but did study seniors living in nursing homes. In my study, only two participants stated that they slept well and did not perceive they had any barriers to sleeping.

Although studies on perceived barriers to sleep are rare, they do exist on the etiology of sleep and on possible weight effects from lack of sleep or effects of weight on sleep (Palm, Janson, & Lindbrg, 2015; Patel & Mehra, 2015; Trintinger et al., 2011). For example, Palm et al. (2015) reported that weight gain is an independent risk factor for developing problems with sleep and daytime sleepiness. Hensrud (2015) discussed how over a period of several years, sleeping fewer than 5 hours a night may contribute to weight gain in women; this was true for the Helsinki, Finland study (Lyytikäinen, Rahkonen, Lahelma, & Lallukka, 2011): fewer than 5 hours over a period of 5 to 7 years, and more than 10 hours over a period of 5 to 7 years, increased weight. One participant (P9) felt that too little or too much sleep could contribute to her weight.

Generally, several participants perceived that a lack of sleep contributed to their weight gain. All but one of the participants in my study felt that sleep affected weight, with most feeling not sleeping was detrimental to healthy weight and some feeling

sleeping too much contributed to their obesity. Alternatively, although most perceived that amount of sleep affected weight in general (13 participants) and several felt they did not sleep well, most women felt that their obesity was not affected by the amount they slept (eight participants). Only two participants perceived that sleep did affect their weight, and another four participants perceived that sleep may have affected their weight. Participant P4 had never thought of sleep and weight as related factors and did not offer an opinion, even after probing for further explanation.

Because scholars have demonstrated the long-term effects of sleep disturbances on obesity, and because sleep disturbances were experienced or perceived by this study's OLHW, further research might help explore reasons for disturbances: These findings can be used to develop interventions to help with improved sleep. All perceived barriers to obesity reduction are important, whether they be about the commonly studied food and exercise factors or from the less studied sleep factors. Most of the participants of this study perceived that sleep affected weight in general, or their own weight status, though they were not sure if it increased or decreased their weight. Mossavar-Rahmani et al. (2015) looked into the Hispanic population's sleep and dietary patterns by looking at up to two 24 hour dietary recalls and found differences in aspects of fiber and potassium and caffeine intake, but did not look at weight status and carbohydrate intake. Future studies can begin this process. Fourteen of the 15 Hispanic women were aware that sleep affected weight status; but, there was no consensus of belief as to whether weight increased or decreased with sleep differences. One participant stated that she had never thought of sleep and weight and could not think of what to say about it.

The Health Belief Model and Obese, Low-Income, Hispanic Women

Although the HBM is made up of several constructs, the main focus for this study was on the perceived barrier construct. Inherent extrapolation from the 26-question interview posed to 15 OLHW also provided information on the other constructs of the HBM, such as perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, cues to action, and self-efficacy (Champion & Skinner, 2008; Skinner et al., 2015).

Perceived barriers and perceived susceptibility. Both this study and White et al.'s (2010) study on food intake and beliefs, barriers, and social support among Hispanic women had similar results with respect to perceived barriers to healthy food intake. These barriers to healthy food intake were as follows: issues with taste and dislike of fruits, vegetables, and healthier foods; family preferences; and lack of knowledge of preparation of food. The HBM's construct of perceived barriers to a health behavior related to healthy food intake expressed by OLHW included lack of preparation knowledge, high cost of purchase, fear of waste, a lack of family participation in eating healthy, as well as lack of knowledge on how to eat healthily.

The perceived susceptibility to disease, to being overweight or obese, and to increasing health risks did not appear to influence health behavior. This kept the perceived barriers to health behavior change as continued barriers because perceived susceptibility did not provoke health behavior change. The barriers were greater than the knowledge of the risk of obesity and greater than the health behavior of eating healthily. Perceptions of increased risk to obesity existed; but, this perception did not influence health behavior change. Only one participant was motivated by health, but also stated

that it was difficult to maintain a healthy lifestyle that would include regular intake of fruits, vegetables, less sugar, and would require regular exercise.

Perceived severity, cues to action, and self-efficacy. Similar to this OLHW study, many of White et al.'s (2010) participants were not comfortable with preparing healthy foods. They did not feel confident that they would know how to prepare healthy foods if they did purchase them, and they did not feel they would be able to include them in their daily plan. Additionally, Montgomery et al. (2011) found barriers to weight loss related to issues of low motivation, the need for support, and difficulty with weight loss. Though Montgomery et al. studied postpartum Caucasian women and not low-income Hispanic women, their results yielded similar identification of perceived barriers as in this study's OLHW. After reviewing Montgomery et al.'s interviewee quotes on motivation, there was similarity between increased motivations (self-efficacy; Skinner et al., 2015) and seeing quick weight loss results, and thus, reduced motivation when not seeing weight loss results quickly; this was also perceived by my study participant, P9. Future education programs can help address issues of impatience, and help promote increased motivation through the value of overall health vs. the desire for quick weight loss results.

With respect to cues to action (Meillier, Lund, & Kok, 1997; Stein, Greathouse, & Otto, 2016), OLHW participants provided the following information about their experiences: a support buddy was helpful for them in order to perform exercise and go on walks; family support through willingness to try new foods was helpful in buying and cooking vegetables and leaner meats; friends helping to provide healthy snacks cued

them to eat the healthy snack at a gathering instead of the sweet rolls and soda; health issues such as constipation, feeling bloated, or getting headaches cued them to eat more fiber and overall healthier meals to help prevent constipation; health of their family and children cued many women to choose to try new fruits and vegetables for the family; and participant P15 explained that her daughter's shame of her (mother's) weight cued her (P15) to try and make weight reducing lifestyle changes.

Orji and Mandryk's (2014) review of HBM constructs and health choices through a survey of 554 participants and found that cues to action did not influence health behavior change with respect to food choices and well-being. However, in the rare occasion that cues to action were influential, it was the belief in improved health and the effects of social customs and socialization, which they term as collectivism, that prompted health behavior change (Orji & Mandryk, 2014): This collectivism was similar for some of the OLHW participants in this study, as was the belief that reducing weight and eating more healthily would aid in weight loss and improved well-being. Only one participant did not believe that making changes would help, as she did not see physical changes of weight loss with previous weight loss attempts.

Exercise cues and fatigue barriers related to BMI were reduced when primed (cued to action) by external cues of images of exercise that promoted exercise in 84 undergraduate students in a study by Stein et al. (2016). Though fatigue played a major role in barriers to exercise in OLHW, and some participants stated that goal setting could help them with exercise and healthy eating, they also stated they could not maintain health behavior change, based on previous goal setting and maintenance failures. Though

the question regarding the effect of the images of others exercising as motivators was not posed to OLHW, extrapolation of this idea from the one-on-1-hour interviews did yield some information on priming (Stein et al., 2016): Images and seeing others exercising were motivators; but, this motivation did not translate to actual behavior of exercising or eating healthily in OLHW.

When looking at cues to action in a reversed way, where cues to action of unhealthy eating behavior versus cues to action to perform a healthy behavior are experienced, many OLHW participants felt cued to act by the following: They would eat high carbohydrate foods and sugars, or junk food (chips, cookies, fast food, soda) when outside of the home, when driving or walking passed comforting and familiar stores and junk food restaurants, when visiting with family or at friends' gatherings (also a form of Orji and Marndyk's (2014) collectivism), as well as when craving the taste of a sweet food. Being home also affected mood, which participants stated influenced the desire for comfort foods and sweets, such as sweet bread, "pan dulce," and tortillas.

Sleep and cues to action have been less studied, especially in low-income Hispanic women. Cues to action and sleep were studied in 188 undergraduate students through a 52-item questionnaire (six 5-point semantic differential scale; (Knowlden & Sharma, 2014). Knowlden and Sharma (2014) reported that 34% of the 188 participants appeared to have had cues to action that influenced sleep. For the OLHW of this study, their cues to action for sleep included similar ideas, such as completion of activities so they were not burdened by the pressure of having to complete those duties, being tired, and not being worried. Different to Knowlden and Sharma, the OLHWs' cues to action

of sleep included having had a peaceful day, relaxing with actions such as taking a bath, reading a book, quiet surroundings, or listening to music.

Though other scholars (Knowlden & Sharma, 2014; Montgomery et al., 2011) focused on different demographics and populations, underlying experiences were similar. This was also true for the less studied barrier of impatience for weight loss results and the reduced motivation expressed by some OLHW participants: When weight loss results were not seen quickly, the participants were less motivated, and, as a consequence, there were expressed experiences of low self-efficacy, continued low motivation, and low perceived susceptibility to potential health risks or weight gain.

Perceptions, health belief model, and obese, low-income, Hispanic women.

Perceptions that exercise helped reduce obesity were common. Although all 15 OLHW participants stated that they believed they could incorporate exercise (stated higher self-efficacy), only two participants stated that they were currently doing regular exercise, and most expressed perceptions of having felt too weak, tired, unmotivated, or fatigued to have exercised in the past (11 participants): Only two participants stated that they exercised regularly. Their response to Interview Question 11 that asked, “Do you feel you can incorporate exercise in your life?” may have been answered positively in order to please me as the interviewer, or in order to look good or feel empowered during the interview; a type of interviewee bias. It is unclear if this was a true representation of their feelings of high self-efficacy for exercise.

Parallels were also seen between the African American women from disadvantaged neighborhoods and the Hispanic women of my study, in that insults of

their body, embarrassment, and shame created more barriers to improved health behaviors such as eating well or exercising (Baruth et al., 2013). However, different from the experience of my Hispanic female participants, Baruth et al. (2013) reported that African American women felt pressured by family and friends to eat more or were told they did not need to lose weight. Although the issue of a curvy body was not as prevalent in my study as in previously studied African American or Black communities (Baruth et al., 2013; Chang et al., 2009; Becker et al., 1999; Draper et al., 2015), some OLHW did express that being too thin did not look good and that losing too much weight was unattractive and not desirable.

For the OLHWs' experiences about obesity and healthy food intake, exercise, and sleep, factors of stress and time constraints were commonly perceived barriers that prevented them from making lifestyle changes related to food, exercise, and sleep. Although these health behaviors were believed to help reduce obesity and health risks, the perceived severity and perceived susceptibility to illness might have played a role in feelings of self-efficacy that would help motivate health behavior change. However, the health behavior change was not affected long term for all but one of the participants. Similar to previous studies on barriers to health behavior change (Baruth et al., 2013; de Oliveira et al., 2014; Drieling et al., 2014), OLHW participants experienced health behavior change barriers related to having cravings, needing higher carbohydrate intake, lacking family support for adherence to healthier choices, having high work or activity output due to children, and experiencing increased barriers due to lack of education and cultural upbringing.

Limitations

The limitations of this study were addressed by the following: confirmability through provision of transcripts or quotes to establish finding came from the data; credibility through audit trails, triangulation, and member checking during the interview process; transferability through the provision of enough information to those not involved in the study to make an informed assessment; and authenticity so that the true feelings of those being studied have been represented (Cope, 2014).

Because the participants were selected using purposeful sampling (age, ethnicity, BMI, income level), as well as convenience sampling (VCH clinic members or patients), overall inclusion of those not a part of the clinic volunteer pool limited the extent to which this study could be generalized. There was no random selection, and the nature of volunteer pool already carried with it inherent bias, as those who volunteered may have possessed qualities that those who did not volunteer may not have had, or vice versa (Barreto, Ferrandez, & Saliba-Serre, 2013; Gusavvson, Asberg, & Schalling, 1997; Jordan et al., 2013). There were possible experiences that were not learned, as those who did not volunteer were not willing or able to participate for reasons I will never know. Women who exceeded the age cut off were not accepted as participants, and this may have created a deficit in the data or neglected to add new experience data that could have added credibility. The focus of recruitment within the PCMH in VCH excluded those who did not come to the clinic.

Addressing Bias

To address interviewer and respondent bias, I used the semistructured interview question guide with each of the 15 participants, transcribed the audio files word for word, wrote notes about my noted biases and tendencies to focus on certain answers, and coded only words that were from the transcripts. I neither pigeonholed nor tried to fit the participants' answers into predetermined themes or codes. The creation of the themes and codes resulted from the discovery of common words and experiences. However, the questions in themselves already provided a type of information selection bias, as the questions guided the answers.

Reflexivity was used throughout the study and during the interview process to make sure a particular trigger was not skewing my selection of themes. For example, when women stated that they were not able to care for themselves, exercise, or eat well because of their children, I found myself focusing on the barriers of having children. To mitigate this focus, I made sure that common words and topics, as well as word frequency from the transcription, were the determinants of theme selection during the data analysis versus my emotional response. For those questions in which many women considered children as a barrier to lifestyle change, that barrier was identified.

To follow acceptable qualitative research principles, saturation provided trustworthiness in addition to the audit trails available. Saturation was reached at the 11th participant; but, more potential participants were interested, and as increased participant numbers provide thicker and richer data, I was curious to see if new information would be provided. The last and 15th participant had outlier experiences;

was the most educated; and had the most expressed struggles, depression, and anxiety. I was grateful to add her information to the study, but made sure to recognize that there were outlier stories in her experience. Increased representation of this population's experiences might have been better served with a higher participant pool. Though saturation was seen, it would have been helpful to keep on doing more interviews. This might have helped identify more participants with experiences like P15, whom I refer to as the outlier participant.

The findings were dependent on the assumption that the participants' answers were true, that they fully disclosed, and that they were not trying to please me. Although it was impossible to be totally objective in qualitative interview studies, an attempt was made to maintain the same setting, wear the same clothing, use the same approach, and maintain the similar facial and emotional expressions during the interview. However, there were times when I found myself over emoting, and I quickly stopped that behavior as continuing this may have influenced the participant or may have altered the interview. The audio files helped me recognize over exuberance on my part, too many agreement comments, or too much laughter if a participant laughed. Because that behavior was diminished over the course of the 15 interviews, there was a slightly different rapport between the initial participants and me and the subsequent participants and me.

Recommendations

Based on these findings, recommendations to help mitigate perceived barriers to lifestyle change within OLHW in low-income communities of Southern California include the following:

- Support groups for motivational health behavior change
- Stress management workshops or tools within community setting whether in clinics or public centers
- Grocery shopping and budget cheat sheets and guidelines for fruit and vegetable and lower carbohydrate purchases and intake
- Resource list for local food banks and free food distribution through churches or other
- Community food preparation and healthy food recipes through public group forums
- Public service announcements on fruits and vegetables and how to incorporate them
- Public service announcements on easy stress relieving breathing exercises and resources for mental health and depression within community clinics
- Home exercises to do in lieu of gyms or walks in unsafe neighborhoods
- Self-esteem and self-love psychology or social work involvement in outreach programs provided through parent school programs, public park forums, Internet mini sessions, and clinic protocols; time management forums and booklets to fill out goals and check off accomplishments; and group exercises classes available throughout low-income communities in parks, community centers, and churches/places of worship

Although these things may cost money and require policy changes, the use of community engagement and outreach forums may need to be implemented. For example,

involving universities (Levin & Rutkow, 2011), both state and private, in implementing internship hours for their students (public health students, physical therapy students, psychology students, education students, exercise physiology students, and economics students) within the community might help keep costs down, while still helping the community through the creation of joint stakeholder participation. Engaging community partners can be done by community-based exercise/fitness centers forged from relationships between university, public school, and hospital partnerships that could provide safe, accessible, and affordable exercise centers (Keith, Mi, Alexander, Kaiser, & de Groot, 2016).

Based on participant comments, it may be useful to have additional program directors and licensed fitness instructors (Miedema, Reading, Hamilton, Morrison, & Thompson, 2015) and dietitians (Brown & Hanis, 1995; Falbe, Cadiz, Tantoco, Thompson, & Madsen, 2015) that could support obesity intervention outreach programs. This could add credence to the information provided to the community members, as was mentioned by OLHW participants who wished to be educated by experts. This way the overseers could help keep litigation issues (Teague & Mobily, 1986) at bay through the use of credentialed and licensed trainers used to teach community members, but at the same time, trainers to help have a greater effect through safety and sustainability.

To help sustain community programs regarding health, nutrition, and exercise as desired by this study's participants, continued engagement of community stakeholders, such as universities and their students (Levin & Rutkow, 2011), can be effective. Universities where students focus on public health could help assess community needs

and monitor and oversee program and community services as part of their curriculum. Positive participation and knowledge/weight/health results within the community through community engagement (Levin & Rutkow, 2011) could be a goal. This would help motivate policy change through community outreach and program implementation, similar to Student Outreach Resource Center (SOURCE) implemented by Johns Hopkins University. These Student Outreach Center students created community partnerships and integrated services and community programs in the community (Levin & Rutkow, 2011). This study's participants often mentioned the desire to be taught about health, to learn about nutrition, exercise, cooking, and overall wellness. As such, recommendations involve community outreach to help serve these needs. It will, however, require not community member involvement alone, but the foundation of the clinic's or organization's infrastructure that then can allow for increased community member involvement (Mills, Rosenberg, & McInerney, 2015).

Many participants of this study stated that they wanted the following types of supports in place: health and exercise education, group classes, a buddy to help them exercise, and a safe location; knowledge to help increase variety and healthier foods in their meal planning; knowledge on what to shop for in grocery stores; and guidance on setting goals and time management. Seven participants (P2, P3, P6, P8, P12, P14, P15) mentioned wanting help through education on nutrition and exercise in response to their last open-ended Interview Question 26, "Do you have any other comments before we finish this interview?" Others mentioned that they needed increased balance in their life, improved self-care, and overall improved motivation and choices. This is in line with the

recommendations provided previously to help incorporate goal setting, social work, self-esteem groups and workshops in studies by Parker, Page, and, Hooke (2013) and Shin, Kang, Park, and Heitkemper (2009). It is possible to provide this information to local community clinics to set up a program that would provide a buddy system for obese patients who have stated they would be more likely to exercise if a buddy was to do so. It could start within the research site, VCH, as a pilot program and then expand to other community sites if success is seen.

Implications

Positive Social Change

The potential for positive social change for the OLHW would include improved quality of life through improved health based on improved self-care (Christie & Channon, 2014). This would also include the following: empowerment through increased knowledge (Schulz & Nakamoto, 2013) and self-efficacy, and thus a reduction in expressed experiences of depression and low self-esteem (Melnyk, 2013); trickle-down effect of parent to child and family health behaviors (Hannon et al., 2015) as seen through healthy eating, exercise, increased knowledge, stress reduction skills, and goal setting; and reduced cost of obesity-related illness in the form of less disease, less work loss, an increased desire to work, and an increased desire to continue health behaviors.

With respect to positive social change for the field of public health, the information gleaned through the rich, thick, interview data can help fill a literature gap that exists within the OLHW population in the United States. The scant literature on phenomenological studies, and on the personal experiences of OLHW about their own

obesity, called for the provision of qualitative data. The interest in public health on the obesity epidemic in the United States associated with \$147 dollars' worth of medical costs and its concomitant diabetes rise, calls for action, not only through programs, but through discovery of the experience to help better target interventions. Assumptions of care by program planners cannot be greater than the stated needs of the population wished to be helped; in this case, the OLHW living in Southern California.

Further Implications

Although scholars have reported that there is suspicion between members of the community with respect to community engagement and government policy (Carlisle, 2010), there is promise for this practice (Preston et al., 2014). This practice of community engagement (Pazoki, Nabipour, Seyednezami, & Imami, 2007) may prove to be beneficial for OLHW, as they have expressed an interest through an indirect qualitative needs assessment (Jordan et al., 2002) in this study. The participants expressed the desire to receive education; have a safe place to learn; get help with exercise; and be guided to improve self-esteem, time management, and goal setting. This could be a start for a community participatory model (Pazoki et al., 2007) to promote social change for OLHW living in the San Fernando Valley, California. Not only could community clinics get involved; but, universities and their students could become part of the development, implementation, and oversight of obesity reduction and prevention outreach programs. This could be done in conjunction with community members who would be included, in this case, the OLHW.

As scholars have shown that there is some association between length of stay in the United States and increased weight, as stated by OLHW in this study, a quantitative study on this association for immigrant Hispanic women could be conducted in the future.

Participant Requests for Change and Intervention

Based on the 15 participants' knowledge and understanding, indirect needs assessment were attained. Participants requested the following: provision of more education on health, cooking, stress reduction, exercise, and exercise partners; provision of lifestyle guidelines; provision of and access to and preparation skills of produce; access to weight loss interventions; and provision and access to experts and programs geared to lifestyle, health, and weight loss. The personal experiences and perceived barriers to lifestyle change expressed by the OLHW in this study were centered on common themes experienced by other minority groups, such as time constraints, stress, lack of knowledge, lack of motivation, and health issues. The participants of this study requested and desired these needs be addressed. As such, community interventions through experts might be able to address them.

Public health research might make it possible to use the information from this study to help develop individual programs based on OLHWs' experiences and expressed needs. Secondly, more extensive qualitative studies may be able to be conducted in the future using large numbers of participants in different low-income areas of California and other states. Each study published can then help the next researcher address new issues, individually or as a set of targets, such as exercise and training with nutrition and

nutrition cooking classes in low-income communities or with stress management and goal setting skills. Thirdly, new phenomenological studies can help other age groups within OLHW: teens, children, and seniors. Some focus groups have been done on immigrant men; but, further inquiry is also needed within the Hispanic obese male living in the United States (Mama, Soltero, Ledoux, Gallagher, & Lee, 2014) as they too suffer from secondary diseases of obesity, such as diabetes, hypertension, and low back problems.

Being Heard: Hispanic Women and Empowerment

It is possible that addressing the perceived barriers gleaned from this study's in-depth interviews may help empower (Kim & Ryu, 2014; Lazar, 2016) those who were interviewed, as well as those who may be helped by future interventions based on their stated needs. The Hispanic women's participation in the study allowed them to share their experiences and provided them with a one-on-one forum of being heard (Bruneau & Saxe, 2012; Mitra, 2014) and respected (Mills et al., 2015); their experiences were of interest to someone; being heard in health care inquiry or conflict allows for increased empowerment (Bruneau & Saxe, 2012). The common theme of wanting education can then be a part of an education protocol implemented through community outreach and in community clinics, like VCH, a PCMH. Providing education can be a part of the empowerment effect, as seen in other studies that follow empowerment models through information, education, and communication (De Las Llagas & Portus, 2016). The HBM's constructs address issues of self-efficacy, not only perceived susceptibility and perceived barriers, but belief in capacity to perform a certain health behavior

(Champion & Skinner, 2008; Khorsandi, Shamsi, & Jahani, 2013; Skinner et al., 2015):

These can be encouraged through interventions that empower minorities to help begin and sustain health behavior change.

Future Qualitative and Phenomenological Research in Other Minorities

The use of phenomenology in a marginalized populations, such as OLHW in this study, could be done among other infrequently studied minorities: For example, Somali refugees in Minnesota who suffer from obesity (Njeru et al., 2015; Morrison, Wieland, Cha, Rahman, & Chaudhry, 2012); the newest Americans, the Syrian refugees (McNeely & Morland, 2015); or other minority refugees suffering from increased obesity after living in the United States (Careyva et al. 2015). It is not beyond the scope of this study to discuss implications for social change among varying minority and refugee populations because it is within the scope of this study's minority inquiry to help address the obesity epidemic through qualitative research. This is done in order to help future qualitative scholars and public health interventions address obesity and lifestyle among minorities. It comes from the need for increased understanding of obesity-related experiences in order to help reduce the obesity epidemic in the United States (CDC, 2016). I mention other minorities and less studied refugees because obesity has been increasing throughout minority populations in the United States, as well as in less studied increasing refugee populations, like the Somalis (Connor & Krogstad, 2016), Syrians, those from South East Asia, Africa, and the Middle East (Careyva et al., 2016; Connor, 2016).

The problems related to obesity exist across cultures, and all those living in the United States with obesity contribute to the obesity-related epidemic, both socially and financially. Scholars have researched African Americans (Baruth et al., 2013; Johnson et al., 2014), non-Hispanic Whites (Egan et al., 2013; Scott et al., 2013), Latina mothers and their children (Lindsay et al., 2011), and seniors (Mitchell & Polsky, 2013), but newer research will likely need to include the aforementioned populations.

Justification for Discussion of Others and the Hispanic Community

Multiculturalism includes increasing Hispanic legal and illegal immigration into the United States, as well as minority and refugee immigration into the United States. As these are increasing realities, the OLHW study and its methodology and results may help to guide future studies among other minority and migrant populations. Scholars can gather necessary information among an expanded Hispanic population and an increasing minority and refugee population. It is possible that the quality of life, disease, and medical cost may continue to increase not only in Hispanic populations, but in other minority populations. If these kinds of qualitative and phenomenological studies are not done throughout multiple population groups and ethnicities, knowledge on their experiences and information on their perceived barriers and stated needs will not be available: Qualitative inquiry is relevant to the public health community. The increased understanding gained through in-depth qualitative inquiry can help initiate community health interventions and overall policy implementation and help promote health and mitigate unhealthful lifestyles in minorities. In this study, I began the process of inquiry

by having focused on the largest growing minority population and its subgroup, the OLHW.

Hispanic Women, Perceived Barriers, and Social Change

The social change implication for the Hispanic woman can be addressed by focusing on her needs. These needs can be assessed through inquiry of her perceived barriers to lifestyle change. In this study, rich data were gleaned about her experiences, perceptions, and beliefs through interviews with questions framed through the lens of the HBM (Skinner et al., 2015) and the use phenomenology (Moustakas, 1994). This can be true for all other minority and refugee populations who are experiencing obesity (Jen, Zhou, Arnetz, & Jamil, 2015; Ramos et al., 2011), and may experience obesity the longer they stay in the United States (Guendelman et al., 2013; Jen et al., 2015). Guendelman et al. (2013) reported an increased risk of obesity in Mexican immigrant women the longer they stayed in the United States. Because other scholars confirm the increased prevalence of obesity the longer other minorities and refugees stay in the country, it is feasible to include implications of this study onto other marginalized populations. It is for this reason that other populations have been included in the implications for social change.

This study has concurred with many aspects of perceived barriers to lifestyle change amongst other minority populations, such as the obese African American woman (Baruth et al., 2014) or overweight/obese Australian woman (Thomson et al., 2016). Although there are some cultural differences between Black women living in the United States and those living in Africa in terms of preferred body images, findings for the

Hispanic women in this study were in alignment with the experiences and preference of weight loss, less body fat, overall health, well-being, and leanness (Epperson et al., 2014). However, they were not in alignment with the preferred non-Hispanic White or non-Hispanic European body images, which are much thinner than typical African American or Hispanic women's body image (Epperson et al., 2014; Webb, Warren-Findlow, Chou, & Adams, 2013).

Because more populations from different parts of the world are making the United States their home, and because they too seem to be suffering from obesity, it is vital to continue qualitative research to help learn from them and address their perceived barriers to healthful life. The well-being of a nation is related to the well-being of its individual people, and obesity is limiting that health and wellbeing of populations in the United States. As one of the largest growing minority groups in the United States, Hispanic women and their perceived barriers to obesity-related lifestyle change deserve to be addressed.

The influence of care will extend not only to clinics and satellite community centers, but to protocols of care and policy creation and implementation. Each individual study that focuses on wants, needs, experiences, and obesity-related lifestyle challenges will help improve the quality of care in the hopes of mitigating the obesity crisis in the United States: In this case, an important subpopulation of the largest immigrant group in the United States, the low-income Hispanic woman.

Summary

In this study, I focused on a small subgroup of the Hispanic community in Los Angeles County, California. My findings concurred with other findings in other minority populations with respect to obesity-related experiences and perceptions of barriers to lifestyle change. Health behaviors, such as healthful eating, exercise, and sleep were defined and discovered as influencing obesity-related behaviors. Each facet of health behavior related to nutrition and food intake, physical activity, and sleep help comprise a person's experience of health, belief in capacity to change, and willingness to change. Supportive elements of outside infrastructure through clinics, such as PCMHs, community centers, and expert education were aspects of interest provided by 15 interviewees/participants through one-on-one, semistructured, audio recorded interviews.

The use of the HBM and the approach of phenomenology allowed for the research inquiry to provide thick, rich data based on interviewees' experiences, expressed desires, needs, and perceptions of barriers to lifestyle change related to obesity. Their overall experiences, beliefs, attitudes, and perceptions about their obesity and health behaviors included issues, concerns, and perceived barriers related to food, exercise, and sleep. I identified common themes about experiences and barriers to obesity-related lifestyle change that included the following: difficulties in maintaining healthy food habits; difficulties knowing how to prepare foods and keeping the family engaged in eating well; issues with self-esteem, shame, and body image; lack of belief that change in their weight loss is possible; experiences of having been ridiculed; and heightened physical

discomfort manifested through overall pain, headaches, insomnia, stress, knee pain, low back pain, dizziness, and shortness of breath.

A majority of the participants desired expert input from professionals, such as dietitians, or health educators, exercise trainers, or medical professionals to help guide them. This included wanting help with social and psychological aspects of goal setting, time management, and motivational tools.

These findings provide useful information and will be helpful in addressing future interventions that will include desired interventions previously described, such as food preparation classes, motivational groups, group fitness classes, and relaxation tools.

Social change is a slow process, but it begins with respecting the health behaviors of everyone. Respecting those individuals requires including them in the process of care and providing infrastructure to support that care. It is important for researchers to include the perceptions, experiences, and desires of those whom they wish to help, so that their input and program intervention can be based not on the researcher's or program director's assumptions of needs, but on the actual need of the recipient of interventions.

As a nation with a large supportive public health infrastructure, it is possible to provide important data to those who influence policy change, so that this public health entity in the United States can better implement relevant protocols and programs. In this study's case, relevant information from OLHW may help increase the quality of life for other Hispanic women suffering with obesity while at the same time mitigate the medical cost burden of obesity in the United States within this subpopulation. These study

findings may be most important for new public health clinic-based programs that can address the perceived barriers experienced by OLHW.

References

- Acheampong, I., & Haldeman, L. (2013). Are nutrition knowledge, attitudes, and beliefs associated with obesity among low-income Hispanic and African American women caretakers? *Journal of Obesity*. doi:10.1155/2013/123901
- Adams, C. (2003). Lessons learned from urban Latinas with Type 2 diabetes mellitus. *Journal of Transcultural Nursing, 14*(3), 255-265. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1043659603014003012>
- Adorador, A., McNulty, R., Hart, D., & Fitzpatrick, J. J. (2011). Perceived barriers to immunizations as identified by Latino mothers. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 23*(9), 501-508. doi:10.1111/j.1745-7599.2011.00632.x
- Afghani, A., & Johnson, C. A. (2006). Resting blood pressure and bone mineral content are inversely related in overweight and obese Hispanic women. *American Journal of Hypertension, 19*(3), 286-292. Retrieved from https://www.researchgate.net/profile/Carl_Johnson3/publication/7276091_Resting_Blood_Pressure_and_Bone_Mineral_Content_Are_Inversely_Related_in_Overweight_and_Obese_Hispanic_Women/links/02bfe510c3f0ccfe55000000.pdf
- Agency of Healthcare Research and Quality. (n.d.). Patient centered medical home resource center. Retrieved from <https://pcmh.ahrq.gov/>
- Albarran, C. R., Heilemann, M. V., & Koniak-Griffin, D. (2014). Promotoras as facilitators of change: Latinas' perspectives after participating in a lifestyle behaviour intervention program. *Journal of Advanced Nursing, 70*(10), 2303-2313. doi:10.1111/jan.12383

- Anjana, R. M., Ranjani, H., Unnikrishnan, R., Weber, M. B., Mohan, V., & Narayan, K. V. (2015). Exercise patterns and behaviour in Asian Indians: Data from the baseline survey of the Diabetes Community Lifestyle Improvement Program (D-CLIP). *Diabetes Research and Clinical Practice*, *107*(1), 77-84. Retrieved from <https://pcmh.ahrq.gov/>
- Baker, S. E., & Edwards, R. (2012). *How many qualitative interviews is enough?* National Center for Research Methods. Retrieved July 4, 2015, from http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf
- Baptiste-Roberts, K., Gary, T. L., Beckles, G. L., Gregg, E. W., Owens, M., Porterfield, D., & Engelgau, M. M. (2007). Family history of diabetes, awareness of risk factors, and health behaviors among African Americans. *American Journal of Public Health*, *97*(5), 907-912. doi:10.2105/AJPH.2005.077032
- Barreto, P. D. S., Ferrandez, A. M., & Saliba-Serre, B. (2013). Are older adults who volunteer to participate in an exercise study fitter and healthier than no volunteers? The participation bias of the study population. *Journal of Physical Activity and Health*, *10*(3), 359-367. Retrieved from <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00847396/document>
- Baruth, M., Sharpe, P. A., Parra-Medina, D., & Wilcox, S. (2013). Perceived barriers to exercise and healthy eating among women from disadvantaged neighborhoods: Results from a focus groups assessment. *Women & Health*, *53*(5), 336-353 18. doi:10.1080/03630242.2014.896443

- Barnett-Page, E., & Thomas, J. (2009). Methods for the synthesis of qualitative research: A critical review. *BMC Medical Research Methodology*, *9*(1), 59. Retrieved from <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-9-59>
- Bates, C. R., Bohnert, A. M., Ward, A. K., Burdette, K. A., Kliethermes, S. A., Welch, S. B., ... & Dugas, L. R. (2016). Sleep is in for summer: Patterns of sleep and physical activity in urban minority girls. *Journal of pediatric psychology*, *41*(6), 692-700. doi:10.1093/jpepsy/jsw009
- Bazeley, P., & Jackson, K. (Eds.). (2013). *Qualitative data analysis with Nvivo*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications Limited.
- Beavis, A. L., Cheema, S., Holschneider, C. H., Duffy, E. L., & Amneus, M. W. (2015). Almost half of women with endometrial cancer or hyperplasia do not know that obesity affects their cancer risk. *Gynecologic oncology reports*, *13*, 71-75. doi:10.1016/j.gore.2015.07.002
- Becker, D. M., Yanek, L. R., Koffman, D. M., & Bronner, Y. C. (1999). Body image preferences among urban African Americans and Whites from low income communities. *Ethnicity & Disease*, *9*(3), 377-386. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/10600060>
- Berger, R. (2015). Now I see it, now I don't: Researcher's position and reflexivity in qualitative research. *Qualitative Research*, *15*(2), 219-234. doi:10.1177/1468794112468475
- Bosomworth, N. J. (2013). Approach to identifying and managing atherogenic dyslipidemia: A metabolic consequence of obesity and diabetes. *Canadian Family*

Physician Médecin De Famille Canadien, 59(11), 1169-1180. Retrieved from <http://www.cfp.ca/content/59/11/1169.full.pdf>

- Bruneau, E. G., & Saxe, R. (2012). The power of being heard: The benefits of 'perspective-giving' in the context of intergroup conflict. *Journal of Experimental Social Psychology*, 48(4), 855-866. doi:10.1016/j.jesp.2012.02.017
- Brown, S., & Hanis, C. (1995). A community-based, culturally sensitive education and group-support intervention for Mexican Americans with NIDDM: A pilot study of efficacy. *Diabetes Educator*, 21(3), 203-210. doi:10.1177/014572179502100307
- Buetow S. (2013). The traveller, miner, cleaner and conductor: idealized roles of the qualitative interviewer. *Journal of Health Services Research & Policy*, 18(1), 51-54. doi:10.1258/jhsrp.2012.012085
- Caliendo, M., & Lee, W. S. (2013). Fat chance! Obesity and the transition from unemployment to employment. *Economics & Human Biology*, 11(2), 121-133. doi:10.1016/j.ehb.2012.02.002
- Cambon, L., Minary, L., Ridde, V., & Alla, F. (2013). A tool to analyze the transferability of health promotion interventions. *BMC public health*, 13(1), 1. doi:10.1186/1471-2458-13-1184
- Campbell, J. L., Quincy, C., Osserman, J., & Pedersen, O. K. (2013). Coding in-depth semistructured interviews problems of unitization and intercoder reliability and agreement. *Sociological Methods & Research*, 24(3), 294-320. Retrieved from <http://journals.sagepub.com/home/smr>

- Careyva, B., LaNooue, M., Bangura, M., de la Paz, A., Gee, A., Patel, N., & Mills, G. (2015). The effect of living in the United States on body mass index in refugee patients. *Journal of Health Care For The Poor & Underserved, 26*(2), 421-430. doi:10.1353/hpu.2015.0046
- Carlisle, S. (2010). Tackling health inequalities and social exclusion through partnership and community engagement? A reality check for policy and practice aspirations from a social inclusion partnership in Scotland. *Critical Public Health, 20*(1), 117-127. doi:10.1080/09581590802277341
- Cason-Wilkerson, R., Goldberg, S., Albright, K., Allison, M., & Haemer, M. (2015). Factors influencing healthy lifestyle changes: A qualitative look at low-income families engaged in treatment for overweight children. *Childhood Obesity, 11*(2), 170-176. doi:10.1089/chi.2014.0147
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum, 41*(5), 545-547. doi:10.1188/14.ONF.545-547
- Cawley, J., & Meyerhoefer, C. (2012). The medical care costs of obesity: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics, 31*(1), 219-230. doi: 10.3386/w16467
- Center for Disease Control and Prevention. (2016). Adult obesity prevalence maps. Retrieved on November 5, 2016, from <https://www.cdc.gov/obesity/data/prevalence-maps.html>

- Center for Disease Control and Prevention. (n.d.a). Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. Retrieved from <https://nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx>
- Center for Disease Control and Prevention. (2015). Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity. *Adult obesity facts*. Retrieved on January 23, 2016, from <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>
- Center for Disease Control and Prevention. (2014a). Obesity prevalence maps. Retrieved from <http://www.cdc.gov/obesity/data/prevalence-maps.html>
- Center for Disease Control and Prevention. (2014). OMH (Office of Minority Health). Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=70>
- Center for Disease Control and Prevention. (n.d.). Overweight and obesity. Retrieved from <http://www.cdc.gov/obesity/data/adult.html>
- California Department of Public Health. (n.d.). Obesity in California: The weight of the state, 2000-2012. Retrieved from <https://www.cdph.ca.gov/programs/cpns/Documents/ObesityinCaliforniaReport.pdf>
- Census Reporter. (2016). Los Angeles, Ca. Retrieved on June 5, 2016, from <https://censusreporter.org/profiles/16000US0644000-los-angeles-ca/>
- Champion, V. L., & Skinner, C. S. (2008). The health belief model. In K. Glanz, B. Rimer, & B. Viswanath (Eds), *Health behavior and health education: Theory, research, and practice* (4th ed.; pp. 46-53). San Francisco, CA: Joessey-Bass.

- Chang, C. T., Chang, K. H., & Cheah, W. L. (2009). Adults. *Asia Pacific Journal of clinical nutrition*, *18*(2), 257-264. doi: 10.6133/apjcn.2009.18.2.15
- Chasan-Taber, L., Marcus, B. H., Rosal, M. C., Tucker, K. L., Hartman, S. J., Pekow, P., ...Markenson, G. (2015). Proyecto Mamá: A lifestyle intervention in overweight and obese Hispanic women: A randomised controlled trial–study protocol. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *15*, 157. doi:10.1186/s12884-015-0575-3
- Christie, D., & Channon, S. (2014). The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in paediatric and adult populations: A clinical review. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, *16*(5), 381-387. doi:10.1111/dom.12195/full
- Ciszek, E. (2013). Advocacy and amplification: Nonprofit outreach and empowerment through participatory media. *Public Relations Journal*, *7*(2), 187-213. Retrieved from <http://apps.prsa.org/intelligence/PRJournal/>
- Clancy, M. (2013). Is reflexivity the key to minimising problems of interpretation in phenomenological research? *Nurse Researcher*, *20*(6), 12-16. doi:10.7748/nr2013.07.20.6.12.e1209
- Cleaveland, C. L. (2013). “I stepped over a dead body”: Latina immigrant narratives of immigration and poverty. *Journal of Human Behavior in The Social Environment*, *23*(1), 1-13. doi:10.1080/10911359.2012.737288
- Cochrane, G. (2008). Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments: helping patients develop self-efficacy. *Canadian Family Physician Médecin De Famille*

- Canadien*, 54(4), 543-547. Retrieved from <http://europepmc.org/articles/pmc2294089>
- Colby, S. L., & Ortman, M. L. (2015). Projection of the size and composition of the U.S. Population: 2014 to 2060. *U.S. Census Bureau*. Retrieved on October 10, 2015, from <http://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2015/demo/p25-1143.pdf?>
- Collins, M., Shattell, M., & Thomas, S. (2005). Problematic interviewee behaviors in qualitative research including commentary by Porter EJ with author response. *Western Journal of Nursing Research*, 27(2), 188-209. Retrieved from http://trace.tennessee.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1073&context=utk_nurspubs
- Connor, P. (2016, October 5). *U.S. admits record number of Muslim refugees in 2016*. Retrieved from <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/10/05/u-s-admits-record-number-of-muslim-refugees-in-2016/>
- Connor, P., & Krogstad, J.M. (2016, June 1). *5 facts about the global Somali diaspora*. Retrieved from <http://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/06/01/5-facts-about-the-global-somali-diaspora/>
- Cope, D. G. (2014). Methods and meanings: Credibility and trustworthiness of qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(1), 89-91. doi:10.1188/14.ONF.89-91
- Creswell, J. W. (2008). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research* (3rd ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson

Merrill Prentice Hall.

- Creswell, J. W. (2013). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Cutcliffe, J., & McKenna, H. (2004). Expert qualitative researchers and the use of audit trails including commentary by Koch T. *Journal of Advanced Nursing*, 45(2), 126-135. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02874.x
- Darawsheh, W. (2014). Reflexivity in research: Promoting rigour, reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Therapy & Rehabilitation*, 21(12), 560-568. doi:10.12968/ijtr.2014.21.12.560
- Das, B. M., & Evans, E. M. (2014). Understanding weight management perceptions in first-year college students using the health belief model. *Journal of American College Health*, 62(7), 488-497. doi:10.1080/07448481.2014.923429
- De Las Llagas, L. A., & Portus, L. M. (2016). Promoting health communication and empowerment: Intervention towards malaria mosquito control. *International Journal of Health, Wellness & Society*, 6(3), 61-75. Retrieved from <http://healthandsociety.com/journal>
- Demers, C. (2007). *Organizational change theories: A synthesis*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- De Oliveira, D. M., Barbosa Merighi, M. A., & Pinto de Jesus, M. C. (2014). The decision of an obese woman to have bariatric surgery: The social phenomenology. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(6), 970-976. doi:10.1590/S0080-623420140000700002

Department of Healthcare Services. (n.d.). Patient centered medical home from vision to reality. Retrieved from

http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/Documents/PCMH_Vision_to_Reality.pdf

Di Noia, J., Monica, D., Cullen, K. W., Pérez-Escamilla, R., Gray, H. L., & Sikorskii, A. (2016). Differences in fruit and vegetable intake by race/ethnicity and by Hispanic origin and nativity among women in the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children, 2015. *Preventing Chronic Disease, 13*.

doi:10.5888/pcd13.160130

Doyle, S. (2007). Member checking with older women: A framework for negotiating meaning. *Health Care for Women International, 28*(10), 888-908.

doi:10.1080/07399330701615325

Draper, C. E., Davidowitz, K. J., & Goedecke, J. H. (2015). Perceptions relating to body size, weight loss and weight-loss interventions in Black South African women: A qualitative study. *Public Health Nutrition, 1*-9. doi: 10.1017/S1368980015001688

Drieling, R. L., Rosas, L. G., Ma, J., & Stafford, R. S. (2014). Community resource utilization, psychosocial health, and sociodemographic factors associated with diet and physical activity among low-income obese Latino immigrants. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics, 114*(2), 257-265.

doi:10.1016/j.jand.2013.07.025

Egan, A. M., Mahmood, W. A. W., Fenton, R., Redziniak, N., Tun, T. K., Sreenan, S., & McDermott, J. H. (2013). Barriers to exercise in obese patients with Type 2 diabetes. *QJM, 106*(7), 635-638. doi:10.1093/qjmed/hct075

- Elo, S., Kääriäinen, M., Kanste, O., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative content analysis. *SAGE Open*, 4(1). doi:10.1177/2158244014522633
- Epperson, A. E., Song, A. V., Wallander, J. L., Markham, C., Cuccaro, P., Elliott, M. N., & Schuster, M. A. (2014). Associations among body size, body image perceptions, and weight loss attempts among African American, Latino, and White youth: A test of a mediational model. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(4), 394-404. doi:10.1093/jpepsy/jst096
- Etter, N. M., Stemple, J. C., & Howell, D. M. (2013). Defining the lived experience of older adults with voice disorders. *Journal of Voice: Official Journal of the Voice Foundation*, 27(1), 61-67. doi:10.1016/j.jvoice.2012.07.002
- Families USA. (2015b). Federal register. (2015). *2015 poverty guidelines for the 48 contiguous states and the District of Columbia*. Retrieved on January 23, 2016, from http://familiesusa.org/sites/default/files/product_documents/FPL-federal-register.pdf
- Families USA, the Voice for Healthcare Consumers. (2015a) *Federal poverty guidelines*. Retrieved on January 23, 2016, from <http://familiesusa.org/product/federal-poverty-guidelines>
- Falbe, J., Cadiz, A. A., Tantoco, N. K., Thompson, H. R., & Madsen, K. A. (2015). Active and healthy families: A randomized controlled trial of a culturally tailored obesity intervention for Latino children. *Academic Pediatrics*, 15(4), 386-395. doi:10.1016/j.acap.2015.02.004
- Finfgeld-Connett, D. (2010). Generalizability and transferability of meta-synthesis

research findings. *Journal of Advanced Nursing*, 66(2), 246-254.

doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05250.x

Fink, A. (2005). *Conducting research literature reviews: From the Internet to paper* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.

Finkelstein, E. A., daCosta DiBonaventura, M., Burgess, S. M., & Hale, B. C. (2010).

The costs of obesity in the workplace. *Journal of Occupational and*

Environmental Medicine, 52(10), 971-976. doi:10.1097/JOM.0b013e3181f274d2

Finkelstein, E. A., Trogon, J. G., Cohen, J. W., & Dietz, W. (2009). Annual medical

spending attributable to obesity: Payer-and service-specific estimates. *Health*

Affairs (Project Hope), 28(5), w822-w831. doi:10.1377/hlthaff.28.5.w822

Fish, C. A., Brown, J. R., & Quandt, S. A. (2015). African American and Latino low

income families' food shopping behaviors: Promoting fruit and vegetable

consumption and use of alternative healthy food options. *Journal of Immigrant*

And Minority Health / Center For Minority Public Health, 17(2), 498-505.

doi:10.1007/s10903-013-9956-8

Fitzgerald, A., Heary, C., Kelly, C., Nixon, E., & Shevlin, M. (2013). Self-efficacy for

healthy eating and peer support for unhealthy eating are associated with

adolescents' food intake patterns. *Appetite*, 63, 48-

58. doi.org/10.1016/j.appet.2012.12.011

Flegal, K. M., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Ogden, C. L. (2012). Prevalence of obesity

and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010.

Jama, 307(5), 491-497. doi:10.1001/jama.2012.39

Fontanella, B. B., Luchesi, B. M., Saidel, M. B., Ricas, J., Turato, E. R., & Melo, D. G.

(2011). Sampling in qualitative research: A proposal for procedures to detect theoretical saturation. *Cadernos De Saúde Pública*, 27(2), 388-394.

doi:10.1590/S0102-311X2011000200020

Francis, J., Johnston, M., Robertson, C., Glidewell, L., Entwistle, V., Eccles, M., &

Grimshaw, J. (2010). What is an adequate sample size? Operationalising data saturation for theory-based interview studies. *Psychology & Health*, 25(10), 1229-

1245. doi:10.1080/08870440903194015

Freeland-Graves, J. H., Lee, J., Yao, M., & Xu, B. (2013). Comparison of visceral

adiposity and obesity parameters in Caucasian and Hispanic adults. *The FASEB Journal*, 27(1), 852-7. Retrieved from

http://www.fasebj.org/cgi/content/meeting_abstract/27/1_MeetingAbstracts/852.7

Freeman, I., & Hasnaoui, A. (2011). The meaning of corporate social responsibility: The

vision of four nations. *Journal of Business Ethics*, 100(3), 419-443.

doi:10.1007/s10551-010-0688-6

Gallicano, T. (2013). An example of how to perform open coding, axial coding and

selective coding. *The Public Relations Post*. Retrieved from <http://prpost>.

Wordpress. Com/2013/07/22/an-example-of-how-to-perform-open-coding-axial-coding-and-selective-coding

Gangwisch, J. E., Hale, L., Garcia, L., Malaspina, D., Opler, M. G., Payne, M. E.,... Lane,

D. (2015). High glycemic index diet as a risk factor for depression: Analyses from

- the Women's Health Initiative. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 102(2), 454-463. doi:10.3945/ajcn.114.103846
- Gordon-Larsen, P., Harris, K. M., Ward, D. S., & Popkin, B. M. (2003). Acculturation and overweight-related behaviors among Hispanic immigrants to the US: The National Longitudinal Study of Adolescent Health. *Social Science & Medicine*, 57(11), 2023-2034. doi:10.1016/S0277-9536(03)00072-8
- Guendelman, S. D., Ritterman-Weintraub, M. L., Fernald, L. H., & Kaufer-Horwitz, M. (2013). Weight status of Mexican immigrant women: A comparison with women in Mexico and with US-born Mexican American women. *American Journal of Public Health*, 103(9), 1634-1640. doi:10.2105/AJPH.2012.301171
- Gustavsson, J. P., Åsberg, M., & Schilling, O. (1997). The healthy control subject in psychiatric research: Impulsiveness and volunteer bias. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 325-328. doi:10.1111/j.1600-0447.1997.tb09924.x/full
- Hakim, F., Kheirandish-Gozal, L., & Gozal, D. (2015). Obesity and altered sleep: A pathway to metabolic derangements in children? *Seminars in Pediatric Neurology*, 22(2), 77-85). Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4466552/>
- Haltiwanger, E. P. (2012). Experience of Mexican-American elders with diabetes: A phenomenological study. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2/3), 150-162. doi:10.3109/07380577.2012.694585
- Han, E., Norton, E. C., & Stearns, S. C. (2009). Weight and wages: Fat versus lean paychecks. *Health Economics*, 18(5), 535-548. doi:10.1002/hec.1386

- Hannah, S. D., & Carpenter-Song, E. (2013). Patrolling your blind spots: Introspection and public catharsis in a medical school faculty development course to reduce unconscious bias in medicine. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 37(2), 314-339. doi: 10.1007/s11013-013-9320-4
- Hannon, T. S., Carroll, A. E., Palmer, K. N., Saha, C., Childers, W. K., & Marrero, D. G. (2015). Rationale and design of a comparative effectiveness trial to prevent Type 2 diabetes in mothers and children: The ENCOURAGE healthy families study. *Contemporary Clinical Trials*, 40, 105-111. doi:10.1016/j.cct.2014.11.016
- Haynes, K. (2012). Reflexivity in qualitative research. *Qualitative Organizational Research: Core Methods and Current Challenges*, 72-89. Retrieved from <http://mams.rmit.edu.au/lnywdcon3ial1.pdf>
- Haynes-Maslow, L. (2013). A qualitative study of perceived barriers to fruit and vegetable consumption among low-income populations, North Carolina, 2011. *Preventing Chronic Disease*, 10. doi:10.5888/pcd10.120206
- Haynes-Maslow, L., Parsons, S. E., Wheeler, S. B., & Leone, L. A. (2013). A qualitative study of perceived barriers to fruit and vegetable consumption among low-income populations, North Carolina, 2011. *Preventing Chronic Disease*, 10E34. doi:10.5888/pcd10.120206
- Heidegger, M. (1988). *The basic problems of phenomenology* (Vol. 478). Indiana, IL: University Press.

- Hensrud, D. (2015). Is too little sleep a cause of weight gain? Retrieved from <http://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/expert-answers/sleep-and-weight-gain/faq-20058198>
- Herrmann, W. J., & Flick, U. (2012). Nursing home residents' psychological barriers to sleeping well: A qualitative study. *Family Practice, 29*(4), 482-487.
doi:10.1093/fampra/cmr125
- Hofmeister, M. (2013). Health in the long-term unemployed. Higher risk of obesity. *Deutsches Ärzteblatt International, 110*(40), 676. doi:10.3238/arztebl.2013.0678a
- Hopper, K., Fried, T. R., & Pisani, M. A. (2015). Health care worker attitudes and identified barriers to patient sleep in the medical intensive care unit. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care, 44*(2), 95-99.
doi:10.1016/j.hrtlng.2015.01.011
- Hromi-Fiedler, A., Chapman, D., Segura-Pérez, S., Damio, G., Clark, P., Martinez, J., & Pérez-Escamilla, R. (2016). Barriers and facilitators to improve fruit and vegetable intake among WIC-eligible pregnant Latinas: An application of the health action process approach framework. *Journal of Nutrition Education and Behavior, 48*(7), 468-477. doi:10.1016/j.jneb.2016.04.398
- Husserl, E., & Welton, D. (1999). *The essential Husserl: Basic writings in transcendental phenomenology*. Indiana, IL: University Press.
- Husserl, E. (1970). *The crisis of European sciences and transcendental phenomenology*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- James, D. C., Pobee, J. W., Oxidine, D., Brown, L., & Joshi, G. (2012). Using the health

belief model to develop culturally appropriate weight-management materials for African-American women. *Journal of The Academy of Nutrition & Dietetics*, 112(5), 664-670. doi:10.1016/j.jand.2012.02.003

Janesick, V. J. (2011). *“Stretching “exercises for qualitative researchers (3rded.)*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education & Behavior*, 11(1), 1-47. doi:10.1177/109019818401100101

Jay, M., Gutnick, D., Squires, A., Tagliaferro, B., Gerchow, L., Savarimuthu, S., ...Kalet, A. (2014). In our country tortilla doesn't make us fat: Cultural factors influencing lifestyle goal-setting for overweight and obese. *Urban*, 1603-1622. doi: 10.1353/hpu.2014.0165

Jen, K., Zhou, K., Arnetz, B., & Jamil, H. (2015). Pre- and post-displacement stressors and body weight development in Iraqi refugees in Michigan. *Journal of Immigrant & Minority Health*, 17(5), 1468-1475. doi:10.1007/s10903-014-0127-3

Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Jørgensen, D. G., Grønbaek, H. N., & Midtgaard, J. (2014). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: A descriptive phenomenological study. *Journal of Advanced Nursing*, 70(5), 1138-1149. doi: 10.1111/jan.12275

Jia, H., & Lubetkin, E. I. (2010). Obesity-related quality-adjusted life years lost in the U.S. from 1993 to 2008. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(3), 220-227. doi:10.1016/j.amepre.2010.03.026

- Jilcott, S. B., Wall-Bassett, E. D., Burke, S. C., & Moore, J. B. (2011). Associations between food insecurity, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) benefits, and body mass index among adult females. *Journal of the American Dietetic Association, 111*(11), 1741-1745. doi:10.1016/j.jada.2011.08.004
- Johnson, A. E., Boulware, L. E., Anderson, C. A., Kahan, K., Boyér, L. L., Liu, Y., & Crews, D. C. (2014). Perceived barriers and facilitators of using dietary modification for CKD prevention among African Americans of low socioeconomic status: A qualitative study. *BMC Nephrology, 15*(1), 1. doi:10.1186/1471-2369-15-194
- Jordan, S., Watkins, A., Storey, M., Allen, S. J., Brooks, C. J., Garaiova, I., ...Thornton, C. A. (2013). Volunteer bias in recruitment, retention, and blood sample donation in a randomised controlled trial involving mothers and their children at six months and two years: A longitudinal analysis. *PLoS One, 8*(7), e67912. doi:10.1371/journal.pone.0067912
- Jordan, J., Wright, J., Ayres, P., Hawkings, M., Thomson, R., Wilkinson, J., & Williams, R. (2002). Health needs assessment and needs-led health service change: A survey of projects involving public health doctors. *Journal of Health Services Research & Policy, 7*(2), 71-80. doi:10.1258/1355819021927719
- Keith, N., Mi, D., Alexander, K., Kaiser, S., & de Groot, M. (2016). PARCS: A safety net community-based fitness center for low-income adults. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, And Action, 10*(2), 185-195. doi:10.1353/cpr.2016.0038

- Khorsandi, M., Shamsi, M., & Jahani, F. (2013). The survey of practice about prevention of osteoporosis based on health belief model in pregnant women in Arak City. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 12*(1), 35-46. Retrieved from http://journal.rums.ac.ir/index.php?slc_lang=en&sid=1
- Kiawi, E., Edwards, R., Shu, J., Unwin, N., Kamadjeu, R., & Mbanya, J. C. (2006). Knowledge, attitudes, and behavior relating to diabetes and its main risk factors among urban residents in Cameroon: A qualitative survey. *Ethnicity & Disease, 16*(2), 503-509. Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.602.7501&rep=rep1&type=pdf>
- Kim, M., & Ryu, J. M. (2014). Listening to Others' Voices (LOV) Project: An empowering strategy incorporating marginalized perspectives. *Journal of Geography, 113*(6), 247-256. doi:10.1080/00221341.2014.896933
- Kholbry, P., & Nies, M. (2010). Hispanic women and physical activity: A community approach. *Home Health Care Management & Practice, 22*(2), 89-95. doi:10.1177/1084822309331576
- Knowlden, A. P., & Sharma, M. (2014). Health belief structural equation model predicting sleep behavior of employed college students. *Family & Community Health, 37*(4), 271-278. doi:10.1097/FCH.0000000000000043
- Kohlbray, P. (2006). *Exercise self-efficacy, stages of exercise change, health promotion behaviors, and physical activity in postmenopausal Hispanic women*. Unpublished doctoral dissertation, University of San Diego, San Diego, CA.

- Kumanyika, S., & Grier, S. (2006). Targeting interventions for ethnic minority and low-income populations. *Future of Children*, 16(1), 187-207. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16532664>
- Kumanyika, S., Taylor, W. C., Grier, S. A., Lassiter, V., Lancaster, K. J., Morssink, C. B., & Renzaho, A. N. (2012). Community energy balance: A framework for contextualizing cultural influences on high risk of obesity in ethnic minority populations. *Preventive Medicine*, 55(5), 371-381. doi:10.1016/j.ypmed.2012.07.002
- L.A. City. (n.d.). Council District 6. Retrieved on November 15, 2016, from http://navigatela.lacity.org/common/mapgallery/pdf/council_districts/CD6_8.5_11.pdf
- L.A. County. (2011). Obesity and related mortality in Los Angeles County. Office of Health Assessments and Epidemiology. Retrieved from http://publichealth.lacounty.gov/ha/reports/habriefs/2007/obese_cities/obesity_2011fs.PDF
- Lazar, R. L. (2016). Interdisciplinary clinical education-On empowerment, women, and a unique clinical model. *Clinical Law Review*, 23(1), 429-470. Retrieved from <http://www.law.nyu.edu/journals/clinicallawreview>
- Lee, H. Y., Stange, M. J., & Ahluwalia, J. S. (2015). Breast cancer screening behaviors among Korean American immigrant women: Findings from the health belief model. *Journal of Transcultural Nursing*, 26(5), 450-457. doi: 10.1177/1043659614526457

- Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S., & König, H. H. (2013). Economic costs of overweight and obesity. [Abstract] *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 27(2), 105-115.
doi:10.1016/j.beem.2013.01.002
- Leone, L. A., & Ward, D. S. (2013). A mixed methods comparison of perceived benefits and barriers to exercise between obese and nonobese women. *Journal of Physical Activity & Health*, 10(4), 461-469. doi: 10.1016/j.beem.2013.01.002
- Levin, M., & Rutkow, L. (2011). Infrastructure for teaching and learning in the community: Johns Hopkins University Student Outreach Resource Center (SOURCE). *Journal of Public Health Management & Practice*, 17(4), 328-336.
doi:10.1097/PHH.0b013e3182140bb5
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Greaney, M. L., & Peterson, K. E. (2011). Latina mothers' beliefs and practices related to weight status, feeding, and the development of child overweight. *Public Health Nursing*, 28(2), 107-118. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00906.x
- Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Greaney, M., Wang, M. L., Davis, R., & Peterson, K. E. (2012). Using qualitative methods to design a culturally appropriate child feeding questionnaire for low-income, Latina mothers. *Maternal and Child Health Journal*, 16(4), 860-866. doi: 10.1007/s10995-011-0804-y
- Liou, D., & Bauer, K. D. (2007). Exploratory investigation of obesity risk and prevention in Chinese Americans. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 39(3), 134-141. doi: doi:10.1016/j.jneb.2006.07.007

- Liu, N. H., Mazzoni, A., Zamberlin, N., Colomar, M., Chang, O. H., Arnaud, L.,...Belizán, J. M. (2013). Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: A qualitative study. *Reproductive Health, 10*(1), 2. doi:10.1186/1742-4755-10-2
- Lo, S. W. S., Chair, S. Y., & Lee, F. K. (2015). Factors associated with health-promoting behavior of people with or at high risk of metabolic syndrome: Based on the health belief model. *Applied Nursing Research, 28*(2), 197-201. doi.org/10.1016/j.apnr.2014.11.001
- Luo, S., Romero, A., Adam, T. C., Hu, H. H., Monterosso, J., & Page, K. A. (2013). Abdominal fat is associated with a greater brain reward response to high-calorie food cues in Hispanic women. *Obesity, 21*(10), 2029-2036. doi: 10.1002/oby.20344
- Lovasi, G., Hutson, M., Guerra, M., & Neckerman, K. (2009). Built environments and obesity in disadvantaged populations. *Epidemiologic Reviews, 31*7-20. doi:10.1093/epirev/mxp005
- Lovell, G. P., El Ansari, W., & Parker, J. K. (2010). Perceived exercise benefits and barriers of non-exercising female university students in the United Kingdom. *International Journal of Environmental Research And Public Health, 7*(3), 784-798. doi:10.3390/ijerph7030784
- Lucas, R. M., Ponsonby, A., McMichael, A. J., van der Mei, I., Chapman, C., Coulthard, A.,... Williams, D. (2007). Observational analytic studies in multiple sclerosis: Controlling bias through study design and conduct. The Australian Multicentre

- Study of Environment and Immune Function. *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 13(7), 827-839. doi: 10.1177/1352458507077174
- Lynch, E. B., & Kane, J. (2014). Body size perception among African American Women. *Journal of Nutrition Education & Behavior*, 46(5), 412-417.
doi:10.1016/j.jneb.2014.03.002
- Lyons, M. (1998). The phenomenon of compulsive overeating in a selected group of professional women. *Journal Of Advanced Nursing*, 27(6), 1158-1164.
doi:10.1046/j.1365-2648.1998.00624.x
- Lyon, T. D., Wandrey, L., Ahern, E., Licht, R., Sim, M. Y., & Quas, J. A. (2014). Eliciting maltreated and nonmaltreated children's transgression disclosures: Narrative practice rapport building and a putative confession. *Child Development*, 85(4), 1756-1769. doi:10.1111/cdev.12223
- Lyytikäinen, P., Rahkonen, O., Lahelma, E., & Lallukka, T. (2011). Association of sleep duration with weight and weight gain: A prospective follow-up study. *Journal of Sleep Research*, 20(2), 298-302. doi:10.1111/j.1365-2869.2010.00903.x
- MacPhail, C., Khoza, N., Abler, L., & Ranganathan, M. (2016). Process guidelines for establishing intercoder reliability in qualitative studies. *Qualitative Research*, 16(2), 198-212. doi:10.1177/1468794115577012
- Magdaleno, R., Chaim, E. A., Pareja, J. C., & Turato, E. R. (2011). The psychology of bariatric patient: What replaces obesity? A qualitative research with Brazilian women. *Obesity Surgery*, 21(3), 336-339. doi: 10.1007/s11695-009-9824-8

- Majumder, M. A. (2013). Does obesity matter for wages? Evidence from the United States. *Economic Papers: A Journal of Applied Economics and Policy*, 2(32), 200-217. doi: 10.1111/1759-3441.12030
- Mama, S. K., McCurdy, S. A., Evans, A. E., Thompson, D. I., Diamond, P. M., & Lee, R. E. (2015). Using community insight to understand physical activity adoption in overweight and obese African American and Hispanic women: A qualitative study. *Health Education & Behavior*, 42(3), 321-328. doi: 10.1177/1090198114557128
- Mama, S. K., Soltero, E. G., Ledoux, T. A., Gallagher, M. R., & Lee, R. E. (2014). Solving the obesity epidemic: Voices from the community. *Nursing Inquiry*, 21(3), 192-201. doi:10.1111/nin.12054
- Manini, T. M., Lamonte, M. J., Seguin, R. A., Manson, J. E., Hingle, M., Garcia, L.,... Limacher, M. (2014). Modifying effect of obesity on the association between sitting and incident diabetes in post-menopausal women. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 22(4), 1133-1141. doi:10.1002/oby.20620
- Marshall, C., & Rossman, G. B. (2014). *Designing qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.
- Martinez, J., Powell, J., Agne, A., Scarinci, I., & Cherrington, A. (2012a). A focus group study of Mexican immigrant men's perceptions of weight and lifestyle. *Public Health Nursing*, 29(6), 490-498. doi:10.1111/j.1525-1446.2012.01026.x

- Martinez, J., Powell, J., Agne, A., Scarinci, I., & Cherrington, A. (2012b). Exploring weight and lifestyle: Mexican immigrant men's perspectives. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 29(6), 490. doi:10.1111/j.1525-1446.2012.01026.x
- Matsuo, T., Sairenchi, T., Suzuki, K., Tanaka, K., & Muto, T. (2011). Long-term stable obesity increases risk of hypertension. *International Journal of Obesity*, 35(8), 1056-1062. doi:10.1038/ijo.2010.226
- Mayén, A. L., Marques-Vidal, P., Paccaud, F., Bovet, P., & Stringhini, S. (2014). Socioeconomic determinants of dietary patterns in low-and middle-income countries: A systematic review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, ajcn-089029. doi:10.3945/ajcn.114.089029
- McArthur, D., Dumas, A., Woodend, K., Beach, S., & Stacey, D. (2014). Factors influencing adherence to regular exercise in middle-aged women: A qualitative study to inform clinical practice. *BMC Women's Health*, 14(1), 49. doi:10.1186/1472-6874-14-49
- McConnell-Henry, T., Chapman, Y., & Francis, K. (2011). Member checking and Heideggerian phenomenology: A redundant component. *Nurse Researcher*, 18(2), 28-37. doi:10.7748/nr2011.01.18.2.28.c8282
- McCormick-Brown, K. (1999). *Health belief model*. Retrieved from <http://www.jblearning.com/samples/0763743836/chapter%204.pdf>
- McNeely, C. A., & Morland, L. (2016). The health of the newest Americans: How US public health systems can support Syrian refugees. *American Journal of Public Health*, 106(1), 13-15. doi:10.2105/AJPH.2015.302975

- Meillier, L. K., Lund, A. B., & Kok, G. (1997). Cues to action in the process of changing lifestyle. *Patient Education and Counseling*, 30(1), 37-51. Retrieved from <https://www.journals.elsevier.com/patient-education-and-counseling/>
- Melnyk, B. M. (2013). The COPE Healthy Lifestyles TEEN Randomized Controlled Trial: Immediate and six month effects on high school adolescents' BMI, psychosocial outcomes and academic performance. Retrieved from http://www.nursinglibrary.org/vhl/bitstream/10755/308785/1/Melnyk_TheCOPEHealthyLifestyles.pdf Or? (LYNN?)<http://www.nursinglibrary.org/vhl/handle/10755/308785>
- Mendenhall, E. (2012). *Syndemic suffering: Social distress, depression, and diabetes among Mexican immigrant women* (Vol. 4). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Miedema, B., Reading, S. A., Hamilton, R. A., Morrison, K. S., & Thompson, A. E. (2015). Can certified health professionals treat obesity in a community-based programme? A quasi-experimental study. *BMJ Open*, 5(2), e006650. doi:10.1136/bmjopen-2014-006650
- Miles, M. B., Huberman, A. M., & Saldana, J. (2014). *Qualitative data analysis: A methods sourcebook* (3rd ed.; pp. 312-320). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Mitchell, A. B., Cole, J. W., McArdle, P. F., Cheng, Y., Ryan, K. A., Sparks, M. J., ...Kittner, S. J. (2015). Obesity increases risk of ischemic stroke in young adults. *Stroke*, 46(6), 1690-1692. doi:10.1161/STROKEAHA.115.008940

- Mitchell, N. S., & Polsky, S. (2013). Innovative care delivery model to address obesity in older African-American women: Senior Wellness Initiative and Take Off Pounds Sensibly Collaboration for Health (SWITCH). *Journal of the American Geriatrics Society, 61*(11), 1971-1975. doi:10.1111/jgs.12444
- Mitra, D. L. (2014). *Student voice in school reform: Building youth-adult partnerships that strengthen schools and empower youth*. Albany, NY: State University of New York Press.
- Montgomery, K. S., Bushee, T. D., Phillips, J. D., Kirkpatrick, T., Catledge, C., Braveboy, K.,...Mosley, L. (2011). Women's challenges with postpartum weight loss. *Maternal and Child Health Journal, 15*(8), 1176-1184. Retrieved from <http://www.springer.com/public+health/journal/10995>
- Moore, S., Harris, C., Wimberly, Y., Moore, S. E., Harris, C., & Wimberly, Y. (2010). Perception of weight and threat to health. *Journal of the National Medical Association, 102*(2), 119-124. doi:10.1016/S0027-9684(15)30499-5
- Moran, D. (2012). *Husserl's crisis of the European sciences and transcendental phenomenology: An introduction*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Morrison, T., Wieland, M., Cha, S., Rahman, A., & Chaudhry, R. (2012). Disparities in preventive health services among Somali immigrants and refugees. *Journal of Immigrant & Minority Health, 14*(6), 968-974. doi:10.1007/s10903-012-9632-4
- Morrison, Z., Gregory, D., Thibodeau, S., & Copeland, J. (2012). Ouch! Recruitment of overweight and obese adolescent boys for qualitative research. *The Qualitative*

- Report*, 17(32), 1-17. Retrieved from
<http://nsuworks.nova.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1745&context=tqr>
- Morris, S. (2007). The impact of obesity on employment. *Labour Economics*, 14(3), 413-433. doi:10.1016/j.labeco.2006.02.008
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222. doi:
10.1177/1049732315588501
- Morse, J. M., Barrett, M., Mayan, M., Olson, K., & Spiers, J. (2002). Verification strategies for establishing reliability and validity in qualitative research. *International Journal of Qualitative Methods*, 1(2), 13-22. doi:
10.1177/160940690200100202
- Mossavar-Rahmani, Y., Jung, M., Patel, S. R., Sotres-Alvarez, D., Arens, R., Ramos, A., ... Van Horn, L. (2015). Eating behavior by sleep duration in the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Appetite*, 95, 275-284.
doi:10.1016/j.appet.2015.07.014
- Moustakas, C. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Murillo, R., Ali, S. A., Carmack, C., & Doss, D. (2016). Activity and weight misperception among overweight and obese US adults. *American Journal of Health Behavior*, 40(1), 12-20. doi:10.5993/AJHB.40.1.2
- National Heart, Lung, and Blood Institute. (n.d.). *Calculate your body mass index*. Retrieved from
http://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/BMI/bmicalc.htm

- National Hispanic Caucus of State Legislature. (2010). NHCSL Hispanic Obesity Initiative: Hispanic obesity, an American crisis, 2010 Brief. Retrieved from <http://www.nhcsl.org/issues/healthcare/Hispanic-Obesity-An-American-Crisis.pdf>
- Njeru, J. W., Tan, E. M., St Sauver, J., Jacobson, D. J., Agunwamba, A. A., Wilson, P. M.,...Wieland, M. L. (2015). High rates of diabetes mellitus, pre-diabetes and obesity among Somali immigrants and refugees in Minnesota: A retrospective chart review. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health, 18*(6), 1343-1349. doi:10.1007/s10903-015-0280-3
- Neuman, W. L. (2006). *Social research methods: Qualitative and quantitative approaches* (6th ed.). New York, NY: Pearson.
- Nicholson, L., Colyer, M., & Cooper, S. A. (2013). Recruitment to intellectual disability research: A qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research, 57*(7), 647-656. doi:10.1111/j.1365-2788.2012.01573.x
- National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2015). Overweight and obesity statistics. Retrieved on December 14, 2015, from <http://www.niddk.nih.gov/health-information/health-statistics/Pages/overweight-obesity-statistics.aspx>

- National Institute of Health. (n.d.). *Classification of overweight and obesity by BMI, waist circumference, and associated disease risks*. Retrieved on November 5, 2016, from http://www.nhlbi.nih.gov/health/educational/lose_wt/BMI/bmi_dis.htm
- O'Connor, S. J. (2011). Context is everything: The role of auto-ethnography, reflexivity and self-critique in establishing the credibility of qualitative research findings. *European Journal of Cancer Care*, 20(4), 421-423. doi:10.1111/j.1365-2354.2011.01261.x
- Office of Minority Health. (n.d.). Obesity and Hispanic Americans. Retrieved from <http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=70>
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Fryar, C. D., & Flegal, K. M. (2015). Prevalence of obesity among adults and youth: United States, 2011-2014. *NCHS Data Brief*, (219), 1-8. Retrieved on November 5, 2016, from <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db219.pdf>
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2014). Prevalence of childhood and adult obesity in the United States, 2011-2012. *JAMA*, 311(8), 806-814. doi:10.1001/jama.2014.732
- Olvera, R. L., Williamson, D. E., Fisher-Hoch, S. P., Vatcheva, K. P., & McCormick, J. B. (2015). Depression, obesity, and metabolic syndrome: Prevalence and risks of comorbidity in a population-based representative sample of Mexican Americans. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76(10), e1300-e1305. doi:10.4088/JCP.14m09118

- Orji, R., & Mandryk, R. L. (2014). Developing culturally relevant design guidelines for encouraging healthy eating behavior. *International Journal of Human-Computer Studies*, 72(2), 207-223. doi:10.1016/j.ijhcs.2013.08.012
- Palm, A., Janson, C., & Lindberg, E. (2015). The impact of obesity and weight gain on development of sleep problems in a population-based sample. *Sleep Medicine*, 16(5), 593-597. doi:10.1016/j.sleep.2015.01.016.
- Parker, T. J., Page, A. C., & Hooke, G. R. (2013). The influence of individual, group, and relative self-esteem on outcome for patients undergoing group cognitive-behavioural therapy treatment. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(4), 450-463. doi:10.1111/bjc.12029
- Patel, S. R., Hayes, A. L., Blackwell, T., Evans, D. S., Ancoli-Israel, S., Wing, Y. K., & Stone, K. L. (2014). The association between sleep patterns and obesity in older adults. *International Journal of Obesity (2005)*, 38(9), 1159-1164. doi:10.1038/ijo.2014.13
- Patel, S. R., & Mehra, R. (2015). The weighty issue of obesity management in sleep apnea. *Chest*, 148(5), 1127-1129. doi:10.1378/chest.15-1010
- Patel, S. R., Sotres-Alvarez, D., Castañeda, S. F., Dudley, K. A., Gallo, L. C., Hernandez, R.,... Zee, P. C. (2015). Social and health correlates of sleep duration in a US Hispanic population: Results from the Hispanic Community Health Study/Study of Latinos. *Sleep*, 38(10), 1515-1522. doi:10.5665/sleep.5036
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluative methods*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Paulis, W. D., Silva, S., Koes, B. W., & van Middelkoop, M. (2014). Overweight and obesity are associated with musculoskeletal complaints as early as childhood: A systematic review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, *15*(1), 52-67. doi:10.1111/obr.12067
- Pazoki, R., Nabipour, I., Seyednezami, N., & Imami, S. R. (2007). Effects of a community-based healthy heart program on increasing healthy women's physical activity: A randomized controlled trial guided by community-based participatory research (CBPR). *BMC Public Health*, *7*, 216. doi:10.1186/1471-2458-7-216
- Preston, M. A., Mays, G. P., Jones, R. D., Smith, S. A., Stewart, C. N., & Henry-Tillman, R. S. (2014). Reducing cancer disparities through community engagement in policy development: The role of cancer councils. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, *25*(1 Suppl), 139-150. doi:10.1353/hpu.2014.0069
- Pointer, S. D., Rickstrew, J., Slaughter, J. C., Vaezi, M. F., & Silver, H. J. (2016). Dietary carbohydrate intake, insulin resistance and gastro-oesophageal reflux disease: A pilot study in European- and African-American obese women. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *44*(9), 976-988. doi:10.1111/apt.13784
- QSR International. (n.d.). About nodes. Retrieved from http://help-nv11.qsrinternational.com/desktop/concepts/about_nodes.htm
- Radtke, K., Obermann, K., & Teymer, L. (2014). Nursing knowledge of physiological and psychological outcomes related to patient sleep deprivation in the acute care setting. *MEDSURG Nursing*, *23*(3), 178-184. Retrieved from <http://www.medsurnursing.net/cgi-bin/WebObjects/MSNJournal.woa>

- Ramos, M., Orozovich, P., Moser, K., Phares, C. R., Stauffer, W., & Mitchell, T. (2011). Health of resettled Iraqi refugees--San Diego County, California, October 2007-September 2009. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, *305*(5), 459-431. Retrieved from <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/645437>
- Rawlins, E., Baker, G., Maynard, M., & Harding, S. (2013). Perceptions of healthy eating and physical activity in an ethnically diverse sample of young children and their parents: The DEAL prevention of obesity study. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, *26*(2), 132-144. doi:10.1111/j.1365-277X.2012.01280.x
- Reither, E. N., Krueger, P. M., Hale, L., Reiter, E. M., & Peppard, P. E. (2014). Ethnic variation in the association between sleep and body mass among US adolescents. *International Journal of Obesity*, *38*(7), 944-949. doi:10.1038/ijo.2014.18
- Renault, K. M., Carlsen, E. M., Nørgaard, K., Nilas, L., Pryds, O., Secher, N. J.,...Halldorsson, T. I. (2015). Intake of carbohydrates during pregnancy in obese women is associated with fat mass in the newborn offspring. *American Journal of Clinical Nutrition*, *102*(6), 1475-1481. doi:10.3945/ajcn.115.110551
- Richardson, W. J. (2013). *Heidegger: Through phenomenology to thought*. doi: 10.1007/978-94-017-6188-8
- Robroek, S., van den Berg, T., Plat, J., & Burdorf, A. (2011). The role of obesity and lifestyle behaviours in a productive workforce. *Occupational & Environmental Medicine*, *68*(2), 134-139. doi:10.1136/oem.2010.055962
- Romo, L. F., Mireles-Rios, R., & Hurtado, A. (2016). Cultural, media, and peer influences on body beauty perceptions of Mexican American adolescent girls.

Journal of Adolescent Research, 31(4), 474-501. doi:10.1177/0743558415594424

Rubin, H. J., & Rubin, I. S. (2011). *Qualitative interviewing: The art of hearing data*.

Thousand Oaks, CA: Sage.

Saldaña, J. (2015). *The coding manual for qualitative researchers*. Thousand Oaks, CA:

Sage.

Saywitz, K. J., Larson, R. P., Hobbs, S. D., & Wells, C. R. (2015). Developing rapport with children in forensic interviews: Systematic review of experimental research.

Behavioral Sciences & the Law, 33(4), 372-389. doi:10.1002/bsl.2186

Schulz, P. J., & Nakamoto, K. (2013). Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins. *Patient Education and Counseling*, 90(1), 4-11. doi:10.1016/j.pec.2012.09.006

Scott, J., Gavin, J., Egan, A. M., Avalos, G., Dennedy, M. C., Bell, M., & Dunne, F.

(2013). The prevalence of diabetes, pre-diabetes and the metabolic syndrome in an Irish regional homeless population. *QJM*. doi:10.1093/qjmed/hct063

Seguin, R., Connor, L., Nelson, M., LaCroix, A., & Eldridge, G. (2014). Understanding barriers and facilitators to healthy eating and active living in rural communities.

Journal of Nutrition and Metabolism, 2014 .doi:10.1155/2014/146502

Sentell, T., Baker, K. K., Onaka, A., & Braun, K. (2011). Low health literacy and poor health status in Asian Americans and Pacific Islanders in Hawai'i. *Journal of Health Communication*, 16, 3279-294. doi:10.1080/10810730.2011.604390

Shin, K. R., Kang, Y., Park, H. J., & Heitkemper, M. (2009). Effects of exercise program

on physical fitness, depression, and self-efficacy of low-income elderly women in

South Korea. *Public Health Nursing (Boston, Mass.)*, 26(6), 523-531.

doi:10.1111/j.1525-1446.2009.00812.x

Shriver, L. H., Hildebrand, D., & Austin, H. (2010). Determinants of fruit and vegetable availability in Hispanic head start families with preschool-aged children living in an urban Midwestern area. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, 42(5), 299-306. doi:10.1016/j.jneb.2009.07.001

Singleton, R. A., & Straits, B. C. (2010). *Approaches to social research* (5th ed.). Oxford, NY: Oxford University.

Skinner, C. S., Tiro, J., & Champion, V. L. (2015). Background on the health belief model. *Health Behavior: Theory, Research, and Practice*, 75. Retrieved from <https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=PhUWCgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA75&dq=health+belief+model&ots=ctNeWC9JJ&sig=02IcLmEHv70jT4TRZNYdxXinHTI#v=onepage&q=health%20belief%20model&f=false>

Skiveren, J., Mortensen, E. L., & Haedersdal, M. (2010). Sun protective behaviour in renal transplant recipients. A qualitative study based on individual interviews and the health belief model. *The Journal of Dermatological Treatment*, 21(6), 331-336. doi:10.3109/09546630903410166

Soleymanian, A., Niknami, S., Hajizadeh, E., Shojaeizadeh, D., & Montazeri, A. (2014). Development and validation of a health belief model based instrument for measuring actors influencing exercise behaviors to prevent osteoporosis in pre-

- menopausal women (HOPE). *BMC MusculoSkeletal Disorders*, 15(1), 61. doi: 10.1186/1471-2474-15-61
- Sorrell, J., & Redmond, G. (1995). Interviews in qualitative nursing research: Differing approaches for ethnographic and phenomenological studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21(6), 1117-1122. doi:10.1046/j.1365-2648.1995.21061117.x
- Spivack, J. G., Swietlik, M., Alessandrini, E., & Faith, M. S. (2010). Primary care providers' knowledge, practices, and perceived barriers to the treatment and prevention of childhood obesity. *Obesity*, 18(7), 1341-1347. doi:10.1038/oby.2009.410
- Stein, A. T., Greathouse, L. J., & Otto, M. W. (2016). Eating in response to exercise cues: Role of self-control fatigue, exercise habits, and eating restraint. *Appetite*, 96, 56-61. doi:10.1016/j.appet.2015.09.007
- Sui, Z., Turnbull, D. A., & Dodd, J. M. (2013). Overweight and obese women's perceptions about making healthy change during pregnancy: A mixed method study. *Maternal & Child Health Journal*, 17(10), 1879-1887. doi:10.1007/s10995-012-1211-8
- Suplee, P., Jerome-D'Emilia, B., & Gardner, M. (2014). Identifying the health needs of Hispanic women from a church community. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 43(S1), S72-S72. doi:10.1111/1552-6909.12450
- Suri, H. (2011). Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63-75. doi:10.3316/QRJ1102063

- Teague, M. L., & Mobily, K. E. (1986). Litigation: A growing threat to community centers. *Therapeutic Recreation Journal*, 20(1), 18-28. Retrieved from <http://europepmc.org/abstract/med/10278789>
- Thomas, E., & Magilvy, J. K. (2011). Qualitative rigor or research validity in qualitative research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16(2), 151-155. doi: 10.1111/j.1744-6155.2011.00283.x
- Thompson, D., & Wolf, A. M. (2001). The medical-care cost burden of obesity. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 2(3), 189-197. doi:10.1046/j.1467-789x.2001.00037.x
- Thomson, R. L., Buckley, J. D., & Brinkworth, G. D. (2016). Perceived exercise barriers are reduced and benefits are improved with lifestyle modification in overweight and obese women with polycystic ovary syndrome: A randomised controlled trial. *BMC Women's Health*, 1614. doi:10.1186/s12905-016-0292-8
- Thornton, P., Kieffer, E. C., Salabarría-Peña, Y., Odoms-Young, A., Willis, S. K., & Salinas, M. A. (2006). Weight, diet, and physical activity-related beliefs and practices among pregnant and postpartum Latino women: The role of social support. *Maternal and Child Health Journal*, 10(1), 95-104. doi:10.1007/s10995-005-0025-3
- Timmerman, G. (2007). Addressing barriers to health promotion in underserved women. *Family & Community Health*, 30(1S), S34-42. doi:10.1097/00003727-200701001-00006

- Tintinger, G. R., Pretorius, L., & Labadarios, D. (2011). Obstructive sleep apnoea and obesity. *South African Journal of Clinical Nutrition*, 24(4), 174-177. Retrieved from <http://45.115.39.82/system/files/hkm0404p144.pdf>
- Tong, A., & Dew, M. A. (2016). Qualitative research in transplantation: Ensuring relevance and rigor. *Transplantation*, 100(4), 710-712. doi: 10.1097/TP.0000000000001117
- Tovar, A., Must, A., Metayer, N., Gute, D. M., Pirie, A., Hyatt, R. R., & Economos, C. D. (2013). Immigrating to the US: What Brazilian, Latin American and Haitian women have to say about changes to their lifestyle that may be associated with obesity. *Journal of Immigrant and Minority Health / Center for Minority Public Health*, 15(2), 357–364. doi:10.1007/s10903-012-9665-8.
- Tsai, A. G., Williamson, D. F., & Glick, H. A. (2011). Direct medical cost of overweight and obesity in the USA: A quantitative systematic review. *Obesity Reviews: An Official Journal of the International Association for the Study of Obesity*, 12(1), 50-61. doi:10.1111/j.1467-789X.2009.00708.x
- Tucker, J. M., Tucker, L. A., Lecheminant, J., & Bailey, B. (2013). Obesity increases risk of declining physical activity over time in women: A prospective cohort study. *Obesity (Silver Spring, Md.)*, 21(12), E715-E720. doi:10.1002/oby.20415
- Tufford, L., & Newman, P. (2012). Bracketing in qualitative research. *Qualitative Social Work*, 11(1), 80-96. doi:10.1177/1473325010368316
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). The Surgeon General's call to

- action to prevent and decrease obesity. Retrieved from
<http://www.surgeongeneral.gov/topics/obesity/calltoaction/Callto-Action.pdf>
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Minority Health. (2016).
Obesity and Hispanic Americans. Retrieved from
<http://minorityhealth.hhs.gov/omh/browse.aspx?lvl=4&lvlid=70>
- Valencia, W. M. Orpesa-Gonzalez, L., Hoque, C., & Florez, H. J. (2014). Diabetes in
older Hispanic/Latino Americans: Understanding who is at greatest risk.
Generations, 38(4), 33.-40. Retrieved from
<https://www.questia.com/library/journal/1P3-3697076321/diabetes-in-older-hispanic-latino-americans-understanding>
- Walker, J. L. (2012). The use of saturation in qualitative research. *Canadian Journal of
Cardiovascular Nursing =Journal Canadien En Soins Infirmiers Cardio-
Vasculaires*, 22(2), 37-46. Retrieved from
<http://europepmc.org/abstract/med/22803288>
- Walsh, K. (2013). Medical students as human subjects in educational research—the
importance of responder bias. *Medical Education Online*.
doi:10.3402/meo.v18i0.20757
- Wang, Y. C., McPherson, K., Marsh, T., Gortmaker, S. L., & Brown, M. (2011). Health
and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *The
Lancet*, 378(9793), 815-825. Retrieved from
<http://www.nccor.org/downloads/Obesity%20.pdf>
- Webb, J. B., Warren-Findlow, J., Chou, Y., & Adams, L. (2013). Do you see what I see?:

- An exploration of inter-ethnic ideal body size comparisons among college women. *Body Image*, 10(3), 369-379. doi:10.1016/j.bodyim.2013.03.005
- Wertz, M. S., Nosek, M., McNiesh, S., & Marlow, E. (2011). The composite first person narrative: Texture, structure, and meaning in writing phenomenological descriptions. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 6(2), 1-10. doi:10.3402/qhw.v6i2.5882
- Wheeldon, J., & Ahlberg, M. K. (2012). *Visualizing social science research: Maps, methods, & meaning*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- White, M. G., Cason, K. L., Coffee, A., Mayo, R., & Kemper, K. (2010). Beliefs, barriers, social support, and self-efficacy among Hispanic women of South Carolina regarding healthful foods. *Topics in Clinical Nutrition*, 25(3), 264-271. doi:10.1097/TIN.0b013e3181ec99e3
- Women, Infants, and Children Program. (n.d.). California Department of Public Health. Retrieved from <http://www.cdph.ca.gov/programs/wicworks/Pages/default.aspx>
- Wilson, D., & Washington, G. (2007). Retooling phenomenology: relevant methods for conducting research with African American women. *Journal of Theory Construction & Testing*, 11(2), 63-66. Retrieved from <http://tuckerpublish.com/jtct.htm>
- Winston, G. J., Caesar-Phillips, E., Peterson, J. C., Wells, M. T., Martinez, J., Chen, X., ...Charlson, M. (2014). Knowledge of the health consequences of obesity among overweight/obese Black and Hispanic adults. *Patient Education & Counseling*, 94(1), 123-127. doi:10.1016/j.pec.2013.09.022

- Wong, R., Chou, C., & Ahmed, A. (2014). Long term trends and racial/ethnic disparities in the prevalence of obesity. *Journal of Community Health, 39*(6), 1150-1160.
doi:10.1007/s10900-014-9870-6
- Zajac, P., Norris, M., & Keenum, A. (2014). Patient-centered medical home. *Osteopathic Family Physician, 6*(1). Retrieved from
<http://ofpjournal.com/index.php/ofp/article/viewFile/9/8>

Appendix A: Literature and Concepts

Research Question	Relevance of Literature	Authors and Title
RQ1. What are the beliefs, attitudes, and perceptions of obese low-income Hispanic women about obesity?	Beliefs and Practices HISPANIC women FOCUS groups Qualitative	Lindsay, A. C., Sussner, K. M., Greaney, M. L., & Peterson, K. E. (2011). Mothers' Beliefs and Practices Related to Weight Status, Feeding, and the Development of Child Overweight
RQ1. Continued	Perceptions about weight and obesity Quantitative	Murillo, R., Ali, S. A., Carmack, C., & Doss, D. (2016). Activity and Weight Misperception among Overweight and Obese US Adults
RQ1. Continued	Knowledge Attitudes Beliefs, Barriers, and Self-Efficacy-	Acheampong, I., & Haldeman, L. (2013). Are Nutrition Knowledge, Attitudes, and Beliefs Associated with Obesity among Low-Income Hispanic and African American Women Caretakers?
RQ2. What are the experiences of obese low-income Hispanic women related to their obesity?	Experiences regarding weight gain and weight loss using phenomenology, and interviews Experiences about body and obesity using phenomenology Knowledge, attitude, beliefs: experiences of Hispanic women regarding health using	Montgomery, K. S., Bushee, T. D., Phillips, J. D., Kirkpatrick, T., Catledge, C., Braveboy, K., & ... Douglas, G. M. (2011). Women's challenges with postpartum weight loss Jensen, J. F., Petersen, M. H., Larsen, T. B., Jørgensen, D. G., Grønbaek, H. N., & Midtgaard, J. (2014). Young adult women's experiences of body image after bariatric surgery: a descriptive phenomenological study

	<p>quantitative research</p> <p>Beliefs, experiences in Hispanic women using the Health Belief Model. Use of face to face survey.</p>	<p>Suplee, P., Jerome-D’Emilia, B., & Gardner, M. (2014). Identifying the Health Needs of Hispanic Women From a Church Community</p> <p>White, M., Cason, K., Coffee, A., Mayo, R., & Kemper, K. (2010). Beliefs, barriers, social support, and self-efficacy among Hispanic women of South Carolina regarding healthful foods.</p>
<p>RQ3. What are the perceived barriers to obesity related lifestyle change among obese low-income Hispanic women?</p>	<p>Perceived barriers in low-income minority group (non-Hispanic)</p> <p>Perceived barriers to healthy lifestyle in MX immigrant Men using focus groups in a qualitative study.</p>	<p>Johnson, A. E., Boulware, L. E., Anderson, C. M., Chit-ua-aree, T., Kahan, K., Boyér, L. L., & ... Crews, D. C. (2014). Perceived barriers and facilitators of using dietary modification for CKD prevention among African Americans of low socioeconomic status: a qualitative study.</p> <p>Martinez, J., Powell, J., Agne, A., Scarinci, I., & Cherrington, A. (2012). A Focus Group Study of Mexican Immigrant Men’s Perceptions of Weight and Lifestyle</p>
<p>RQ3a. What are the perceived barriers to physical activity for obese low-income Hispanic women?</p>	<p>Perceived barriers to lifestyle change</p>	<p>Martinez, J., Powell, J., Agne, A., Scarinci, I., & Cherrington, A. (2012). A Focus Group Study of Mexican Immigrant Men’s Perceptions of Weight and Lifestyle</p>
<p>RQ3b. What are the perceived</p>	<p>Perceived barriers of</p>	<p>Acheampong, I., &</p>

<p>barriers to fruit and vegetable intake for obese low-income Hispanic women?</p>	<p>healthy food intake in Hispanic women using descriptive statistics from 3 studies: quantitative review.</p> <p>Barriers in Hispanic women to healthful foods using the Health Belief Model</p>	<p>Haldeman, L. (2013). Are Nutrition Knowledge, Attitudes, and Beliefs Associated with Obesity among Low-Income Hispanic and African American Women Caretakers?</p> <p>White, M., Cason, K., Coffee, A., Mayo, R., & Kemper, K. (2010). Beliefs, barriers, social support, and self-efficacy among Hispanic women of South Carolina regarding healthful foods.</p>
<p>RQ3c. What are the perceived barriers to choosing lower carbohydrate meals vs. high carbohydrate rich foods in obese low-income Hispanic women?</p>	<p>Perceived barriers of healthy food intake</p> <p>Barriers in Hispanic women to healthful foods using the Health Belief Model</p>	<p>Acheampong, I., & Haldeman, L. (2013). Are Nutrition Knowledge, Attitudes, and Beliefs Associated with Obesity among Low-Income Hispanic and African American Women Caretakers?</p> <p>White, M., Cason, K., Coffee, A., Mayo, R., & Kemper, K. (2010). Beliefs, barriers, social support, and self-efficacy among Hispanic women of South Carolina regarding healthful foods.</p>
<p>RQ3d. What are the perceived barriers to resting and sleep for obese low-income Hispanic women?</p>		<p>Bates et al., (2016). [Abstract] Sleep is in for Summer: Patterns of Sleep and Physical Activity in Urban Minority Girls. <i>Journal Of Pediatric Psychology</i></p>

Appendix B: Spanish Recruitment Flyer

MUJERES LATINAS!

**Busco Voluntarios
para un estudio sobre
salud y peso, para estudio doctoral.
*Estudio de Estudiante para Recibir Doctoral en Salud Publica,
Walden University***

**¿Quieren Participar en un Estudio de entrevista sobre sus experiencias de
su salud?**

**Este estudio no es de Valley Community Clinic solo es el lugar de donde yo
busco voluntarios!**

Mujeres Latinas

Sobre Peso

Edad 20-59

Bajos Recursos

y

que

nunca fueron pacientes de la nutricionista, Mariana

La entrevista será por 60 minutos y solo su voz se grabará sin su nombre

Preguntas serán sobre sus experiencias y opiniones de salud y peso

Entrevista será Privada and Confidencial!



Si están interesadas, por favor llamen me: Gracias!

Mariana Torchia [REDACTED]

Y degen su NOMBRE, TELEFONO, y hora de llamarles

Email también: mariana.torchia@waldenu.edu

Appendix C: English Recruitment Flyer (translation)

Hispanic Women!

**Volunteers needed
for a Doctoral Study on health and weight.**
*Student research for Doctorate in Public Health,
Walden University*

**Do you want to participate in an interview study about your
experiences regarding your health?**

**This study is not done by Valley Community Healthcare, it is only the
location from which I am recruiting volunteers!**

Hispanic/Latinas

Overweight

Age 20-59

Low-income

and

who have never been a patient of the dietitian, Mariana

**The interview will be 60 minutes and only the voice will be recorded
Questions about your experiences and perceptions about your health &
weight**

Interview will be Private and Confidential!



If you are interested, please call me: Thank you!

Mariana Torchia [REDACTED]

& leave your Name, Phone number, & best time to call

Or Email: mariana.torchia@waldenu.edu

Appendix D: Letter of Cooperation

Medical Director

Given to Mariana Daniela Torchia for her dissertation research for
PhD completion through Walden University

July 21, 2016

COMMUNITY RESEARCH PARTNER NAME:
North Hollywood, CA 91605

Office contact:



PacificTime

Dear Mariana Daniela Torchia,

Based on my review of your research proposal, I give permission for you to conduct the study entitled, *Perceived Barriers to Lifestyle Change in Obese Low-Income Hispanic Women (OLHW)*, within the As part of the study, I authorize your recruitment of participants of all women who wish to volunteer for your study. I authorize the dissemination of flyers, room usage for flyer dissemination, room usage for conducting the audio recorded interviews, all data collection related to your volunteer participants, and data analysis. Individual's participation will be voluntary and at their own discretion. I agree to the following procedures listed below:

- a. Recruitment will occur through patient of clinic volunteering for

information provided to them through flyers, information booths, information tables, waiting room flyers, handing out of flyers by staff, and posters of invitation to be part of the study or to inquire about the study.

Data collection: Data collection will occur at the site in a designated Nutrition Room or Panda room (in case you cannot use your Nutrition office) during clinic hours of operation Monday, Wednesday, and Friday 8:30 am to 6pm, Tuesday and Thursday 8:30 a.m. to 9:00pm, and Saturday 9 a.m. to 1:00 p.m. The time slots selected by the participants will be honored as follows: Mondays from 9:00 a.m. to 4:00 p.m.; Tuesday or Thursday from 4:30 p.m. to 7:00 p.m. for the last time slot; and, Saturdays 9 a.m. to 1:00 p.m. It is acceptable if other hours become available in addition to the above stated time slots, as long as the clinic is open for working hours.

Recording of interviews: Audio recorded interviews (cassette and digital) will be conducted with the volunteers who meet the criteria in the clinic location for one to two hours. The audio recordings will NOT contain the name of the participant, but instead will be identified through an alpha numeric code, such as IP, 2P, 3P, etc. The participants will be able to review the notes of the interview on that session before leaving, and will be given the gift basket of food (fruits, vegetables, WASA crackers, nuts) in the value of \$15 as a thank you for their participation.

Results: Results will be available to the clinic, and to those who have been participants at the end of the analysis, which will be within a 3 month period. They will be called on the phone, as the consent form will have their name and number on it, but will not have any personal interview data on it.

- a. Involvement of VCH rooms: The Nutrition room and the Panda room on the second floor will be the interview rooms. The downstairs lobby, and upstairs lobby and waiting rooms will have flyers regarding volunteer recruitment of Hispanic women with contact information on the flyer, the waiting rooms will have flyers, patient rooms, and the information booth in the downstairs lobby will also have recruitment flyers.
- b. Personnel of clinic will hand out flyers to all women, including those women who ask the staff for one, but clinic staff will not actively recruit nor give specific information about the study. Clinic staff will only provide the flyer, and show where the number is to call for more information, and the staff can call you to speak with the interested potential participant at that time. There is no supervision, except for a once a week check in with the Medical Director, to keep me informed of the progress.

THERE IS NO EVALUATION OR INTERVENTION OCCURING IN THIS STUDY

Thank you for your cooperation

Sincerely,

Dated: 7/22/16 initials RAP

Medical Director

Provided authorization to Mariana Daniela Torchia MPH RD ACE

To conduct dissertation research at X clinics

Researcher Signature:

Date:

M. Torchia

7.23.2016

Appendix E: Spanish Semistructured Interview Questions and Guide

Gracias por venir y participar en mi estudio. La entrevista durara aproximadamente una hora, y sus respuestas nos ayudaran entender mejor sus experiencias, creencias, y percepciones sobre su estilo de vida y obesidad, de las Hispanas, como usted, que vienen a nuestra clínica, VCH. La entrevista será grabada con una cinta (grabadora), durante sus respuestas, y esta información será ahorrada durante el análisis de su información. La entrevista y la información se quedaran por 5 años – desde que eso es la ley de la Universidad. Cuando terminamos la entrevista, revisare un par de preguntas, si necesito clarificar algo que yo no entendí. Usted también me podrá preguntar preguntas en cual quier momento durante la entrevista. También podrá para en cual quier momento, si Usted no quiere continuar, o también no tendrá que contestar preguntas que no quiere contestar.

Si tiene cual quier pregunta, porfavor, pregunte la. Vale, gracias, Voy a empezar. Está bien que yo prendo la grabadora? Está bien que a hora prendo la grabadora digital? Gracias.

Probing for further clarity will occur such as, “Tell me more,” or, “Can you give me an example.”

Questions and Guide

Probing by asking *tell me more, can you give some examples...*

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)
2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)
3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)
4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Me podría dar unos ejemplos?.....

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)
6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)
- 7.Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)
Tiene unos ejemplos?
8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)
9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)
11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)
12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?
Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?
13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”
14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)
15. Que piensa que se le hace más fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)
16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)
17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Tiene unos ejemplos?
18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a)
19. Que piensa que se le hace más fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)
20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)
21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)
22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?
23. Que piensa se la hace más fácil dormir suficiente? (RQ3d)
24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?

Me (Researcher), “Gracias por sus respuestas.”

Appendix F: English Semi-Structured Interview Questions and Guide

Thank you for coming and participating in my study. The interview will last about one hour, and your answers will help give us a better understanding of your experiences, beliefs, and perceptions about lifestyle choices and obesity within VCH and in the Hispanic population whom you represent. The interview will be recorded by a tape recorder, and the information will be kept safe for review during the analysis. I will be taking notes during the interview. The interviews and data will be kept for 5 years, as per University requirements. When we finish the interview process, I will ask you to review with me the notes I took to make sure I was accurate. You can also ask any questions at any time during the interview. You are also able to stop at any time or during the interview if you do not wish to continue or refuse to answer any question.

If you have any questions now, please feel free to ask them.
 Ok, thank you, I am going to start. Is it OK if I turn the tape recorder on now?
 Is it OK if I turn the digital recorder on now?
 Thank you.

Probing for further clarity will occur such as, “Tell me more,” or, “Can you give me an example.”

Questions and Guide

Probing by asking *tell me more, can you give some examples...*

1. What does being healthy mean to you? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)
2. Describe what healthy weight is? (RQ1-RQ3)
3. What does eating healthy mean to you? (RQ1, RQ3b, RQ3c)
4. What does not eating healthy mean to you? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Can you give me some examples of that?.....

5. Have you heard about the recommendations to eat five servings of fruits and vegetables per day? (RQ3b)
6. How does this recommendation fit into your life? (RQ3b)
7. What is your experience with purchasing, preparing, and eating fruits and vegetables? (RQ3b)
 Do you have some examples?
8. What does obesity mean? (RQ1, RQ2, RQ3)
9. What would your favorite weight be for yourself? (RQ1, RQ2)
10. What do you think affects your weight? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

11. How does your weight influence your day to day experiences? (RQ1-RQ3)

12. Do you feel certain tasks, or activities are more difficult for you?

If so, in what way, can you give me some examples, please?

13. What things influence you regarding eating healthy foods? (RQ3-RQ3c)

“Thank you so much. I now will explain to you what carbohydrates are: Carbohydrates are foods that are starchy, or doughy, or sweet and that turn to sugar after you digest them. Here are examples, bread, pasta, rice, tortillas, cereal, oatmeal, sweet rolls, wheat, sweet waters, fruits, fruit juices, soda. Nothing that comes from animal such as beef, pork, bacon, butter, eggs, is a carbohydrate. So, all animal products and eggs, and nuts, seeds are not full of carbohydrates, so we don’t consider them carbohydrates.

14. What do you think makes it difficult for you to eat less carbohydrates (starchy foods, sugars, breads, cereals, juices)? (RQ3c)

15. What do you think makes it easier and more likely you will eat more carbohydrates (starches, juices, soda, sweets, rice) in your meal or in the day? (RQ3d)

16. How do you think carbohydrates affect your weight? (RQ3c)

17. What do you think doing enough exercise is? (RQ3a)

Do you have some examples?

18. What do you think makes it difficult for you to exercise? (RQ3a)

19. What do you think makes it easier for you to do exercise? (RQ3, RQ3a)

20. Do you feel you can incorporate these exercises into your life? (RQ1, RQ3)

21. What is getting enough sleep? (RQ3, RQ3d)

22. What do you think makes it difficult for you to get enough sleep? (RQ3d)
Tell me more about that, some examples

23. What do you think makes it easier for you to get enough sleep? (RQ3d)

24. Do you think sleep is related to weight? (RQ3)

25. Do you think your weight is affected by the amount of sleep you get? (RQ3)

26. Do you have any other comments before we finish the interview?

Me, "Thank you for your answers." I will then clarify some answers with the participants if I do not understand certain answers.

Appendix G: NIH Human Research Protections



Appendix H: Screening Questionnaire in Spanish

Participant # _____:

Hola, soy Mariana Torchia, estudiante doctoral en la Universidad Walden Univeristy. Estoy haciendo un studio para mi doctoral en Salud Pública. Estare hacienda un estudio que se llama, “Barreras percibidas en Mujeres Latinas obesas y de bajos recursos.” Me gustaria envitarla a participar en mi estudio. El estudio incluye una entrevista de 60 minutos que se grabará SIN su nombre. El proposito de la entrevista es para entender las experiencias y percepciones sobre el peso y sobre salud en mujeres Latinas.

La preguntaré unas preguntas para confirmar su elegibilidad.

¿Es Usted una mujer?	Sí	No
¿Su edad es entre 20 y 59?	Sí	No
¿Es paciente de VCH?	Sí	No
¿Usted tiene bajos recursos?	Sí	No
¿Usted es Latina de Mexico o De Centro o Sur America?	Sí	No

Altura: _____ Peso: _____
 BMI: (calculated by researcher kg/m squared) _____

Participante Elegible: Si No

Para el paciente que contestó SI y con BMI 30 o más, y que son elegibles: “Fue seleccionada para participar en my estudio. Recibira una bolsa de alimentos despues de su entrevista para darla las gracias por su tiempo y participación.

Voy hacer las entrevistas en VCH de Lunes a Sábado. Porfavor elija la hora más conveniente para Usted de estas horas.

Día y horas que puedo venir (participante):

Lunes:

de 10:00 a.m. a 4 p.m. Elija la hora: _____
 Elija la fecha: _____

Martes y Jueves:

De 4:00 p.m. a 7:00 p.m. Elija la hora: _____
 Elija la fecha: _____

Viernes: 4:00 p.m.

Elija las 4:00 p.m. el Viernes del: _____

Sábado de 10:00 a.m. a 12:00 p.m. Elija la hora: _____ Elija la fecha: _____

Si contest a una o más de las preguntas:

Appendix I: Screening Questionnaire in English

Participant # _____:

Hello, I'm Mariana Torchia, doctoral student at Walden University. I am doing a study as part of my doctoral degree in Public Health entitled "Perceived barriers to lifestyle change in obese low-income Hispanic women." I would like to invite you to participate in my study. The study includes a one hour audio taped interview that will not use your name (anonymous). The purpose of the study is to gain a better understanding of the experiences and perceived barriers to lifestyle change and health in Hispanic women.

I will ask you some questions to confirm you are eligible:

Are you woman? Yes No

Are you ages 20 to 59? Yes No

Are you a VCH patient? Yes No

Are you low-income? Yes No

Are you Hispanic from
Mexico, Central or South America? Yes No

Height: _____ Weight: _____

BMI: (calculated by researcher kg/m squared): _____ (≥ 30)

Eligible Participant: Yes No

For those who answered "yes" to all questions: "You are eligible and you have been selected to participate in my research study. At the end of the interview we will schedule, you will receive a thank you food basket in gratitude of your time and participation."

I will be conducting the research at VCH from Monday to Saturday. Please pick the most convenient time slot and date for your participation.

Day and time that you can come for the interview:

Monday

From 10:00 a.m. to 4:00 p.m. Choose the time slot: _____

Choose the date: _____

Tuesday and Thursday

From 4:00 p.m. to 7:00 p.m. Choose the time slot: _____

Choose the date: _____

Friday 4:00 p.m.

Choose 4:00 p.m. _____ on date of: _____

Saturday 10:00 a.m. to 12:00 pm Choose the time slot: __ on the date of: _____

If you answered NO to one or more questions: "I am sorry you are not eligible y you will not be able to participate. Thank you

Appendix J: Relevant Quotes for Research Question 1 and 2

Research Question 1:

What are the beliefs, attitudes, and perceptions of obese low-income Hispanic women about obesity?

Research Question 2:

What are the experiences of obese low-income Hispanic women related to their obesity?

Relevant Quotes:

P1,

“I am working, so when I get very hungry I just eat where ever...burgers, fried potatoes, if I see tamales, I eat tamales, if I see tacos...”

P1,

“Yes because it is mental too, your body is used to eating that, so then, like, like now in the morning I ate a salad. Usually I go to McDonald’s and I eat something there with coffee and what ever like hashbrowns with coffee, what ever, what ever, and I feel better because i feel full, extremely full.”

P2,

“Obesity is something uncomfortable, even for sleeping I feel I snore a lot, I think it is due to my obesity, in the night one cannot sleep.”

P3,

“I’ve tried losing weight for 10 years but also what I have consumed during that time is not healthy, always a lot of carbohydrates.”

P4,

“My knees hurt a lot, that is why I think, because I am afraid, for example, they crack and make noise [knees], they make noise when I am on the treadmill or when I go walking...and I am afraid I have heard a lot of people say that a liquid comes out from here [points to her knees] from the knees, and, I am scared that something can happen to me.”

P5,

“It’s the conditions of life that each person has...work, eh, here were are in a country where there is a lot of work for a lot of people...working all morning and in the afternoon...I get afraid that if he [her husband] is driving home and he hasn’t arrived and I fall asleep and if I wake up and he still hasn’t gotten here and hasn’t called me that something has happened to him.”

P6,

“When I eat a lot of sweets my arms hurt [points to her elbow], my feet, my feet, hands, they swell, like water.”

P7,

“Getting dressed, dressing my self, also there are very pretty clothes and they are only available for skinny girls.”

P8,

“Well, yes, I tell you that it’s like an anxiety, it’s like something that comes to me (gets to me), to me, and I want to eat what I want... a sándwich...I say I want a sándwich, but i

don't want it on wheat...I get these anxieties for eating, like I said, things that are sweet...I feel depressed, alone..."

P9,

"Since we were already used to going to the store, grabbing sweet bread, and those things, that, we already know are going to be harmful to us, but we're still doing that."

P10,

"Because of my weight, overweight, I am suffering with a lot of back pain, my feet are full of varicose veins, ah, I can't, can't do my activities like when I was younger."

P11,

"My breathing, that's what it is my breathing...also, eh, there are times I am a little bit vain, like how clothes looks on me that, that, that would look good on one, and no, at looking at myself physically, well, doctor, that also affects me. It affects me."

P12,

"I get very depressed from having so much weight...I am repugnant, I had never had so much weight and this depresses me more to not want to do something better, that I know. It bothers me, you know, to be fat, and at times that they insult me for being fat."

P13,

"I have not been able to figure out, I just simply gain weight, I had no idea about, about all those carbohydrates."

P14,

"At times I feel lazy...I do some exercise or I go hiking, but when I am there... no, I feel, like, depressed, when I feel sad...I feel fat, I feel..."

P14,

“Sometimes we have to bring money, and I don’t have it, you understand, and because we all go out and share [cost] of lunch, well I am embarrassed/ashamed or well, these are things that...so I don’t go...I make up excuses and say I am busy”

P15,

“My husband insulted me...I got pregnant and I gained weight, and he said that he doesn’t like fat women.” [ex-husband]

P1, “I can walk more/jog more, I can walk, when I weighed 250#, it affected me event o bend over, bend down, or tie my tennis shoes...and, am, for running/jogging, for walking, because I would get more tired.”

P2, “And when one goes, also the vanity of a woman, when one goes to the store and one likes something in one size “v” how pretty, but what, we need to use a size XXL, and then our body, and I feel it affects us, how can say, our self-esteem. Aha, it affects that. Because one sees, well, these girls, like let’s say you, with this little figure, and we say how pretty, I like this dress, but on me it no longer looks good.”

P2, “Fatigue, it affects physically and mentally, because I feel that fatness produces sleep, produces sleep, en then one who is fat gets lazy..loses the motivation and interest for everything.”

P3, “Well, like I say, I have dizzy spells, I don’t know if I have high blood pressure or if I have high colesterol, or I don’t now, what is causing this. But, I think that the fatness does not help me.”

P4, “For example, when I got and take a bath, every time when I want to shave my legs, or wash my toes of my feet, it is difficulty and a lot of work to bend down, or to tie my shoes, ok, also to go up the stairs, my knees hurt a lot, and I feel that I get short of breath.”

P5, “There is no education for the parents. My parents are...farm workers, villagers, my mother ehh, studies her six years of primary school, my father didn’t go to school even one day, and, and, yes those times were difficult, and I start to think my parents without hardly any education couldn’t teach me how to eat differently, and also they weren’t available, to eat in a villlage a sweet bread was a habit [laughs]...so then I am now addicted to bread, to tortilla, and I have an addiction I love coke. I try every day to avoid and not drink it, or at times I only have one sip, but I love it and...”

P6, “Just thinking about going to walk [laughs] that I am going to go exercise, but that makes me lazy, it gives me more laziness.[to think about exercising]”

P7, “La experiencia es para mi que para la bolsa, porque si uno no come saludable, y sale uno a comerse una hamburguesa ...una pizza, gasta mas dinero, que cuando esta comprando comiendo frutas y verduras, local la carne para uno preparar lo.”

“The experience for me is for the wallet, because if one doesn’t eat well, and they go out and eat hamburgers...a pizza, they spend more money, than when one buys fruits and vegetables, and meat that you can prepare.”

NOTE: P7 feels it costs more money not to eat outside of the home than to eat well at home, though the common consensus was that eating well costs more as addressed by P2, P5, P8, P13, P15.

NOTE: see P13 regarding consensus on higher cost of eating vegetables or fruit

P13, “In buying [fruits and vegetables] it means I have to spend a lot, right, to buy a good fruit.”

P10, “When I have to forcé myself to clean the house, I have to take breaks for the same reason, if I exhert myself, it makes me feel very tired very fast.”

P11, “Also, eh, there are times I can be vain, doctor, like when I look at clothes, that it should look good on, that don’t, well to look at oneself physically, that too affects me.”

P12, “I have not had good experiences with foods, because in mi race, ...as I was raised I wasn’t taught to eat well...we...could eat from everything and it wasn’t a problem...it is difficult for me to eat fish, Shell fish, things like that make me sick, gross me out.”

P13, “Economic situations, is the thing that prevents us from eating well.”

P14, “I don’t go to the bathroom every day, I have to take things to go to the bathroom, and I dont’ want to, that, well, like I want to change, but it is very hard to, well, it is hard forme to be disciplined.”

P15, “The five a day do not fit, I don’t eat them, it is hard for me, I can’t eat breakfast...I Had an alcoholic dad, and a narcissitic mom...I worked for an employement egaency and I was in charge of the staff and the clients said don’t send me anyone fat, she isn’t going to be able to handle the work...My husband used to tell me he doesn’t like fat women, I think my daughter is embarrassed of me.”

Appendix K: Transcripts of Spanish Interviews P1-P15

P1
9.12.2016

1. mm. b.s esta mentalmente, comer bien saludable (probing) mentalmente: sana, físicamente, (Saludable),
2. peso, para mi 140#, otras cosas quiere decir peso salud: am, bajar de peso (ok)
3. comer saludable: retirar todas las cosas que me hacen daño, como las harinas, azúcar, comer mas vegetales como, comer mas verduras, mas pollo pescado, (me probe mas) ...y tomar agua tomar mucha agua y no sodas
4. no comer saluda... Para mi, significa comer que hando comer a cual quier lado, cual quier cosa que se me ponga enfrente...solo porque tengo hambre, y no tengo ganas de tal vez irme a comprarme una ensalada con pollo o con lo que sea, pero por ese momentito tengo hambre y so yo como algo no saludable para satisfacerme en ese momento (PROBE re satisfacerme) quiere decir que voro lo que veo enfrente entonces me satisfazo bastante sabiendo que no es saludable bastante (PROBING on “sabiendo que no es saludable para mi...”) sabiendo que tengo que comer mejor
5. 5 a day: SI
6. cabe: no muy bien por lo mismo porque estoy trabajand...yo manejo...so cuando me da much hambre yo na mas me meto a cual quier lado (Probe re cual quier lado...) she: significa que hamburguesas papas fritas si veo tamales..como tamales, si veo tacos... como tacos, si veo... (smiles) todo que veo
7. comprar prepara

Mi experiencia que no me dan ganas, soy muy floja para hacer de comer me para mi solita, ... y para mi futuro esposo tal vez cuando estemos casados cocinare para los dos (cuando dice futuro esposo ya tiene) she laughs si Ya le conoce (me casi) she: casi (I probe cosas saludables) She: cosas saludables como pescado pollo comer verduras, vegetables las cinco porciones al dia (me ok) she: y tener una vida mas, mas mejor. (tienes uno ejemplos o mas que nada no) she: no

8. decir obesidad: she una persona obesa que esta pasada sobre peso, pienso no se, esos lo que yo pienso, que estas pasada sobrepeso eso si como estoy yo.... Prácticamente estoy obesa porqueestoy.....pasada de mis libras...de mi peso...pero para otra persona no soy obesa porque ...normalmente una persona piensa obesidad como alguien super, super, extremadamente grande, grande, grande (breaths, light laughter smile) Pero yo se que si estoy (Probing cual quier otra información sobre que piensa que es obesidad) SHE: la obesidad es am, no se como ...sobre peso, sobre peso y y ...sobre peso, pero pienso, no se (Me good thank you) she: (smiles) no estoy muy informada (ME no problema, si it's ok)

9. 140# (Probing cuanto menos) como unas 190#

10. afecta: Que me afecta, como me afecta ...no entiendo (ME: clarify, hay cosas que nos afecta el peso, que quizás influye el peso, que seria eso para ud.) SHE: oh, bueno, para mi ya, ya perdi, yo pesaba 250#, ya perdi 20 libras...hace poco perdi 20 libras, pero yo había dejado de comer todas esas cosas hamburguesas, yo estaba comiendo muy saludable....y caminando muchísimo, caminando, porque se me hinchaban mis piernas pero ya no se me hinchan porque yo caminaba...empeze a caminar mucho y se me bajo

todo eso...(SIGHS) y ahorita empece otravez, pero ...que me había dicho de la pregunta?

(ME clarify and repeat question as she requested) SHE: oh lo que me afecta

anteriormente hera corer ahora yo puedo corer mas puedo correr, pero cuando pesaba

250# estaba, me afectaba si hasta para agacharme y arramarme mis tennis, y am, para

correr, para caminar, porque estaba me cansaba un poquito mas, mi ropa... (ME: me hico

hesto (i probed on her physical expression of shortness of breath to clarify) SHE: por lo

mismo de la incomodad de mi peso, caminar recio esta como, tenia que respirar un

poquito mas. Yo se que todavía tengo que perder mas, pero eso me afectaba a mi (ME:

ok thanks that's good)

11. Como afecta su peso (influye). Pues ahorita no esta influyendo mucho, pero si

quisiera yo, como, am, ya no me canso igual como era antes, pero se que tengo que

perder peso para yo sentirme mejor, y para mi salud también (ME: probing, lo que me

dijo antes (reflecting her words) agacharse...) She: caminar correr, no podía correr, hoy

si puedo correr,

12. actividades mas dificil: SHE: pues ahorita no, ahorita ya puedo, antes, hace uno 3

meses atrás, no, se me hacia muy dificil, como le digo, correr, hacer todo... agacharme,

también, ah, como para el trabajo me cansaba mas (Probing: ejemplos) A nononono, me

cansaba mucho, me cansaba mas de lo normal

13. que influye alimentos saludable (I clarify)

Que no coma: que cosa me influye, a mi no me afeca nada (Clarified) que causa, como le

dije para satisfacerme en el momento, como lo que es, sabiendo que no ah digo ah lo voy

a comer (sound), ah al ratito ya empiezo otravez a comer mejor

(Probing razones) por FLOJERA de comer en ese momento, (I ask, nada mas solo por la flojera) SHE: si porque tiene que ver con lo MENTAL TAMBIEN porque estas, tu cuerpo esta acostumbrado ya comer eso, so ya, como, Como ahorita en la mañana comi una ensalada. Usualmente voy a McDonald's y me como alla algo con café y whatever como hashbrown con café whatever whatever, y me siento mejor porque me siento llena, llenísima (with *forcé* in voice). Pero ahorita comi una ensalada, y cuando Sali, como Sali a la hora, que sali de allí ya tenia hambre...otavez...y dije voy a pasar a comer como a un lado, asi, ara yo estar llena con la comida, verdad. Pero, me olvido, que compre una bolsita de pistachios chiquitos, so me comi esos, y tome un poquito de jugo de manzana, y ya. Ahorita ya estoy llena. So no, no... mire tamales pero NO lo compre (Me; yeah ok, si le entiendo bien ---reflection of her words) I say: que piensa que no se va a llenar, SHE: Si oh no , no es que yo pienso, no me lleno...por ese instante si estoy y me siento light y siento que no he comido bien, asi siento yo, pues porque yo estoy acostumbrada a comer (me: acostumbrada), a comer muchísimo (she smiles and I smile with her and I say, I understand, ok)

14. Carbohidratos dificultad en menos? SHE: que me causa a mi, (ME causa?) oh porque mi cuerpo ya esta acostumbrado a este estilo de vida (Me: acostumbrado?) SHE: si, yo mi cuerpo ya estoy acostumbrada. Eso es lo que yo veo, y eso es lo que me satisface a mi. Pero yo se que tengo que comer menos carbohidratos. Menos asi Come el arroz y todo eso... Y lo he dejado muchísimo por eso he perdido 20 libras. Porque me ha costado dejar todo eso...pero ahorita como que estoy empezando otra vez el craving (Me ok I understand el craving).

15. mas fácil comer carbohidratos.... SHE: Porque son ricas, saben ricas, a mi me gusta comer eso, estoy acostumbrada desde chiquita comer cosas que engordan. Yo no sabia que era malo que no era bueno para mi...pero hoy yo ya se que no es bueno para el cuerpo...poreso es porque...uno.... Y luego, además, no hago ejercicio, si no hago ejercicio estoy subiendo de peso, pero si hago ejercicio, y como un poquito, es OK, pero yo me siento como mas satisfecha (laughs lightly),

16. En carb afecta a su peso? pues ahorita no estoy comiendo tantas carbohidratos, no mucho, menos, pero empece hace unos días estar comiendo hamburguesas y.... (gets quieter) no bueno (PROBING y piensa que le afecta eso los carbohidratos a su Peso?)

SHE: si

17. suficiente ejercicio? Hacer suficiente como una hora, una hora diaria para mi, o depende, tres tres a cinco veces por semana (Probing ejemplos) SHE: no mas

18. dificil hacer? SHE: nada, es las ganas, mis deseos, mis yo tengo un..como se llama, el membership, pero no mas no lo hago , pero voy a empezar hacer. tengo que tener una rutina para yo hacerlo. Pero si no lo quiero hacer, no lo voy hacer, pero se que quiero hacerlo, quiero perder mas de peso (she laughs, I join her in mirroring her emotion)

19. mas fácil hacer ejercicio? SHE: que se me hace mas fácil? (ME yeah), she: unclear, (ME: I explained the question, hay cosas que le previene, o que le causa dificultad en hacerlo, y usted me dijo que son deseos) SHE: no yo estoy acostumbrada hacer ejercicio todo mi vida, lo que pasa es que ahora no..... (quieter voice) entro una depresión, entonces yo deje de hacer muchas cosas, para mi. Pero ahorita, gracias a Dios, ya estoy sana de esas cosas, y quiero empezar otravez, ahorita estoy empezando otravez a empezar

(sighs) a hacerlo, (ME probing se le hace mas fácil ahora porque se siente..?) SHE: siento mas ganas mas entusiasmo y mas vida para hacerlo. Pero cuando estas en ese, en esa honda de depresión, no no no tienes ganas por problemas perosnales. No no no te dan esas ganas las de de salir y hacer algo ...hacer ejercicio no es dificil es las ganas y la motivación de hacerlo (ME: ok entiendo).

20. Incorporar ejercicio en su vida? SHE: si

21. dormir? Pues para mi? Pues dormir 7-8 horas, es lo normal para mi...es lo que dicen los doctores pero la verdad yo para mi, la edad que yo tengo y que yo e vivido 7 8 horas formier es suficiente, y también descansar, descansar en el dia, un descanso. (ME: que quiere decir descansar?) SHE: descansar uno de 15 a 30 minutos diarios en el dia es suficiente para descansar to cuerp o y tu mente para estar bien, agarrar vida otra vez.

Eso es lo que yo pienso. Porque asi me enseñaron mis abuelitos. ME: abuelitos, SHE: si tomaban sus naps a la afternoon

22. dormir previene: Nada yo duermo muy bien, gracias a dios

23. Facil dormir: a me me ayuda estar calmada mi cuerpo, porque si es verdad, aveces uno tiene energía para estar despierto en la noche, pero a mi me ayuda como...a muchas personas no le ayuda, pero a mi me ayudo ponder la tele aprendida, aunque dicen que no es bueno (she smiles laughs), pero a mi si, ..no siempre, pero de vez en cuando, es kind of like cozy like it warms me, just to listen to the radio, something talking, or the TV talking or like am, un vasito de leche warm, aunque sea calor o frio en el tiempo, whatever, eso me ayuda a mi a relajar me,

Reviewed 22: que se le hace difícil SHE: no siempre es difícil, pero a veces si anxious se que tengo que dormir pero me da como una energía pero no siempre...de vez en cuando.

Probing more re difícil ir a dormir:

24. dormir asociado al peso? SHE: no

25. dormir y su peso: no (not affected)

26. other info:

Oh estaba roncando mucho en la noche. Porque estaba mas sobre peso, roncaba muchísimo porque no podía (sighs deeply to demonstrate sob) respirar....Yo no sabia que roncaba, pero la gente que esta alrededor mio, saben, me decían que porque roncaba tanto? Tienes que agarrar, estas durmiendo y agarras un aire, un aire dice, (laughs) y si es verdad , porque luego me tenían que despertar para respirar. Se me hiba el aire, pero hera por el peso, aha, por eso también me puse a dieta. Y ahora ya no ronco tanto Pero si tiene que ver con peso, el ronquido si tiene que ver con peso, el ronquido, I think que si...porque ya no estoy roncando igual. ME that wasn't bad in terms of time (due to worry of length of interview by P1), she; thank you Mariana

P2 Sept 13, 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Pues en primer lugar, alargar la vida, si no tenemos salud la vida se nos acorta. El segundo lugar, optimismo para el trabajo, cual quier tipo de trabajo. Una persona saludable creo que, no seinte cansancio, no sehace las cosas mejor que cuando esta gordito se fatiga demasiado, no. Tercer lugar, podía calificarlo como que propensa a un... pordio cardiaco, me imagino, mucho colesterol... Y el cuarto, seria un ..de la familia porque si un integrado te falta, pues ya uno se dinivelo. Y si uno, pues, esta con salud, la familia esta bien también.

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Bueno, en mi caso, yo creo que no se, verdad. Redusco quizás unos 150 en mi estatura creao....de peso si no se mucho. Pero calculo, pero estar sobre peso afecta. (ME probing le afecta...) SHE: la rodilla, bueno, nuestro cuerpo

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Entiende que comer saludablemente seria comer fuera de grasas, eh 0 colorantes en las bebidas, 0 bebidas artificiales como coka jugo lo que sea, verdad, acepto que sea cien porciento natural, Tambien, eh como se llama, mucho vegetal, ah.... Grano, pero también creo que con una medida. Nunca he hecho comida saludable asi, pero entiendo lo que es eso. Comer algo que (aun) nos afecte. ... Granos vegetales carne... digo quizás una vez por semana, me imagino.

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Como le digo haber un pardo cardiaco como un ataque de corazón

Seria no amarse uno mismo, porque si yo no como saludable, me estoy matando yo misma. (no comer s.) seria comer lo que viene toda a toda hora en todos los momentos, y lo que caiga, a cual quier hora, no importa que sea. (she laughs), si lo he oído, que dice la gente que come y come por ratitos, pero honestamente, nunca lo he practicado.

Me podría dar unos ejemplos?.....

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)
Lo he oído, pero nunca lo he hecho.

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

Si tiene la oportunidad, que bueno. Pero bueno, en mi caso, como no trabajo, puedo hacerlo. Pero en el caso de mucha gente, me pongo la gente que trabaja yo creo que no pueden, depende del nivel en que se encuentren.... Si vamos a la fabrica, los Chinos no permiten que coman, verdad. Si esta en una oficina con mucha gente, yo tampoco creía seria ...eh si es bueno pero creo que no todo el mundo lo puede realizar creo...yo no lo se.

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b) (I clarified... como le va con eso, experiencias...) SHE: Sia mi me encantas las verduras, me gustan verduras sancochadas, me gustan las sopas incluso al pollo le quito la grasa...me encanta, me encanta lo que es el broccoli sancochado...lo que es la comida sancochada, me gusta. (ME probing re shopping comprara lo puede hacer) SHE: oh si claro lo puede hacer, y le digo me encanta, porque en la noche me encanta comer mucha fruta ...y durante la mañana, talvez, unos vegetales que guinea (plantain) que papas sancochadas. O si es sopas, hecharle las verduritas, si si me gusta. Me gusta ir a comprar cosas verdes me encanta lo que es ... (ME probing y preparar?) SHE: a también también,también, si, porque aveces me gusta preparar...porque veces cuando ya me estoy pasando yo digo bueno pues yo te cocino carnes caldito lo que quieras ... pero yo me hago una ensalada con tomate y pepino, y quizá un....pan allí tostadito, perono me digo yo...mejor como ensalada. Y allí un poquito a la

fuerza porque digo yo, hay que rico lo que hizo, no pero no, pero no, pero no, tengo que comer ensalada (laughs)

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Uuuh, obesidad, es una persona entiendo demasiada gorda, hay personas de que no pueden ni caminar, danan sus articulaciones, porque veo que no pueden su rodillas se le hinchan, los pies se le hinchan, el total la obesidad crea que es, eh...el desastre por la humanidad. Una persona obesa esta desastre en todo...salud...la economía también porque todo lo compra caro, no, porque no hay. Entonces para mi, obesidad es una enfermedad muy mala, muy mala, porque lamentablemente los Latinos lo tenemos ...muchos Latinos tendemos estar gordos (7:39 time code), no nos interesa en mantenernos bien...si no en comer, si no y bueno, lo que caiga. Como otra vez, también, la economía influye mucho, verdad, aveces aun que uno quiera comer sano, no puede, pues aveces no se tiene y se come lo que hay. Verdad, entonces eso creo que en parte lo que es la obesidad, comemos mucha comida chatarra si estamos afuera, verdad, entonces para mi al obesidad es la enfermedad mas dañina porque nos afecta todo nuestro organismo (ME thank you)

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Mm, le digo, 100 ..115

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

She asks: a mi propio peso (ME: I clarify, todo lo que piensa le afecta a su peso)

SHE: bueno lo que me esta afectando digamos en mi rodilla, porque por eso porque el sobre peos también dana lo que son las rodilas, dana lo que es la articulación porque

me duelen las manos, no puede tener algo mucho tiempo con las manos levantadas, porque me duelen las manos, y la parte de aquí (points to her own elbow) como se llama ...el codo, ehm a tener algo muy apretado se me duermen las manos me duelen, Hay veces que también cuando me levanto no tengo suficiente fuerza para levantar una taza...siento que que que duele. Entonces yo pienso que eso es parte de la obesidad. Porque yo siento que la circulación de la sangre, creo yo, no funciona. Otra cosa, afecta lo que es la cabeza, Por que? Porque uno gordo se fatiga demasiado. Y yo que me dio un derrame hace 10 años, y o siento a que uno estar muy gordo produce dolor de cabeza, me da como que no me oxigene el cerebro, la gordura me imagino, verdad, y mi ignorancia no se. Verdad. Pero si ..La gordura siento que me afecta mucho, lo que si me hagacho que no me puede amarrar los zapatos, que no me puedo cortar hacer un buen pedicure porque no puedo estar mucho tiempo doblada. Es algo, la verdad, la obesidad es algo incomodo. Incluso que para dormir estoy siento que ronco mucho, yo pienso que es por la obesidad, como si que, mmm pues la gordura pienso que como los ganglios se llenan de grasa entonces eso hace uno que también en la noche uno no puede dormir. Da vuelta, y vuelta, y vuelta, es parte de la gordura, yo quiero estar delgadita no se enrolla bien y se duermo uno tranquilo. Entonces, es muy mala para mi estar gordo. (ME about to ask, and I realize she wants to continue, I ask her to continue) SHE: y cuando uno va, también la vanidad de una mujer, cuando una va a la tiendita y le gusta algo una talla “v” que bonita, pero que, tenemos que usar una talla XXL, entonces nuestro cuerpo yo siento que afecta, como se dice, baja estima? Aha, afecta eso. Porque uno ve pues las niñas, o digamos Ud.

Que esta figurita, y decimos que bonito, me gusta ese vestido, pero en mi ya no se ve bien. Como, hace poco mi esposo mándame unas camisas y me dice metete esta camisa, y yo digo... digo señor, si es XL, pero pero no me la voy a poner porque me veo como que soy un chorizo (laughs), pues chibolas por todos lados, pues tiene que ser alguno flojo. Entonces pues pierdo lo que es parte de la HAVE (ave?) y esa femenina, digamos así.

REPEAT to clarify CAUSAN (cause affect weight vs what does weight influence)...SHE: pues digamos, no quitar la grasa del pollo, comer carnes rojas con mucha grasa, comprar aceite como compramos nosotros media baja de compramos aceites el mas barato no importa que tenga colesterol, mas que todo es que nos alcanza. EH comer cosas chorizo, comer cosas, cosas derivadas del cerdo yo que es siento yo tener grasa en el cuerpo. Siento que genera mucha grasa, que no tomamos mucha agua... por lo tanto no diluimos la grasa que tenemos, a menos yo siento que se me va prensando en el estomago, se va haciendo una ecarcha dura, y con el agua uno suda y va al bano, y siento que expulsa en cierta manera un poco de grasa Pero como no tomamos agua, y eso pues nos hace la grasa mas apoderarse en nuestro cuerpo, en mi cuerpo.

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3) (that was answered above) I restated 10 regarding using the Word CAUSAN vs. influye as it changed the meaning for her, SO here she will answer CAUSAN for 10.
Fatiga, afecta físicamente y mentalmente, porque yo siento que la gordura produce sueño, produce sueño, entonces lo uno gordo se hace lo que es

agarran...pierde el animo y el interes por todo. Que dice uno, no pues, estoy gordo...ni modo, que ...entonces uno le hace uno agarran, le le quita el animo, pues, porque uno dice bueno yo quiero saltar cuerdo porque, no puedo me duelen las rodillas, me canso rápido, verdad, entonces eso

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?
 Si por ejemplo levantar peso en general, cajas, hoyo, cual quier peso lo afecta. Afecta porque uno no puede agachar, y cuando se levanta le esprime todo y cuando yo hayo uno hoyo o algo(:)?) y estoy mucho tiempo agachado y me levanto comienzo a ver lucitas . Yo siento que eso es parte de mi gordura. Que me bloquea como la sangre en el cuerpo....verdand entonces, este, ahhh, (She lost her train of thought re question ans asks, “Repitame la pregunta”, so I repeated the question)
 SHE: Si otra cosa es caminar al caminar uno uno, yo siento que mi me fatigo mucho hay veces e ido a correr, y no pues no es como antes, que uno delgadito corre por decir algo pues hacerle una cuadra entera...uno gordito no, ya corro la cuarta parte (1/4) bueno y hay voy hay voy LLA cansada.

Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c) (More clarification needed as afecta to her means what does eating healthy affect, vs. what affects your eating healthy foods... Influye works influences your eating well.
 Mi bien estar, mi bien estar es lo principal seria eso. Mi salud. Mi tranquilidad de estar bien. el poder de verme bien. Poder sentirme bien. Me produce a comer me Motiva comer aquello
 PROBING: que le infuye NO comer saludable: SHE: como le digo, en parte los latinos, es la economía... pues uno no puede.. oh no quiere...porque creo que EL QUERER ES PODER, en vez de comprar una libra de carne aver si compro \$4 de verduras, verdad y yo creo que es no querer nosotros El no desearlo bueno, y uno no desear lo bueno, entonces es lo que uno le tiende a comprar comer lo que no debe de comer

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

Mareo, cuando yo como, digamos, no como algo dulce, como digamos pan dulce y café en la mañana, entonces a mi, la falta de dulce me produce mareo. Entonces si yo no como lo que es el pan como algo, me duele la cabeza, bueno eso es en mi en mi persona, verdad. Carbohidrato en exceso bueno, si es malo, pero yo siento que si necesitamos, porque el balance, verdad. (Me acknowldege, ok).

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

Tal vez la ansiedad a comer lo...aun que no se necesite, y aveces uno va al super, y quiero dulce y ve un dulce, va lo voy a comprar, y me lo voy a comer, y la falta de voluntad de uno definitivamente de no hacerlo, y viene hacerlo. Osea no tenemos, a menos, no tengo la fuerza de voluntad, ni el deseo de de, como se dice, de dejar de comer los carbohidratos, OTRA cosa quizás por la falta de información que uno tiene. Porque yo veo, los Latinos comemos un poco mal, lo que Ud acaba de decir ... comemos arroz, ok vamos almorzar...comemos arroz, comemos macarones, le pones que crema y (derrivete)tortilla, y el total de allí, llenamos el estomago con le que alcanzamos y tenemos allí. Pero viéndolo bien al final que terminamos, que todo es azúcar...porque son harinas. Verdad, y en la cena, pues comemos frijoles comemos crema comemos tortilla comemos pan, volvemos a comer...carbohidratos. Verdad. Por la falta de información también, y y pues, ah, porque no saber lo que comer, amenos en mi caso, yo digo pues que como? Que come? Y que hago ahora? Bueno voy hacer tal cosa....y,y,yy si este, tal vez se que es malo, como le digo yo, el arroz el macarroni, y la tortilla en el almuerzo, verdad, entonces, este, que no esta bien. Porque no son esos, y terminamos en que? En carbohidratos....el exceso de carbohidratos.

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Eh, eh... Por ser harina, no? Siento yo, de que, eh, tal vez en la circulación de la sangre...porque dicen, no no se, que el azúcar ya mucho tiempo se va pa la

sangre, se hace diabetes, y por mucho dulce, porque el dulce, dulce, dulce, dulce, y solamente azúcar, acucar, azúcar, se viene al cuerpo que solamente ya no esta inmunizada tanto porque le mentemos mucho carbohidratos. Y comienzan ya ya ya los problemas de salud por mucho azúcar.

PROBING: En su propio organismo, com le que le afecta el carbohidrato (I also used reflection of her statements to reiterate her previous points): SHE: a la verdad no me he puesto a pensar en que me afecta. Primera vez, osea, no me pongo ...no me eh puesto a decir....lo único que se, si se que todas las harinas se convierten en azúcar...Eso es lo único que se. Verdad, y que me puede afectar, pues como le digo en eso, no como en la circulación, pero si no me he puesto a pensar definitavada que me puede afectar, pues ignoro Nunca he estado con una dietista nunca he estado, eh ah, se me a metido a (..) meter me en la computadora cuales son los alimentos sanos, cuales son son, los sanos, ...Simplemente como lo que esta.

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

O, pues es bueno, porque hacer suficiente ejercicio, significa ponerse mas dócil, eh adquiere mas energía, vota las toxinas no buenas con el sudor, verdad, eh...sube el auto estima porque uno se siente como, como, como que, como que mas joven, mas alegre, mas liberal en su cuerpo. Al hacer ejercicio es excelentísimamente bueno. Para mi, para mi, eh, si voy a trabajar, me da mas energía de trabajar. Ya no voy con esa pereza, y por que, Porque he hecho ejercicio, y, y ,y y mi cuerpo pues lo asimila asi.

Tiene unos ejemplos?

PROBING: que quiere decir hacer suficiente ejercicio? SHE: yo creo que no estaría bien, porque si hago demasiado ejercicio, entonces, este, siento que estaría forzando mi cuerpo, hacer algo que no lo necesita. Yo creo que el cuerpo también todo tiene que ir con medida, todo ejercicio con medida esta bien, como todo comida con medida esta bien, como se esta haciendo en la vida con medida esta bien, Entonces para mi, el demasiado ejercicio seria como tener un desgarre ...como producir en mi cuerpo, eh, tal vez, como se llama, mmmque.....que como le puedo decir, tal vez danos en mis pies, verdad, o en mis piernas, tal vez que se revienten algunas venas por hacer demasiado ejercicio...que no lo necesito, y el cuerpo no esta destinado para eso...Para eso hay personas especiales que hacen gimnasia, y pueden hacer todo el dia gimnasia pero ya educan su cuerpo. Pero si yo ahora me pongo hacer 3 horas, y mañana no hago nada, entonces allí creo que cometo un error ...Mejor 15 minutos diarios toda la semana, no tres horas una vez a la semana. Porque me estoy forzando... creo yo.

(ME PROBING: Suficiente) SHE: ...para mi digo 1 hora al dia pienso que seria suficiente para pues para mantenerme, para liberar me, para sentirme bien en mi cuerpo. Creo que para mi, eso seria 1 hora, es suficiente. (PROBING 1 hora cuando?) SHE: seria 1 hora al dia.

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a)

En mi casa, en hacer ejercicio, eh, es por la rodilla. Pues yo iba a correr a la milla aquí, pues al principio, cuando yo ya me empeze a engordar, sentí pues el dolor de la rodilla, y ya no corria, ya caminaba, y aunque caminaba, aun el dolor...y el dolor y el cansancio. Entonces, yo siento que para mi la gordura me impide hacer ejercicio verdad...Si lo puedo hacer con moderación, y poco, pero no un ejercicio come se debería hacer...como el correr, come agachando mas...mas ágilmente...entonces, eso, eso, eso le impide a uno. Verdad. Al poner las manos hacia el suelo, pues llega hasta la rodilla, entonces eso impide ...hacer el ejercicio.

(Reflecion Probing, otra situación) Bueno, tal vez lo que nos afecta a todos, seria el tiempo. Porque vivimos en un país que consume tiempo, verdad, entonces este, las personas llegan muy cansadas...ya no puede hacer ejercicio, el cansancio no lo deja, ...puede mas el cansancio del sueno, el dolor del cuerpo, el trabajo, que ir hacer ejercicio. Entonces hago ejercicio y siento que ya lo cosa no esta bien. Ya, ya termino mas cansada, ...pues el cansancio siento que impide el hacer ejercicio,

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

Una de las cosas, lo mas probable, seria en mi caso, seria caminar...caminar mas, caminar mas, caminar mas, y conforme yo vaya introduciéndome y metiendo otro tipo de ejercicio. Por decir, tal vez no un ejercicio pesado, hacer un ejercicio, como veo allí como Pilates, que es un ejercicio no fuerte, Si no un ejercicio suave, pero bien coordinado. ..verdad, eso siento de que, que...me podía como, eh, meterse allí, porque no comienzo con dolor, si no que comienzo con lo que yo puede hacer. ..verdad, con lo que alcanzo hacer...pero el caminar pienso que es una de la base principal para irse metiendo ... lo mas que uno aguante, tal vez una cuadra un dia, cuadra y media el siguiente dia, las dos cuadras el segundo dia, pero es asi, Para mi el caminar creo que esta bien, ya luego n va ser caminar, ya va ser correr la media cuadra, despues ya no va ser correr la media cuadra, tal vez va ser un ejercicio de cintura ...un ejercicio de brazo...entonces, pero poco a poco irme metiéndome lo que es al ejercicio

(Probing otras cosas que le influyen que son cosas que permite, reflection) SHE:
la base principal de todo el mundo, es el tiempo, si yo no tengo tiempo no puedo hacerlo

Segundo, vivir en un lugar, quizás sería como para motivar un parque, donde pueda ir y ver otros correr, o ver a otros caminar, entonces eso me motivaría, voy ir al parque ... aparte que me de-estreso, camino y hago amistades con alguien ... comienzo a platicar... eso me motivaría hacer un ejercicio. Porque si vivo en una ciudad saturada, una ciudad donde solo hay edificios y carros, entonces no fuese como voy a ir, o una ciudad, como Pacoima, que da miedo pasar en su zona, entonces yo no... mejor me queda en la casa así caminando y yo sola en mi mismo cuarto, pero no me voy a poner a correr y que me asalte una persona. ... verdad, entonces, este, eso es lo que motivaría en mi caso..

Primero, el tiempo, el tiempo que yo tenga, Segunda que haiga un lugar como parque, o que la colonia, el lugar donde yo sea, sea sano... verdad, que conozca mi vecino, muy importante conocer mis vecinos. Porque si yo se que en la siguiente cuadra hay unas personas drogos y que toman, no pues ni me acerco allí, conocer el medio donde uno vive, para motivarse hacer ejercicio.

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Claro que si! Todo el mundo podemos hacer ejercicio. Por ejemplo, si yo aveces estoy lavando los trastes, estoy poniendo mi pierna por un lado, la otra para el otro, el otro para atrás, entonces estoy haciendo ejercicio, y a la vez, estoy trabajando... verdad, oh, oh, hay veces voy en el carro con mi esposo... ando una

pelotita, y me pongo hacer ejercicio con la pelotita, y me muevo mis manos, me voy sobando, osea motivo para hacer ejercicio, perdón pretexto para hacer ejercicio NO hay...porque si uno esta barriendo, es un parte de hacer un ejercicio, y su uno lo hace con ritmo, bailando, jugando, pues esta haciendo ejercicio y esta quemando grasa. No tiene que ser, digamos, algo serio, que barrer ya, como la tradición, uno dice no no no, uno puede ponerle energía, alegría al que hacer, verdad, como, con ejercicio. Con ejercicio. Entonces, no hay ningún pretexto. Si hay mucho motivo, como le digo, caminando si no podes ir alla afuera, yo me pongo a caminar en mi propia casa correr en mi propia casa...a salta en mi propia casa...agarro la escoba, y me pongo atrás me pongo a balancear, no sea ...escusa No hay. Si podemos, aunque sea 5 Minutos al dia. Si podemos.

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Dormir suficiente, creo yo, que depende la edad. Y el nivel que vallamos a tratar, porque en mi caso para mi el dormir suficiente en mi experiencia seria dormir, que...7-8 horas, verdad, también tal vez por mi edad, cansancio, por lo que sea, pero pues si no tal vez por una 6 horas seria lo ideal, verdad. Pero tal el dormir suficiente no es también bueno pero si yo me paso de las 8 9 10 horas, yo me ponía a experimentar uno se levanta con dolor de cuerpo y se levanta sin ganas de nada ...eh bueno uno se levanta enfermo. Al dormir demasiado, en vez de ayudarnos, nos afecta porque uno se levanta enfermo, perezoso, mas que todo yo puede experimentar eso...dolor de cuerpo, (ME Thank you)

22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Que le hace que me dificulta dormir suficiente, yo diria tal vez, un problema familiar, eh, el estrés del día, de tan estresada que aveces uno esta que se acuesta pero no se duerme, verdad, eh, pues una enfermedad, uno no puede dormir tranquilo con una enfermedad, por eso aveces me duele mucho la rodilla, ya me duele, y me duele, y puede mas el dolor de rodilla, que el sueño que tengo. Osea que me levanto a poner me Bengay con una benda, y trato de dormirme, aunque me esta cayendo el sueño, no puedo dormirme, porque me hace el dolor.

Entonces una enfermedad impide que uno pueda descansar tranquilo.

Otra manera, que uno ...uno...uno..no puede descansar tranquilo es una cama inadecuada, supangase que yo duermo en una sala o que se yo en un sofá, no es lo adecuado, entonces, en vez de descansar, obligo a mi cuerpo a estar cansado, porque no puedo dar me vuelta o no me duermo bien, no duermo del sentido del incomodo...de, de una cama adecuado creo que es muy importante para consiliar un buen sueño. Una buena almuada es importante para consiliar un buen sueño.

(PROBING que se le hace mas fácil dormir suficiente) SHE: tranquilidad y paz estoy tranquila tengo paz duermo suficiente lo que debo de dormir

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3) Si..porque una persona que duerme mcho no hacemos obesas...por el sentido porque comemos y no s aostamos...en todo no le damos al cuerpo a quemar la grasa...y como nos levantamos agarranes...tampoco hacemos ejercicio. Entonces, que nos

levantamos a comer, comer dormir, comer dormir, comer dormir, entonces esto, eh, no es bueno. El dormir demasiado no es bueno. Porque nos agarai un desequilibrio tanto emocional en todo nuestro cuerpo como este, eh,eh, en los labores, entonces no no no, eso nos engorda mucho. Porque una persona que duermo pasa mucho tiempo, pienso yo, deprimida, verdad, y siente que ().... Por una enfermedad ..porque dormimos simplemete porque queremos estar invernando (hybernating), no veamos los osos que invernana...están muy gorditos (she smiles)...porque solo durmiendo pasan... Entonces, lo mismo lo pasa a nosotros ...verdad, eh, yo siento que nos afecta nuestra mente ...porque una personal que duerme no tiene la capacidad, y la agilidad, para pensar porque estamos todo el tiempo solumbiendo (sonambulate) durmiendo durmiendo durmiendo, vedad, no le damos a nuestra mente despertar una idea ...el despertar con una energía... y Por que, porque somos muy dormilones, entonces eso nos afecta mucho lo que es al peso....definitamente nos hace gordos. (ME ok, nod).

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

No, no por que, porque mi esposo se va temprano a las 4 de la mañana, 5 de la mañana, preparo su comida, tengo un tiempo para orar (praying), leer la Biblia, ... Eh, el peso, yo, eh, siento que me afecta mi, en lo personal, por la.... Por escoger mal mis alimentos...por comer lo que se me pone adelante
 Segundo por no hacer un ejercicio...entonces un ejercicio adecuado
 O una educación de rutina en el ejercicio Entonces eso yo siento que a mi peso le afecta

O si ando afuera con el ...que que churriots en el carro o que comprate una coka pues por que churritos sin coka no funciona...y si solo coka no, o un café que si no va acompañado con mi pancito no hay café....porque eso lo que digo a mi esposo ...un café en el 7-11, si pero con pan. Y mas comprar café, ni me lo compres...entonces que hay va mi café y mi pan...y que churrito que coka... entonces como, entonces como rebajar? Si Estoy comiendo comida chatarra ... y Lo peor del caso es que lo se, y no lo hago...eso es porque el caso porque sabemos lo que es malo, y sin embargo a lo malo lo decimos bueno, y a lo bueno lo decimos malo, verdad. (ME acknowledge) SHE: no estamos educados creo yo, necesitamos mucha educación, con respecto a nuestros buenos habitos, eso es en lo personal mio, verdad... no estoy educada...

Si yo tuviera un consciencia plena que la comida chatarra va hacer daño ... pero una consciencia que de verdad, de verdad diga, MIRE el churrito le van a dar cáncer, sighs No entonces no lo como, como el cigarro yo nunca e fumado, pero mucha gente fuma y fuma y dice MIRE le va dar cáncer se va morir, y dice Oh asi esta bien gracias (she is mimicking a theoretical conversation), Pero no paso de allí, Por que, porque como no esta educada y aunque la gente se le diga ...osea no se le plantea la realidad de las cosas. Si a mi, si Usded me digiera, “mire, Senora (she states her name), Usted esta tan gorda (emphasizes gorda), que solo tiene 3 meses de vida, porque la gordura le impide el corazón y que las arterias,” She replies to her conversation, (herself) “EEEE, tanto, asi, tanto asi?” a no pues entonces mira, hago lo que quiera, digame lo que quiera, que como lo que quiera,

tratate de hacerlo pero no mire, yo quiero botar (41:20 sec time) este peso... si eso me va a matar... Pero, pero como no hay nadie que le diga a uno ...verdad..este, uno, uno prefiere venir a consultas general consultas de mujer porque es algo que lo vemos diario... pero nunca una nutricionista. Lo uidmos (avoid) como si fuera algo NO NECESARIO. Y al contrario, ustedes los nutricionistas son las personas, la clave del éxito. Porque sin ustedes, digo yo, no hay una vida sana. Pero lamentablemente nos hace falta mucho a los Latinos creo a que a mi parte de gente, porque no tomamos en serio la vida. (ME ok, thank you).

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?

Si, como comentario, seria bueno, que si como el gobierno se preocupa de hacer campanias de vacunación, hacer campanias de los dientes, deberían de hacer campanias de nutri...cion...alidad, algo asi...porque pues eh supóngase que Ustedes van a un parque, y yo tal vez no tengo un seguro, o les conozco, porque mucha gente, le digo preferimos ver una novela y no un buen programa de nutricionista, pre preferimos ver H pirrito (a TV show) y no ver como hacen una comida sana. Entonces, por ley nos vamos a lo malo, entonces yo digo,digo... si el gobierno impulsara campanias de salud, verdad, de información, osea ah, ah, asi como cigarro borbarnea como la coka borbandea como el restaurante borbandea , como menciona la carnita, yo creo que asi seria bueno también que ustedes tengan sus Cunas (cunias) con el gobierno. Verdad Y asi poco a poco nos vamos ir educando...verdad, eh eh, para buscar mas ayuda de Ustedes y que

haiga, pues mas, mas facilidad...verdad...porque la gente tampoco puede ir a una clínica .. pero si el gobierno dice, bueno voy a pagar a tanto nutricionista que valla y ensene, verdad, y que le ensenen en la importancia de la gente el cuidar su vida. Y gracias a Usted, vi el azulito y lo guarde y luego ud. Paso, y digo yo...bueno me voy a si tengo tiempo no voy a dejar esta oportunidad voy a ver que me dicen, pero yo voy a ir, a que no importa, que yo voy a ir, y por eso es mi motivo de yo estar aquí por cierta manera, el nombre dice nutricionista entonces algo bueno voy a sacar, digo yo, no va ser nada malo, algo bueno voy a traer de allí. Y pro eso, pues gracias, le agradezco la haberme invitado aquí con Ustedes

Me (Researcher), "Gracias por sus respuestas."

P3b Sept 14 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Estar cuando uno visita mucho a los doctores, no se siente uno mal, esto es lo que es tener buena salud, no se enferma uno frecuentemente (probe) yo pienso que eso es todo

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

un peso saludable, para mi seria, haveces uno se fija uno esta la altura con el peso, tiene que estar uno mas o menos uno, si uno esta si su altura no va con su peso esta sobre pasado (probe SALUDABLE): cuando uno se chequea lo gordo del cuerpo uno tiene que estar a cierta cantidad para uno tener un peso saludable

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c),

Comer saludable, ah, tratar de evitar las cosas grasosas, comer mas, tener mas frutas y vegetales uno en su comida diaria, ah tomar vitaminas, eso seria parte de estar saludable, hacer ejercicio

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

No comer saludable, ok, cuando uno no se fija lo que esta uno consumiendo al cuerpo, como comer de toda clase de comidas mucha sal, m azúcar m calorías todo eso pienso que no es saludable.

Me podría dar unos ejemplos?..... bueno como le dije uno los ingredientes que se pone a la comida....hay ciertas cosas que no son saludables, oh las bebidas que uno toma también quehay que mantener su cuerpo con mucho liquido para tener su cuerpo saludable... (probe about examples que son esos) SHE: pues comida frita, hay comidas que les hechan muchos....lo que tray los preservativos,

aveces no ayudan. Como los pollos que les inyectan mas para que estén mas grandes, todo eso pienso que no es bueno comer, Pero la comida diaria, es lo que uno consume.

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)

Si, voy con mis hijas al programa de WIC y les enseñan los planes de comida a uno y sus hijos que debería de uno comer y a enseñarle a sus hijos comer también...si...tiene que tener eso uno esas porciones de vegetales, frutas diario y aveces no lo consumimos diario

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

Casi no, no la uso, no la practico como debe de ser, los vegetales las frutas es lo que menos los consumimos aveces, y mas harinas, es lo que uno mas consumimos, pasta...ah, so es difícil mantener una dieta asi

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)

Lo que escogemos aveces cuando vamos a la tienda para cocinar, no consumimos muchas verduras ni fruta. La verdad, en mi vida diaria, es lo que menos tenemos, hay mucha pasta, tortillas, carnes Y los vegetales es lo que menos Tiene unos ejemplos? (Probing, sus razones y experiencias) SHE: pienso porque no nos gustan, no estamos acostumbrados a la fruta ni las verduras diarias...también ...bueno como mis hijas no se acostumbranron y no lo comen mucho, so no les gusta y no lo usamos mucho en la casa, aunque sabemos que es bueno y que deberíamos de porque es saludable para mantenernos y tratar de comer menos carne roja

PROBING va a comprar y no lo compra; SHE: si, deberíamos pero no PROBING y en preparar las cuales son sus experiencias: SHE: verduras, lo único que se como preparalas es como a vapor ...es lo único..no ahh...como no las ocupo, no las uso...no se que otra clase de cocina se sea frita, al horno, oh usualmente solo al vapor

Probing y de las frutas? SHE: pues de las frutas, aveces compro pero se hechan a perder...nadie se las come en la casa, al menos que yo las haga, las prepare, las pele, las corte, y ya este lista la fruta, aveces se las come, pero casi siempre no la compro por la razón que se hecha a perder

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Una persona que esta sobre peso, este, pues muy gorda (laughs) (PROBING: algo mas) SHE: no saludable riesgo pues de agarrar alguna enfermedad como diabetes, alta presion

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Para mi seria 125-130 (her phone goes off in her bag). Es lo que pesaba antes de tener hijos. (Probing she mentioned since having kids how long regarding her kids) SHE: ya tengo 18 anos, pues me a costado mucho poder regresar a mi peso y mantener me

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Para mi yo pienso el stress, ansiedad, pero mas el estrés, avees uno, como no pensándolo, solo como uno aveces por comer, no porque tengo hambre, solo por comer. Y siempre el cuerpo me pide, como, cosas dulces, grasosas, es lo que se me antoja mas, que lo saludable. No pues como las verduras, las frutas, como los vegetales, como eso NO. No me llama (laughs, ME: ok and reflecting what she said) SHE: también el trabajo, donde yo trabajaba antes, pasaba sentada todo el día, so comia sentada, y casi no hacia mucho movimiento. Pasaba todo el día sentada, y siempre no llevaba comida, todos los días teníamos comida no tan saludable...como pasteles, cupcakes, pastas. Pienso que eso tampoco no me he ayudado, pasar 8 horas en una silla, y llegar a la casa y no hacer ejercicio.

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

Pues aveces me da depresión, de ver que estoy muy gorda, y...yo pienso que eso me, como me para, de que yo no haga mas. El peso, am, también no me esta

ayudando con mi salud. No me siento muy saludable, he estado experimentando como mareos. Lla tengo mucho que no he ido con el doctor, No se como este mi salud, ahorita. Pero siento un cambio, en el cuerpo. No me esta ayudando el peso, estar sobre peso.

(Reflecting what she said about depresión) SHE: me da depresión pero también cuando voy a las tiendas para la ropa, es difícil ayar ropa para mi size. Eso es otro problema, pues como le digo, la salud, estar sobre peso para mi, la salud, (ME Probing she said salud, I ask en que forma piensa que le afecta su salud?) SHE: Porque como le digo he estado teniendo como mareos. No se si tengo alta presión, o si tengo colesterol alto, oh no se lo que me este causando eso, pero pienso que la gordura no ayuda...no me esta ayudando

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?
 Pues el ejercicio. Yo trato de hacer el ejercicio pero siento que no, no se que clase de ejercicio debo de hacer, cuando corro me duele mucho la cabeza. He tratado de hacer otros ejercicios, y no me he podido motivar hacerlos. So siento no motivación, para poder tratar de bajar de peso (Probing repeat what she said, and then asked if there was more, piensa que hay algo mas) SHE: bueno yo pienso que los problemas personales que uno tiene haveces le evitan de querer tratar de bajar de peso, o de comer lo que debe uno de comer, o no tener el tiempo para hacerlo
 Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)

Cuando empiezo a pensar de mi salud. Ya cunado me siento un poco enferma, entonces ya pienso oh no lla tengo que tratar de comer algo saludable, y bajar mi peso, porque lla a mi edad, lla estoy poniéndome mas grande, so la edad no ayuda también. So, yo pienso que me motiva un poquito, porque también quiero vivir mas anos, (PROBING en el futuro) SHE: si en mi futuro, y también tengo a

mis hijas, mi nietas, quiero vivir un poquito mas larga la vida, saludable (she smiles and laughs silently I laugh with her- me-alright I understand, algo mas con eso?)

Probing...algo mas) SHE: pues como le digo, tratar de hacer algo para su vida y por el futuro.

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

Yo pienso que mi cuerpo ya esta acostumbrado a los carbohidratos. So es algo que lo necesita diariamente. Ya tiene una rutina uno como el pan con café en la mañana, o las tortillas, las pastas, entonces es como una rutina que su cuerpo se ajustado lla la rutina

Probing algo mas/ambiente: SHE: pues también con las personas con quien uno se junta con la familia, o sus amigas que uno se junta. Casi uno la gente donde uno va siempre hay puro carbohidrato, yo no miro las ensaladas ni frutas (she smiles, I giggle with her) it's like ohh una carne con tortillas, es mas dificil dejar todo eso

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d) (clarify)

She y ahora mas, like 14 familia etc.. SHE: también los carbohidratos son mas baratos esto es mas cuando uno va a comer ...las comidas de ciertos lugares es mas económico , lo barato es malo porque es mucho carbohidrato...mucha masa, mucho frito, con las cosas saludables son mas caras

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Yo me he dado cuenta, que, lla tengo como 10 anos, tratando de bajar peso, pero pues también es lo que yo he consumido durante ese tiempo, no, no es nada

saludable. Yo si procuro carbohidrato, so yo pienso que eso no ayuda. (probe) Si si me aumenta (carbs)

No se si, porque no me he chequeado, por el doctor, ya tengo como 6 anos que no voy a un doctor, no se si yo tengo tiroides, porque yo se que la tiroides...am, mi mama sufre de eso...y sufre de la que no puede bajar ha subido mucho de peso. So pienso yo, la ultima vez me digieron que no tenia, pero es hace 6 anos. So quien sabe ahora, me he notado que me ha costado mucho bajar...no puede seguir una dieta, es muy dificil, y tambien me pone bien debil... cuando trato de comer menos. (PROBING que quiere decir dieta –as she used the Word dieta) SHE: pues he tratado las dietas esas de Herbalife solo toma un shake en la mañana, el almuerzo, y otra vez otro licuado, es muy creo que muy extremo para dejar las comidas (ME probing clarifying sin comer?) SHE: solo el licuado, mi estomago ya se ha hecho mas grande que ocupa mas comida. (ME clarify que otras cosas cuando Ud. Dice dietas me pongo debil) SHE: cuando trato de comer puras ensaladas con pollo no me llenan... y lla que termino algo de comer, necesito algo como el carbohidrato, un pan, o una tortilla, algo con la ensalada. No puedo hacerlo solo la ensalada, o solo una fruta, siento que necesito comer mas. Y es cuando vienen los carbohidratos, en vez de la fruta me como un pan, y el pan me llena mas que la fruta.

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Yo pienso que una hora de ejercicio como caminar o hacer cardio ... le ayuda a uno diario y es algo que no lo hago. Pero no se que... he oído que eso es muy saludable para uno

Tiene unos ejemplos?

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a)

Pues no me gusta hacer ejercicio, lo estoy haciendo me estoy mirando el reloj para ver cuando se termina la hora, cuando me pongo voy hacer 30 minutos y estoy enfocando mas en la hora que en lo que estoy haciendo. Pienso que, porque no me gusta el ejercicio, se me hace difícil hacerlo

(PROBING otras cosas) SHE: pues no tener tiempo uno para ir hacer ejercicio o también dinero, no poder pagar algún gimnasio, alguien quien le entrene, es algo que se les hace mas difícil para que alguien haga ejercicio. (Reflection no le gusta, tiempo, dinero)

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

Mas fácil, a lo mejor equipo para hacerlo en su casa, puede ser algo que ayude, compañía que alguien le motive a una (motivar con otra persona), hacerlo mas fácil, hacerlo como en grupo con las personas, también

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Ah yo pienso que si teniendo la motivación y el tiempo para hacerlo, yo puedo tratar de hacerlo parte de mi vida diaria. (PROBING:) Si tuviera tiempo, equipo en su casa. (Probe este momento es posible) SHE: ahorita no pienso que es posible, no estoy muy estable, eso también eso no me ayuda hacerlo. Bueno

porque ahorita no tengo trabajo, me descansaron hace 3 meses, eso no me ayuda enfocarme en la salud, y en el ejercicio.

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Pienso que una persona que duerme 8 horas pienso que ayuda mucho. Ahora que estoy ayudando a mi hija con sus babies he experimentado (means experienced) no dormir so es, se siente uno demasiado débil, y cansado. Entonces, el dormir uno 8 horas, tiene uno mas energía, hacer mas actividades en el dia

22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?

Yo pienso que cuando uno tiene muchos problemas, haveces se le quita el sueño de estar pensando de lo que uno va hacer, que va hacer para el siguiente dia, las actividades. Pero, es lo único que se me haría pensar ahorita que se me hace difícil, casi el sueño no es algo que ara mi me molesta. NO he tenido ese problema como insomnio, de no poder dormir. Pero yo pienso que alguien que tiene muchos problemas pensar, lo que piensan en los problemas....se nos hace difícil

Si uno se queda viendo tele tarde, (laughs) pero eso no es un problema, el cuidado de los niños, puede causar también eso.

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Pues cuando uno esta Cansando, cansancio, si uno ha hecho muchas actividades, leer, leer en la noche también causa se le hace mas fácil a uno dormir, o oír música. (ME reflect what I Heard) SHE: eso me ayuda a mi, si he tenido un dia con muchas actividades

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Si pienso que si, aveces se siente uno muy débil, fatigado, como uno que tiene anemia, el peso gordura puede causar mucho sueño (Probe me I clarified the

question, si lo entiendo bien cuando uno tiene mas peso tiene mas sueno y duerme mas?) SHE: si eso si

Yo piense que alguien que no duerme aumenta mas de peso (I clarify) Puede ser balanceado, uno ol otro, depende de la persona

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

Yo pienso que no, no me afecta el dormir, ah, lo que me afecta mas es cuando no duermo, porque como mas durante el dia. Si es cuando no, también otra cosa es la cafeína es algo que me mantiene, si no tomo café un dia paso todo el dia sin ganas de nada, sin ganas de salir, me pone débil, me da sueno, sin energía (PROBE cafeína) No tener sueno en el dia, me ayuda para mantener el dia ...con la cfeina ya me siento mejor caminando lo que tengo que hacer, y noto cuando días no tomo no quiero ni salir, solo quiero pasar acostada, en el sofá, sin ganas de nada. Eso eso es lo que he notado, Cual quier cosa, cafeína, como la soda, pero no son cosas buenas pero pienso que no me ayudan a bajar de peso

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?

Si como le estoy diciendo, necesito como un blance en mi vida primero, y por lo que estoy pasando pues no pienso que no, hay días que si me da hambre de comer, y hay días que no. Entonces es como, depende en el dia como uno esta. Haveces el café me quita el hambre o aveces me puede dar mas hambre. Siento que también hay días que me baja el azúcar, tomo café y me siento como bien débil, y es cuando me da mucha hambre. Y hay días que tomo café, y no como, me quita el hambre completamente.

Relacionado (caféina) al sueño, no me ayuda ni para dormir ni me quita el sueño, ni me da sueño.

Lo único es que tal vez necesito un poco de ayuda como balancear mis comidas.

Tratar de esforzarme de comer más vegetales, más frutas, poner más eso en mi vida, pero yo pienso que la depresión a uno a veces le da en diferentes maneras; puede ser que a veces como mucho, pues uno trata de hacer lo que uno puede para comer ciertas comidas aunque uno salga a comer afuera Pero no me ayuda a veces .. quisiera ayuda para ver que como

P4 Sept. 16, 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)
 Cuidarse, alimentarse bien: (great). comer saludable no mucha grasa comer verduras hmm No es todo (anything else...)
2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3) ahh me imagino que depende tu altura, tienes que tener tu propio tu propio peso, algo mas ... No me: algo mas
3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c) comer aa tiempo a las a tus horas a tiempo desayuno tu almuerzo, algo mas:
 Que's saludable: pues comer saludable lo mismo que de lo antes, no grasa verduaras, por porciones (me por porciones replied)
4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c) mm pues no comer comida chatarra, laughs, a comer comida, no tantas frituras, no comida tan frita, oh con mucho preservativo, aaah, también comer en exceso pude ser (lla me dio unos ejemplos, otros) She: amm emmm laughs comer también muchas carnes rojas, (cual quier otra idea...otras cosas... no)
 Me podría dar unos ejemplos?.....
5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b) Si
6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b) a bien yo como mucha mucha fruta durante el dia siempre traigo en mi bolsa... (y de vegetales, o verduras) casi mas los como en las comidas cocindados
7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b) pues pienso que es lo mejor, siempre cocinar en la casa mas saludable comer en la

casa, porque es mas económico (laughs) es mas saludable sobretodo a los niños en especial

Tiene unos ejemplos?

(y la experience, es un rytmo,

Comemos mas en casa

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3) mmm, pues de lo que yo se es

estar sobre pasada de peso, de tu peso normal (algo mas... cuando piense)

alguien quien es gordo (otro pensamientO

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2) laugh cough, la verdad es que no se que

es lo que tengo que pesar (hmmm) esos lo que quiero saber, pero para mi peso

seria lo ideal de lo que yo tengo que pesar (y cuando piensa en eso, que es lo que

ve, en su mente tiene un peso ideal, eso come se ve, se mira) Pues bien, me veria

bien, y me sentiría bien (smiling talking) porque viera ser mas tranquila mas que

nada mis como yo me veria, pues con la ropa me quiero ver bien, oh, simplemete

también estar bien de salud

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d) (que contribuye)

Ahm, ahorita, (ahha) pienso que no siempre no comer tus comidas a tus horas. O

sea no, no comer lo comer lo que deberdad debes comer, comer mas comida, por

ejemplo, de la calle or con mucha grasa, ah (Me: mas que nada eso, ok... otras

cosas...) pues comer comidas ahm pues ah cocinadas con mucha grasa, me

imagino mucha carne también... (Me: y para usted (repeated her comments)ok)

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3) por ejemplo,

cuando me voy a banar, siempre cuando me quiero rasurar la piernas, oh lavarme

mis dedos de mis pies, me cuesta mucho trabajo agacharme, o para aramarme los

zapatos, (OK), también para subir escaleras, me duelen mis rodillas, y siento que hasta me falta la respiración (OK) thank you

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil? Wáter offered.(ya me dijo, otras cosas) Caminar (es difícil) me canso (anything else de la vida)

Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor? Laugh poner me la ropa que yo quiero, mis pantalones, ah estoy subiendo y bajando, y tengo que comprar eso afecta (laughs) a la bolsa y el bolsillo (ok)

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c) pues

todo lo contrario. Pues Yo ahorita no me considero que yo estoy comiendo saludable como como es, este pero pienso que serviría a una mantener un peso normal, sentirse se bien todo lo contrario que dije anterior... vestir agusto, hacer las tareas fácil, sin estar sufrir, porque eso como estoy haciendo ahora mis rodillas cuando subo escalones, me imagino que lla no me van a doler, porque siempre es lo que dicen que por el peso asi te duelen mas las rodillas, hacer mis tareas diarias fácilmente

Me Y cuando elije cosas saludable, que es lo que le ayuda estas cosas o otras cosa

She: pues la salud, o apenas tengo ahorita, no se si yo la tengo, tenia pylori, la bacteria en el estomago, y estaba viendo en el internet que es porque uno no come adecuadamente, que come uno a cual quier lado, eso puede ser que la bacteria aparezca, entonces pienso que es lo de algo de lo mas importante

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que

viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

Ah, pues, por ejemplo, que es lo que me cuesta trabajo dejar de todo eso?(she asks), Oh(laugh, sighs), pues FRUTA, (explained question in Spanish), a pues porque no llevo un control, como me digo una persona, quizás no as vivido lo peor para que puedas dejar haciendo lo que estas haciendo. Como hay una persona que sufre como un ataque de corazón, y era de todo eso. Y ahorita come muy saludable, y me aconseja mucho. Pero yo no voy dejarlo del todo. El come tortillas de grano, el este, no come tortillas tantas, ni de harina, ni de maíz, nada, come claras de huevo, mucha ensalada. Entonces, este, ... yo no quiero que llegara ese, come paso al ... yo quiero cambiar, estoy tratando para comer mas saludable, eso

Me: que se le hace mas dificil:

She: yo creo que por flojera PORQUE eso es lo que esta mas a la mano, no me doy el tiempo de como ir y buscar, mirar códigos de barras, y lo que contienen, Pienso que necesito mas aprender sobre eso

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d) laughs, va ser lo mismo, como la flojera

Probing... eventos... situaciones: pues si, pues cuando uno tiene como hay una fiesta, mas que nada llevas hambre, y aveces no pero tienes que comer, Yo pienso que eso es ma que nada

Nadie estamos obligados, es solamente la lombriz (laughs) que uno tiene que le pide. Pero yo, por lo menos, todas la mananas, este, yo me como un burrito de una tortilla de harina, y este, se que tengo que cambiar la forma de... la tortilla, por una de granos

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Ahh. (needed explanation) le afecta o no... Yo pienso que no, pero si se que los carbohidratos son malos, entonces, por una parte eso es lo que yo tengo que entender al final que si afecta

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a) a pues por le menos una

hora yo pienso (I say how often y una hora cuando) Pues una vez al dia

Tiene unos ejemplos?

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a) por lo menos a mi me duele mucho mis rodillas... esos por lo que yo pienso, porque ... tengo miedo, como por ejemplo, me van tronando, me van haciendo ruido cuando yo estoy en la caminadora o voy caminando, o este cuando voy subiendo me duelen las rodillas, y tengo miedo, eh escuchado mucho, que dicen que se sale un líquido de aquí (points to knee) de las rodillas, entonces, este, tengo miedo que me pase algo
Flojera

I repeated what she said: miedo y hacerse daño, y flojera

She: si

19. Que piensa que se le hace más fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a) que haya otra persona que este con migo, siento que eso me ayuda, (softer voice) y no tengo nadie

Probing: otra cosa: She: de la disciplina

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3) si

Acabo de recibir un especial de 10\$ y eso pienso que eso me (gimnasio) va ayudar, me va servir porque también no puedo pagar mucho, porque tengo muchos pagos, y ya hiba hido a dos gimnasios, pero uno me queda muy lejos, y lo que voy ahorrar en el mensual, lo voy a pagar en gasolina, y entonces, el otro que esta cerca es muy caro, como \$50 por cada mes, y otro, apenas llevo una oferta a casa el otro dia que dice \$10 (laughs) vamos a ver de que si no tiene otros cargos escondidos (keeps chuckling), diez dolares al mes, dice

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d) a pues, pienso que, pues dormir 8 horas, diarias, y este recostarte temprano
22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos? Las preocupaciones
23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d) yo pienso que lo mas facil serica acostarse temprano, por que asi te despiertas descansada
24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3) no
25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3) (She gets shy or appears a bit embarrassed as she says she never thought of that), o no nunca me he puesto a pensar en eso (ME: it's ok, esta bien, no problema),
26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?
Si, yo no me siento muy agusto con mi peso, porque le digo, este, parezco mucho de esto, de que me duele mucho mis rodillas, mi espalda, ah y este a mi no poder vestir cierta ropa que me quiero poner, y no se me ve bien. Me afecta much el auto estima, no me puedo poner traje de bano (laughs after serious momento of self esteem issue)

Me (Researcher), "Gracias por sus respuestas."

Notes:

The personal issues came out in question 26 with adding her own comments:

Self esteem

Clothing

Pain

Fear of injury Time Feeling obliged at a party

Internal knowing don't need to eat it but does anyway

Cost of exercise Seeking knowledge

P5 Sept 19 2016

(Focuses a lot on age 42)

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Tener vida ...vida para compartir con mi familia, es lo que mas necesitamos todos los días buena salud. (PROBING otra cosas...) SHE: yo creo que la vida aparte, de la buena salud, y buena salud yo lo pienso como es todo en la vida... puedo estar escasa (devoid of) de recursos, de ropa, de cual quier cosa, pero no de salud.

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Un peso saludable...un peso saludable para mi es que a mis 42 anos yo no me canse de caminar tanto un dia si hago una caminata de 40 minutos mis pies me comienzan a doler mucho...tengo 42 anos y no quiero sentir esto...también no siento que no...no tengo una condición física...tengo que hacer...en 30 minutos tengo que hacer dos stops o hasta 3...y nos es una camita rápida...es lenta, y no quiero estar asi...siento que 42 anos nos son muy, muy...no son muchos...para tener estos stops ("estops") en 30 minutos.

(Probing: re ask the question) SHE: Un peso saludable es sentirme bien, es sentirme sin miedo de ir me a caminar todo un dia, o de ir me todo el dia a disfrutar con mis hijos y regresar a la casa sin tener que tomar un acetomenophine o Ibuprofen para no sentir dolor sobretodo en las piernas y lo que son mis pantorillas ...eso es uno eso seria una ...eso seria estar saludable para mi.

Partiendo de lo mas minimo que podernos hacerlos las personas todos los días.

Hacer una caminata de 30 minutos o sin tantas molestias o compartir con mis hijos...

Soy una madre....ah...grande, ah, de edad grande, con hijos pequenos, pues muy jóvenes. Mis hijos, pues yo tengo 42 anos, mis hijos tienen 7 y 6 anos. Quisiera tener mas salud para poder disfrutarlos mas, y para mi la buena salud lo es ... todo en la vida es un peso también, un peso saludable para mi es compartir todo el dia con mis hijos, y no sentir tanto...aveces me pongo triste porque no puede llegar a compartir un dia completo...me canso ...si. (got teary, I offered "Si quiere allí están los Kleenex, agua y Kleenex... she laughs lightly, says, "Si", me: gracias).

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Que quiere decir, para mi que quiere decir comer saludablemente....para mi en mi familia en mis recursos significa dinero. Eso es el numero uno. Por que? Todo lo saludable cuesta mas. Puedo comer algunos vegetales, compro vegetales, pero no son buena calidad... algunas veces trato lo mas que puedo hasta donde este mi alcance, pero estoy conciente de que lo saludable siempre me va a ser mas dinero. (PROBING, re ask question) SHE: comer saludablemente es comer algo balanceado en lo cual aveces es un poco difícil. Repito, es po... siempre va ser económico porque no esta a mi alcance economico ...por ejemplo termino un paquete de pan...es un paquete de pan que compro en una tienda Mexicana, y no es buena marca, a la siguiente semana puedo comprar otro y estoy tratando de comprar uno en la tienda Ralph's, por ejemplo un poquito mejormejor calidad...pero se que mi costo de mi dispensa por semana va a subir... (Probing es saludable and reflecting what she said...) SHE: necesito saber aprender porque

no se mucho de comer saludable... vengo de una familia o puede decir mis raizes ...son gente con uno ideología de que la alimentación se basan el maíz . Por ejemplo, de donde yo soy, soy de la región sur de Mexico, ehj, para ser exacto el lugar se llama Huajaca. En Huajaca la alimentación se basa en el maíz ...es la tortilla todos los días. La gente no come tantos vegetales ...[no] comen mucha comida, cuando comen se llenan de tortilla ... y si ahora comparo mi plato con una tortilla grande digo, “esto no puede ser saludable, porque no va dar tantas energías. Quizas mi plato puede estar saludable si yo le pongo un poquito de vegetales, un poquito de carne, y por ejemplo unos frijoles o arroz. Eso es comer saludable para mi. Un poquito de casa cosa. Porque va estar distribuido las vitaminas en mi cuerpo ... va tener mi cuerpo lo que necesita y pero es difícil cambiarlo. Yo vengo de raizes que comen mucho, mucho la tortilla, y me ha sido muy difícil dejar la tortilla. Estoy tratando, todavía estoy en ese proceso (Probing: me dijo balanceado, que es un poco de todo, eso es lo que quiere decir balanceado para Usted?) SHE: eso quiero, quiero poner lo en acción porque haveces no lo hago, me es difícil. Y no lo hago para mi, y en consecuencia es para mi familia por que yo soy la que cocina. (PRObing more...) SHE: esta bien.

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

.... Es lo que esta siempre al alcance de nuestras manos. Porque podemos comer un pan con dulce, que puede ser un pan dulce de la tienda que son bastante económicos...entre mas económico que puedo encontrar en la tienda para ...como para tomar mi café...es un pan. Si quiero una galleta mas cara no la puedo

comprar, o puede comprar una y no me va a satisfacer mis ganas ni a mí, ni a mis hijos... somos 4 de familia ...es mas a mi alcance eso...y por supuesto los niños que quieren y aprenden son cosas, comida chatarra y es lo mas fácil de comprar. Ahora ahh, tal vez necesitamos aprender mas o saber mas, o ser mas estrictos en la casa, pero eso lleva como consecuencias también en lo económico. Entonces, ah, comer no saludable para mi es lo mas fácil, lo que esta a mi alcance, eh, y los vicios. (she smiles and laughs)

Tengo un vicio a la coca y no me la puedo quitar. (11:35 seconds time code)

Me podría dar unos ejemplos?.....

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)
Si
6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b) (Clarification) She repeats the question: Como cabe comer 5 frutas y verduras en mi vida...lo pienso, y se que esta bien, y se que es lo correcto...lo dificil para mi es, ponerlo en acción (Me: ok) porque mis hijos quizás no me ven comer tanta tanto vegetal o tanta fruta, y como consecuencia tengo un hijo que no come, mi hijo de 7 anos...es muy dificil comer una porción de fruta al dia...es muy dificil para el. Yo, por ejemplo, como los vegetales a conciencia, porque se que mi cuerpo lo necesita...pero no es tanto mi gusto. Mi hijo, no, no, no tiene conciencia de lo que su cuerpo necesita, o le que debe de comer...entonces no quiere la fruta, y menos los vegetales..

(Probint: So, voy a repetir la pregunta si a caso hay otra cosa? (SHE: si) ME:

thank you, por la información buena, Como cabe esta recomendación de comer 5 porciones de frutas y verduras en su vida?)

SHE: Llega muy difícilmente (ME: difícil) SHE: llega muy difícil...pues si, repito, si lo entiendo, pero es un, es un proceso muy difícil de cambiar, porque no estaba acostumbrada de niña, quizás mi cuerpo no lo necesitaba, y nadie me lo inculco, y como no lo necesitaba hasta de joven no hice caso...si no es hasta que llegue a los, a los puedo decir, 39 ..40 años que empecé a sentir que ya lo nece...no sabía que lo necesitaba hasta que me di cuenta por medio de citas de médico, y llega esta información a mi vida, y digo “wow...cuanto tiempo desperdicie sin comer lo que realmente necesita mi cuerpo...y estoy tratando.

(ME: ok, ok..thank you, lo siguiente es similar pero dice....I read question 7)...

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)
 Mi experiencia es que cada vez que como vegetales y no...aveces si uso la carne con puedo decir un... media milanesa de pollo para que le de sabor a mis vegetales. Por ejemplo, puedo cocinar unas fajitas con media milanesa de pollo es muy poca carne muy poquito pollo pero le da diferente sabor. Pero al experimentar esto en mi cuerpo me siento tan rico después de comer...no me siento fatigada, no siento tantos mal estares y mas que soy una persona que ...puede ser por mi alimentación ..parece gastritis y no se en que grado este mi gastritis, pero me siento muy mal...mas si como ohs, ah, excesos como la coca que me gusta, el picante que soy eh soy muy amante del picante, pero lo estoy dejando lo en estos días porque ya no podía, (ME: mh) SHE: y si como tar tortilla

también me hace mucho daño, entonces comer para mi los vegetales es ah es puedo describirlas maravillosas pero tiene su precio, tiene el, el sacrificio de dejar de comer lo que me gusta, y el sacrificio de poder comprar lo que voy a cocinar....A veces he pensado que comprar vegetales es mas caro que comer carne.

(ME: ok, y comprar y preparar, como cual es su experiencia de comprar y preparar, so comprar y preparar (I used reflection of statements, asi que comprar es mas caro, estaba hablando de la carne o de la verdura? SHE: de los vegetales (ME confirming statement “es mas caro verduras...ok”) SHE: tengo que comprar el doble o tres veces espinaca es muy poquito y sube cada centavos, cada dollar va subiendo la dispensa...entonces no ...los vegetales se hacen poquito, y debo de comer una buena porción y a las 2 horas tengo hambre (ME: mm) SHE: entonces necesito dejar un poco para volver a comer un poquito al rato (ME: hmh (acknowledging)) SHE: por eso me sien...es por eso mi respuesta que digo es mas caro porque compro el doble de vegetales o aveces hay cosas que tengo que comprar tres, como las espinacas, las verdolagas, ahm, son muy suaves y se hacen casi nada (sighs laughs), (ME: mmm ok thank you, so repito otravez si a caso hay otra cosa, Cual es su experiencia ...repeat question)

SHE: pues puedo describir mi experiencia es buena, en lo general es buena porque mi cuerpo se siente bien despues de comer vegetales y...es lo único es el dinero que es un poco mas (ME: ok) SHE: pero con respecto a mi salud que es lo mas importante siento que es bueno...es muy, muy, muy bueno (ME:ok probing y hay

otra cosa me hablo antes de las experiencias de casa, so si compra, prepara, y como frutas y verduras en la casa, es una experiencia (no response)...(I clarify) me dijo que su hijo no lo quiere...) SHE: si (ME: so eso es parte de su experiencia) si mi experiencia es agridulce (laughs) por decir porque nosotros, lo oh, por conciencias consumimos los vegetales ...los comemos...Pero tengo grave problema de mi hijo que no quiere vegetales y las frutas que es algo muy delicioso para cual quier niño ... cual quier fruta no las quiere comer, entonces eso es una, ehh es una, am, una lucha diaria para que el coma un poquito y que valla aceptando y tengo que dejar que el me vea comer los vegetales para que el valla pensando es bueno ...para que un dia se le antoge...y todo es como un mucho trabajo porque también prepararlos es tiempo ... pero es algo que se que debo de hacer...entonces pues es, es una, hm ...es una experiencia buena, buena por un lado, y mala por otros...porque tengo una lucha todos los días...pero que se que lo debo de hacer. Lo debo de hacer, y estoy (Phone called needed to interrupt due to clinic staff not following protocol)

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3) obesidad me da miedo, (ME: le da miedo?) SHE: tuve a mi hija y con esto, le voy a explicar porque me da miedo. Mi segundo embarazo a mis 36 años no me podían controlar el peso. Yo comiendo una, media manzana de cena casi sentía que me moría de hambre yo embarazada , porque tanto yo como la bebe, crecíamos engordábamos tanto, y cuando mi hija nació, yo...en los primeros días dije si esta gordita pero lo creo que va a empezar a bajar de peso y mi experiencia con esto fue que la niña

inexplicablemente empezó a subir de peso y empezó a subir de peso, y se convirtió una bebé obesa... porque pesaba dos veces su, su lo que tenía que pesar..2 o 3, era casi una bolita y ella sentía tanta ansiedad por comer tuve que ponerle un chupón para calmar su ansiedad porque ella estaba subiendo, subiendo, subiendo, y era tan gorda que no la podía, yo no pude disfrutar a mi bebé de pequeña, y le e tenido miedo a la obesidad... en en ... para mí, no se si para todas la personas hay temporadas que a sido difícil controlar mi peso. Ahorita estoy bajando porque tengo muchos problemas de la gastritis ... pero general mente, en vez de ir para bajo yo voy para arriba... y con mi hija, ella no, la doctora no era tan cruel con migo de decir me tu hija es obesa pero cada cita me decía tienes que hacer que ella coma menos... tienes que darle agua en vez de leche... le vas a dar agua a los tiempos que le toca ahh, leche a los tiempos que le toca, y agua cuando no es el tiempo... pero que podía hacer con la bebé que lloraba a cada momento ... lloraba de hambre y me dolía tanto el corazón, que terminaba unas veces dando la leche ... pero mi pobre hija se hizo un bolita. No se si fueron los chupones, o que comenzó a caminar, y ella empezó a bajar de peso. Si no estoy tan mal, fue a los 2 años y medio, que ella comenzó a bajar de peso y a los 4 casi estaba anivelada... casi, pero se notaba menos porque estaba creciendo, pero sss, le daba mas agua, le daba mas agua, iba creciendo y dec... yo pensaba el estomago aguanta mas y le tengo miedo ... miedo a la obesidad. (ME yeah, ok ... y para su cuerpo, su cuerpo, también tiene miedo, o era (SHE: si) solo por su hijo?) SHE: no.... tengo miedo, es mas, de te, con ese embarazo es una de las razones que me

dio terror, que.. yo dije no quiero que haya una minima ...una minima...ah...
 probabilidad de embarazar me porque no quiero pasarme por esto otravez. Porque
 yo lloraba cuando tenia tanta hambre y me comia media manzana para cenar y
 tenia que hacer mi cena entre 7 30 de la noche ...y normalmente mi hora de ir a la
 cama era a las 11(pm)..de 8 de la noche a 11 yo me estaba muriendo de hambre
 ...tenia que levantarme comer otro pedazo de manzana y unas 2 galletas
 saladas...porque no podía, no podía, con el hambre...habían noches que me
 despertaba el hambre pero la doctora me dijo si tu sigues comiendo vas a tener
 azúcar y tu bebe van a ser diabético diabética ... Y le tuve tantosoy de una
 familia diabética provengo de una linia directa mi madre, mi abuelami madre
 todavía no lo tiene cuida mucho su salud, mi abuela es diabética, mi tio murió de
 diabetes, es ahh, todos mis tios de el lado, eh, materna tienen diabetes. Le tengo
 miedo a la diabetes ...entonces yo lloraba de hambre ...sigo Dios mio ya quiero
 que se termine este embarazo ya no quiero estar pasando tante hambre... pero no
 comia, por el miedo. Y ya le conte que le paso a mi hija...que miedo pase. Y esos
 es el miedo, terror, no quiero eso...no lo quiero en mi vida. Es muy, yo pienso
 que es muy ...las personas que ya lo tienen... es muy dificil que lo nivelen, o que
 salgan de eso. (ME: ok) SHE: porque controlar el hambre es terrible (ME: ok,
 Thank you. So ahora voy para para el nueve)

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Mi peso favorito.....seria verme en un espejo,...y verme eh, e no verme tanta
 panza, porque aveces trato de ocultar la de alguna manera. No se si, creo mas

bien, mas bien estoy segura despues de mis embarazos fue tan dificil regresar a mi peso a normal, o al menos a mi aspecto normal, porque quede, sobre todo del segundo embarazo quede tan gorda, que ha sido dificil a volver ha ..ha ver me igual ...nada de mi ropa me volvió a quedar ...Y para mi, mi peso ideal al menos seria no verme, no verme en el espejo la panza que yo conozco. (ME: mm, ok, ok ...el numero diez).

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Mi comida. Mi comida me afecta, de en primera, en primer grado, eh...entrando a la pregunta lo que me afecta a mi peso es mi comida y mis vicios, soy, no puedo dejar la tortilla y el pan...desafortunadamente, le repito, vengo de familias de pueblo ...donde no hay, no hay una educación para los padres. Mis padres son...campesinos, mi madre, eeh, estudio los seis anos de primaria, mi padre no fue ni un solo dia a la escuela, y yo s, si yo a estos tiempos me es dificil y me pongo pensar mis padres sin casi nada de educación no podían inculcarme comer algo diferente y también no estaba en su alcance, comer en un pueblo un pan era un mangar (she laughs)... entonces soy adicta al pan, a la tortilla, y un vicio tengo me gusta la coca. Trato todos los días de detenerme y no tomar, aveces tomo solamente dos tragitos, pero me encanta y Eso es lo que influye tanto en que no pueda tener un peso porque como muy mal. ...tratando de comer bien, pero, hay le meto caigo en el pegado (she laughs, I acknowledge with her) (ME: y ahora vamos estamos en el 11 de 26 cosas) (SHE si.)

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

Como me afecta mi peso a mis experiencias diarias? ... me afecta muy mal (laughs) la paso muy mal, porque quisiera ponerme algo bonito sobre todo días de fiestas, días especiales de la escuela ... quisiera ponerme algo bonito , y es difícil en las tiendas encontrar algo para cubrir esta parte (points to her abdominal área) de mi panza, por ejemplo, tengo que subir el pantalón mas arriba de lo normal para que no se vea. A veces, (laughs lightly) como a todas las mujeres, me llega la vanidad, y, y... me pongo una faja, para tratar de disimular y ver me mejor, pero esa, se que no es la solución porque me soluciona por un ratito que me ve un poquito menos esto (her abdominal área), pero tengo que comer y lo tengo que quitar porque me fatiga, y llegando a casa es lo mismo porque yo veo mi cuerpo igual... es como me afecta todos los días. Ahs... pasando de de del peso que debería de tener, no se exactamente las libras que tengo que pesar pero se que no estoy en lo normal. Lo que le afecta uno primero es la ropa, y como mujer, aveces hasta me siento como que, como que no me veo bien, hay algo como que me hacer sentir mal en mi persona. Hubo un tiempo, despues de mi según embarazo, que estuve ... cual seria la palabra.... Muy gorda, muy en exceso de peso y me daba vergüenza salir .

Y por mas que trataba, yo lloraba porque me daba vergüenza, yo lloraba porque me sentía mal...y no sabia como remediarlo ... en esos, en esos momentos no me fijaba, de, de si estaba comiendo bien solo quería, yo, yo trataba de hacer algo de ejercicio pero no sabia si ..como estaba comiendo y a lo mejor eso era una de las razones que me hizo sentir asi. Pero creo que, entre mas que vamos engordando,

mas deprimida, you creo que es depresión, yo pienso que es depresión, mas depresión nos cay ...nos cay, a veces hacemos como que no, pero hay momentos en que nos ponemos a reflexionar, y el siguiente dia tenemos algo en la escuela con nuestros hijos, sabemos que van a ir todas las mamas, y yo no encuentro que ponerme, y es cuando llega la depresión

(ME: ok, ok, voy al 12)

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?

Tareas y actividades, tareas hablamos de cosas de la casa cosas de? (ME: cualquier cosa)

física quizás o lo que hacer...o que le influye al peso y no puede hacer algo oh si afecta

en cualquier manera en su cuerpo; Actividades que están afectadas o se le hacen más difíciles por el peso, eso es lo que siente y una actividad sería hacer de la casa, o un caminar se piensa que se le hace más difícil algo?) SHE: si, no estoy segura, creo que ya le dije (ME: de caminar me dijo) SHE: de regreso a clases, de regreso de la escuela a las dos treinta (2:30pm) recojo a los niños, dos treinta para ocho y media de la noche que ellos van a la cama son varias horas en casa ...a, ponemos una hora de tarea y quisiera caminar...vivo en un apartamento no tengo opción a salir a caminar a ningún lado ...tengo que salir al parque, pero si salgo a caminar, como ya camine porque ya camina en la mañana, fui a la escuela, o anduve haciendo cosas, yo me canso. Es una de las cosas que, que, que me preocupa, me preocupa mucho Porque lo que me canso, son mis pies, y, y algunas

veces he preguntado otras personas, y [que] sienten lo mismo y me dicen que no...entonces es un cansancio que es porque, porque o tengo sobre peso o es mi alimentación, y a veces somos un poco dejados, o desatendemos estas cosas, porque si no tengo condición a lo mejor e que quisiera, debería de ir todos los días intentar lo pero voy este día, y me dolieron los pies, y me desanimo y digo, no mañana, no porque oh no porque ayer me dolieron mucho mis pantorrillas, me dolieron mucho los pies, no quiero intentarlo otra vez hasta la siguiente semana y una semana...una semana o en dos semanas no me va ver una condición, y soy consciente de eso, pero a veces como que le tengo miedo, hacer, tengo miedo hacer las cosas, ah, Otra cosa que Que me impide... hay días o mas bien semanas pienso que siempre estoy en un alto y bajo de mis libras entre 5 libras andan bailando ...son mas o son menos, cuando las tengo de mas, cuando me agacho a si, a acomodarme el zapato me sofoco, oh cuando estoy banandome tomando mi bano y me voy a tuallar (dry off) mis pies me siento fatigada y eso me decepciona tanto que quisiera hacerlo, pero a veces se, se hace falta tanta voluntad para poder superar eso ...para poder superar, y poder bajar esas cinco libras ...hace falta tanta voluntad porque la sube en cosa de nada ... a veces digo ni he comido tanto y ya la subi pero se que todo se basa en mis habitos y mi alimentación...pero es difícil (ME: gracias si me espera un segundito)

(interruption from clinic staff... brief minute_

ME: reviewed what she said reflected her statements, Hay otra cosa, (40:29))

SHE: es para cual quier actividad que me tengo que agachar (ME: ok)... SHE:
 SIENTO rápidamente eh, las libras que están encima de mi, y me empiezo a
 preocupar, trato y lo mas que puedo bajar es ese, eh, tres..y van para arriba ...
 Han sido tiempos muy severos cuando he tenido que bajar las cinco, como que en
 este momento me esta afectando la gastritis, y justamente que es por mis habitos,
 y si he perdido las libras ha sido por la gastritis pero no por que quisiera dejar de
 comer ... si no que, me he, ... deajo de comer o tengo mal estares, o los síntomas,
 y eso me han hecho bajar de peso ...pero sn eh, cuando me anivelo vuelvo a caer
 en lo mismo (ME: ok so esta bien ir al siguiente?)

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c) (ME:
 me dijo muchas cosas, pero si ha caso hay otra situación o otra cosa (then
 repeated RQ13)

SHE: bueno la primera, es el costo, muchas veces también, lo que nos ha influido
 es el TIEMPO a veces si he, a, he tenido los vegetales para prepararlo pero como
 vamos a comer Se que si se puede si tuviéramos la voluntad y a veces tengo
 los vegetales ...con que voy a acompañar los vegetales porque no me van a
 satisfacer no me voy a llenar, no, mi estomago no se va a sentir satisfecho y
 caemos en ... si ya es tarde optamos a comprar a veces algo no tan bueno y de la
 calle cunado se puede, oh cuando es muy necesario cuando andamos en citas del
 doctor ...corriendo con los niños que ah, tengo muchos anos en terapias con mi
 hijo entonces, a veces corriendo a la terapia y no hay tiempo de preparar algo en
 casa, y lo que mas es fácil, o lo que esta al alcance no es comida buena si no, es

comida barata. Entonces caemos es esos vicios, y eso es, eso es una de las causas, quizás es el tiempo... pues le puede decir que es el tiempo a veces por no poder preparar los yo (ME: ok, ya she nods all done)

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

El pan la tortilla y la soda, en lo especifico es nada mas la coca, (ME: clarifying... y que se le hace dificil en comer menos de eso) SHE: de esas tres cosas lo mas dificil para mi es la tortilla (ME: she is not understanding the intent of question, I need to clarify what makes it difficult to eat less of carbohydrates, vs which carbohydrates are most difficult to eat less) (ME: y que infuye ese proceso, asi que no lo deja, por..porque, [it appears she understands the question now]) SHE: porque siento, ... creci comiendo tortilla, como mi, mi, como...la, la fuente principal de mi alimentación era la tortilla, he escuchado, por ejemplo, en otros países, por ejemplo, para la India el arroz es básico, para lo, hay algunos países en Centro America que los platanos fritos es lo básico, que puede ser como un suplemento como si fuera la tortilla. Para mi, en mi país en mi, en mi gente en mis raizes eh, la fuente principal en mi alimentación, se basa en la tortilla, y creci con eso y no puedo dejarla, siento que si como la comida sola es mas, le puedo

decir, y esto puede causar hasta risa, las fajitas no pued...aun que son mas vegetales que carne que pollo los como en tacos, y si no me como los vegetales en una tortilla siento que no me satisface, siento que mi estomago no se lleno y que sigo teniendo hambre, pero despues de haber comida 2 tortillas, mi estomago se siente como que complemento la comida . Eso es lo mas dificil para mi. (ME: ok) SHE: ...de todas las cosas la tortilla (ME: la tortilla, y que le influye de las otras cosas como la coca y el pan?) SHE: la coca puede ser un vicio porque es como, como comer algo dulce ...toamr algo dulce y se que es malo, pero me dan muchas ganas (laughs) (ME: ok) SHE: se me antoja mucho (ME: ok) SHE: y no puedo vencer ese anotojo, eh, y me pasa lo mismo con el pan El pan aun asi que ya comi la comida, noto no si yo no tuve para comprar un unas galletas mas mejor que [] un postre o un otra cosa dulce mi cerebro luego esta pensando en un pedazo de pan (ME: y cuando esta hablando de pan es pan dulce o pan de sándwich) SHE: es pan dulce. (PROBING me: Ok hay otra cosa que piensa que causa dificultad en no comer lo? Me dijo muchas cosas, hay otra cosa?) SHE: pues el chile eso no me engorda, pero cuesta tanto ...no encuentro sabor en la comida si no tiene si no esta picoso, siento que solo de recordarme se me hace salivar la boca (SHE laughs, I laugh w her mmm)

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

(ME reflection of precios statement, so es antojo din...que piensa que se la hacemos facil y mas probable. repeated question) SHE: el pan (ME: y la situación que le provoco, que le influye) SHE: la situación que provoca pues es el dinero,

por ejemplo puedo comprar 3 panes con un dollar (\$1) no puedo comprarme algo que sea por ejemplo un pan hecho de fibra y que aparte tengo que comprar por ejemplo una mermelada buena o algo bueno para ponerle y llevar lo casa, y tostar lo, y calentarlo, porque significa tiempo y dinero, porque tendría que comprar dos cosas, y aquí con un dólar (\$1) estoy comprando 3 panes ...en tonce, 3 o dos panes, dependiendo el tamaño y el lugar a donde se compre.... Pero generalmente puedo ... o puedo comprar 3 bolillos, a lo mas que son 4 bolillos por el dólar (\$1), y al bolillo tostado solamente le pongo mermelada y ya esta, Oh, blandito le puedo poner mermelada o cajeta, y siento que estoy comiendo un pan dulce. Pero comer algo mas sano, significa, pues, no nada mas un dólar (\$1), significa cinco seis dólares (\$5-\$6) o siete (\$7) esa es la razón principal (ME: ok thank you)

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Uyi, ha (laughs), mucho...porque...comer ...me gusta el pan ...me gusta la tortilla ...y mi hijo es muy difícil de comer, lo que come y lo que le encanta, es el espagetti, y yo soy la que lo prepara, siempre cuando estoy preparando y al servirle a el, a veces para que ellos coman tengo que comer un poco con ellos, y para enseñarles eh, esta rico, esta bien, comiendo con Ustedes y ellos están comiendo y a la vez me ven porque quiero compartir la mesa con ellos, y platicar, y a veces yo me sirvo los vegetales allí pero a pesar de que como mis vegetales me termino el poquito de espagetti que yo me servi, que no es una porción completa pero me lo como, y al estar preparando también cual quier otra cosa estoy comiendo.

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Pienso que hacer suficiente ejercicio seria a mi edad, a los 42 anos, es por ejemplo quizás todos los días, 30 minutos, pero tenerlo como que, como si tuviera que tomar el baño diario ...como tomo mi baño diario así hacer mis 30 minutos de ejercicio pero voy hoy y me canso, y me duelen mis piernas, y al otro día ya, ya me desanime,... intento cuando me siento muy mal de salud, lo intento por tres, cuatro días, una semana... y a la siguiente semana ya me siento cansada, lo dejo por dos, intento después tres días ...no tengo un hábito ...no tengo una rutina oh...no soy estricta... en e, ese aspecto...soy muy.....no se si es cuestión de educación? ...pero yo no estoy segura de esto, pero nada más no se me da.

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a) (ME: me dijo que era el

dolor, ahm, y fatiga, otra cosa?) SHE: si, hay una cosa más, cuando y o hago ejercicio yo, me he ido a ...donde vivo en estos tiempos mucho edificios tienen máquinas para hacer ejercicio ...donde vivimos hay una máquina de para ir a caminar, y en cuanto yo empiezo, a caminar, si camino un poquito ah, subo un poquito la velocidad de la máquina mi pulso se dispara a 170 ha llegado a 180 y me esposo me dijo no, param[stop], esto no está bien para ti no tienes que hacer eso tienes que caminar muy poquito y es una de las cosas también que me da miedo, entonces, pero tal vez es una consecuencia de la, d l, lo mismo de que estamos hablando de no hacer ejercicio ...es posible, o es posible que yo parezca otra cosa, no se, pero es una barrera para mí para poder hacer ejercicio (ME: ok,

reflecting her words, “so a pesar del dolor, también miedo y porque le dispara la... [SHE: Si] alright, so ahora voy para el 19).

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

Se me hace mas fácil tomarlo como que, como un momento come recreación para los niños, no lo puedo hacer todos los días pero si les llevo dos días a la semana ...puede ser un día entre semana y eh, el Sabado, o Domingo. O es Sabado, o es Domingo. Al parque los llevo al parque y cuando ellos están jugando, yo estoy caminando con ellos alrededor para estarlos viendo, o a veces estoy tratando de hacer algo, si como unos pequenos ejercicios solo con los brazos, y caminar, y respirar allí mismo en lo que mis hijos juegan y eso es lo que se me ha hecho mas fácil. Pero no es que sea estricto que esto tenga que pasar Si esta semana pude hacerlo lo hice, y si en la siguiente no se puede hacer solo no lo hice ... (ME: ok, makes sense, le dejo tomar su agüita (she is drinking wáter))

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Yo pienso que si lo puedo incorporar ... creo que nada es dificil si queremos, pero el poder hacer lo con nuestras cosas que están a nuestro alcance y con lo que tenemos que hacer a diario con la lucha tremenda del tiempo y a veces recursos también es dificil, es dificil ...que se que no es... dificil, no es dificil para todas las personas, hay personas que lo pueden hacer ...pero tengo, soy una mujer madre....grande de edad pero joven en tiempo de ser madre, y quiz.. a veces quiero desvivirme por ver a mis hijos, por estar con ellos, por hacer la tarea ...y en este país [USA CA] tengo una barrera con ellos ...cuando yo me siento hacer

tarea no se el idioma no lo se ..no lo domino, no lo se, entonces yo tengo que tomarme ... si un niño hace su tarea en una hora, para mi son dos, porque tengo que hacer 'translator' del Ingles al Espanol para poder ayudar a mi hijo... es significa mas tiempo, el tiempo también es una barrera.

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Dormir suficiente, yo creo que significa también salud me he dado cuenta, que cuando yo duermo 7 horas o 6 horas, al siguiente dia me siento bien. Y cuando duermo 5 horas por "x" razón que...porque tengo que esperar a mi esposo porque el llega tarde del trabajo y le tengo que esperar porque no puedo consiliar el sueno si el no ha llegado porque necesito saber que el ha llegado bien a casa...o que viene bien en el camino...y el siguiente dia, a fuerzas me tengo que levantar a las seis y media de la mañana (6:30 a.m) siento que dormi poco, y me hace sentir como si estuviera enferma

Para mi dormir bien, pienso que serian 7 horas como minimo o máximo yo creo ... o máximo 7 horas o talvez o 8, y pero... bien dormirlas bien, descansarse pienso para mi significa salud.

22. Que piense se le hace dificil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?

Son las condiciones de vida que tiene cada uno [she mentioned others in RQ21]

que tenemos cada persona. Las condiciones de vida, en el trabajo, eh, eh aquí estamos en un país donde hay trabajo para muchas personas. Hay trabajo se puede encontrar un trabajo las 24 horas ...personas que trabajan en la mañana o en la tarde...mi esposo trabaja en, su trabajo es...mas en la tarde, tarde y noche,

entonces el regresa tarde a casa y no me puedo dormir si el no ha llegado. Me da miedo que si viene manejando y que si no ha llegado que me quede dormida, y me valla amanecer y no llego y no me llamo y no se que paso

(PROBING: otras cosas Reflecting what she said a pesar del miedo y que no viene su esposo y las situaciones...) SHE: si las situaciones de la vida, a veces las preocupaciones preocupaciones, a veces los niños están enfermos ... ah, a veces, no todos los días, yo no me siento bien, como por ejemplo ...no se, y no estoy segura...si mi doctora este en lo correcto dijo que yo iba poder dormir mejor con un nuevo tratamiento que me dio ya que soy, como, tengo tantas alergias no sabemos si tengo asthma y me dio una nueva medicina para poderlo mejorar pero tiempo atrás, parto de una semana detrás dos seman atrás eh tomado un nuevo tratamiento para poder dormir mejor ...ya que por 3 anos, mas o menos, yo eh, he pensado que esto es por mi salud o por mi peso que no puedo dormir bien. He pensado di bajo de peso quizás aquí me voy a sentir bien porque siento que me ahogo en las noches ...siento que no llega el aire...bien...La doctora dijo, ok con este nuevo tratamiento te vas a sentir mejor, y an habido noches un poquito mejor, pero no están como yo hubiera como hubiera querido, y todo esta relacionado a la salud... a la salud y a la preocupaciones ...quizás las preocupaciones me trae los males como consecuencia, mi salud se empeora

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Creo que para mi no hay cosa fácil para dormir [she laughs] Yo pienso que yo, yo no encuentro la manera fácil para dormir solamente si estoy en un dia muy

cansado aunque me este sintiendo fatigada de mi pecho, solamente el cansancio me puede dejar hacer pensar en las preocupaciones y de olvidarme de que no esta pasando bien el aire en mi) garganta (laughs) (PROBING me: so el cansancio)

SHE: solamente el cansancio pero nunca termino tan exhausta porque no hago ejercicio ...entonces no vamos, y estoy en la cama a veces perdiendo el tiempo pero me estoy quedando dormida a las doce (12) doce y media (1230 a.m.) me tengo que levantar a las 6 y media (counts hours) dos y media, tres y media, estoy durmiendo 6 horas ... pero Viernes, Sabado y Domingo estoy durmiendo 4 horas a 5 horas...Viernes, Sabado, y Domingo...y es cuando se descompensa, oh algunas noches, cuando no me siento bien, no, despues de ir a la cama no puede conciliar el sueno por la ...por el pecho... (ME: ok, so voy al 24?) SHE: si.

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Yo ...yo lo había pensado antes, y creo que si lo estuve pensando Si esta asociado al peso ...ya que, cuando, oh, empiezo a perder las libras, como que me siento un poquito mejor Pero también pienso que no es todo lo que mi cuerpo necesita y ya a los 42 anos cuando empezamos ha aparecer varias cositas el cuerpo necesita una ayuda de medicina ...no puede salir solo adelante, necesita que le ayudemos con un poquito de medicina ...porque no se va...ya no.. ya no se puede recuperar solo cuando caemos en una enfermedad es difícil que le recupere solo el cuerpo.

Entonces no se puede a si nada mas. (ME: so esta asociado al peso) SHE: si

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

No exactamente. (ME: ok) Yo creo que mas bien, mi peso esta asociado a lo que yo como

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?

Bueno podría decir le que, todos los problemas de salud...que una persona puede tener a lo que yo veo de mi experiencia de mi persona en mi vida, a los 42 anos, se puede asociar en nuestra forma de comer en nuestros habitos, en nuestros vicios, y como no yo creo que también puedo decir que al sueno. Porque si no dormimos bien, al siguiente dia, no nos sentimos bien, o queremos tomar un café con algo, para mejorar el sueno, pero el café siempre va acompañado de un pan, y si es, y si a nuestro alcance lo único que hay es un pan barato, lo único que va traer, no nos va ha dar nada en nuestro cuerpo, mas que nos va ha esponjar (she laughs), y muchas ves... No muchas veces... siempre, siempre lo hago. Caigo en esos ... se que esta, no esta correcto pero no puedo vencer esto, y no se, no no no se si no tengo la fuerza de voluntad? O... nada mas no puedo vencer esto de caer en comer el pan, o la tortilla. Y eso es lo básico para que uno valla subiendo y subiendo

(ME: gracias por su tiempo y la mucha información, Ya voy a terminar.) SHE: si

P6 September 19, 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)
 (gentler quieter slower to respond Participant) comer mejor PROBING:... what does that mean, que quiere decir comer mejor...: SHE: comer verduras (probing) frutas (probing algo mas) hacer ejercicio, (I repeated what she said to me...)
 Probing more: mejorar mi alimento (Me: algo mas...no hay respuestas buenas ni malas, todo lo que dice es correcto)
2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3) bajar de peso, (Probe que es...) bajar tener peso normal (probing.. que es normal) bajar de peso comiendo mejor hacer ejercicio
3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c) comer a las horas... (otra cosa) no cenar (Probing more que quiere decir saludable) comer pollo, verduras, ensaladas (Probing comer saludablemente cual otra cosa) She: pescado (es todo que ud. Piensa, todo esta bien)
4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c) hamburguesas, fritas, chips (me probing more) she: cookies, (y si alguien dice, que mas piensa... reflected her words) SHE: si ah comer de mas, comer carne de mas, porque se tiene comer poca carne no.... Tomar soda (Probing more... repeating what she said) SHE: jugos
 Me podría dar unos ejemplos?.....
5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b) Oh si lo he oído, pero no lo he hecho

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b) no lo hecho (Probing, algo mas...sobre eso, como cabe no lo hace hay razón...) SHE: se me pasa, cuando ya me acuerdo ya comi de mas o no he comido...
7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b) She asks, "Como para ir a comprar?" ME: ok, si va a comprar, que pasa (I go with her question of like to go shopping? And I say ok, when you go shopping what happens... further probing... SHE: oh esta muy pesado (I ask pesado en que, en cargarlo... - heavy in what way, in carrying it (as she doesn't drive)) SHE: si (smiles laughs) es como mi casa esta lejos (I ask if it is far, how do you get to your house – y si esta lejos, como llega a su casa) SHE: pues caminando (Probing: y en preparar y comer...) SHE: cuando hay en casa si prepare, hacer jugos verdes y lo tengo allí, y cuando consigo reite (Spanglish for Ride) y compro y preparo en mi casa (Probing regarding eating fruits and vegetables: y para comerla fruta y verdura cual es su experiencia) SHE: así crudo o hervida? (Me: como quiera) yo siento que me voy a sentir mejor en comer eso Tiene unos ejemplos?
8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3) Estoy pasada de peso..oh (Probe si holle la palabra) que tengo que bajar de peso, que estoy pasada
9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2) como unos si ahorita peso 231 tengo que bajar como 100 libras
10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d) aveces duelen los pies la espalda, bajar un poquito, despues sube otra vez, y cuando bajo no me duelen los pies mi espalda, y eso he notado. (Probing que sube el peso generalmente..) SHE: porque no hacen ejercicio no caminamos no comemos mejor, no nos cuidamos
11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3) duelen los pies (from above) Siento soleada me falta aire cuando estoy dormida ronco mucho

creo que es por eso, no tengo ganas de hacer nada..solo..yo quiero caminar ...pero me da una flojera

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?
Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor? Correr, (Probing ...hay otra cosa) Cuando estoy sentada en levantarme, para agacharme,
13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)
(explained more,) Cuando la como me siento mejor, ya me voy a comer asi mejor, (Probing que le influye) Cuando como jugos para ir al bano (bathroom)
(Explained back to her what I understood) Me siento mucho mejor, se antoja comer cosas bien (ME: por lo que piensa que va pasar despues)
“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”
14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c) Es cuando ... (I explained as she appeared not to understand...so come los almidones mas porque hay algo difícil en no comerlos, que es esa cosa difícil) Nose, como, no lo quiero comer, pero uno dice, solo poquito, y ya desues despues se vuelve uno a servirle otravez...o el dulce como el syrup, o uno no quiere dulce pero allí esta...ya se lo esta comiendo (ME: understanding reflective agreement “porque esta allí” because it’s there)... SHE: ahm (ME: otras cosas probing more) SHE: Cereal solo comemos como decir, oh esto rapidito, (RECAPPED to her asi que tiempo, esta allí, y cuando empieza sigue (so time, it’s there, and when you start you continue)) SHE: si y otro otro y otro
15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d) I needed to explain (Hay situaciones que le provoco)

En casa que alguien esta comiendo y digo oh me regalas uno (ME: probing, si alguien no lo tendría, todavía lo estaría comiendo>) SHE: espero que no lo compre

I repeated question SHE: ah, ... (ME: ok that's fine, esta bien)

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c) Asi no voy a poder bajar, no puedo salir a correr, y cuando como mucho dulce me duelen el brazo (points to her elbows), los pies, (ME: lo leo otra vez si a caso piensa otra cosa- then reflective answer of what she said) SHE: mis pies, manos, se me hinchon, como agua

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a) dejar de comer eso, (ME: I repeated the question) SHE: es salir a caminar todas las mananas, y hacer ejercicio una media hora (ME: define how many times half an hour as she mentioned) SHE: como la semana, (ME how many) SHE: cuatro veces

Tiene unos ejemplos?

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a) NO mas de pensar que voy a ir a caminar (starts laughing) que voy a ir, y que voy a regresar otra vez (Probing: to continue) de que yo quiere, pero mucho flojera me da

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a) Que fuera mas fuerte, ir a invitar a mi amiga, pero no quiere, yo lo hice un tiempo pero no quisieron mas, y pare (I repeated what she said to clarify: asi que cuando alguien viene con ud al ejercicio)

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3) que me puede hacer algo mejor (I reworded question as incorporar was not understood to piensa que va a poder hacer ejercicio) SHE: si, estoy haciendo un espacio para poder

hacerlo, necesito saber que es lo que puedo comer, (ME clarify) Estoy para mejorar mi salud, espacio en las horas del dia, tengo que ir a caminar (Espacio me...) pensar que tengo que dejar toda la flojera para que pueda a caminar (ME explain more) hago unas cosas que no tengo que hacer, como sentar, hablando en el teléfono, prefiero ir a dejar eso e ir hacer ejercicio y caminar

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d) dormir 8 horas.
22. Que piense se le hace dificil dormir suficiente (RQ3d) solo se me quita el sueno y no me duerme (explain more) se me va rápido el tiempo, cuando miro ya es tarde, y ya me dormi como a las 11(pm) (Probing) tiempo
Dígame mas, tiene unos ejemplos?
23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d) estar cansada para dormir rapido, he caminado y cuando regreso duermo mejor (Probing, otras cosas ...)
24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3) (tiene un efecto al peso) SHE: si (Probing en que manera) SHE: yo pienso porque estoy asi gordita, solo dormir, me estoy viendo la tele, me queda dormida, por eso casi no miro la tele, y me quedo dormida y ya no quiero dormir. (Probing en que manera) SHE: dormir demasiado, en la noche no puede dormir, estoy sentada me duerme, y estoy en el Ralph's y estoy dormida...yo siento que eso me sube.
25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3) no se como decirle ... Cuando estoy sentada pues me quedo dormir, en la noche solo duermo de 11(pm) a 7 de la manana

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista? Si uno quiere uno lo puede hacer bajar de peso, si hay tiempo pero uno no lo quiere hacer hasta que uno se mira un poquita mal, tenemos que ayudar uno para uno mismo Ayuda para bajar de peso (probing que seria ayuda para Ud., en que forma ayuda para bajar) SHE: que me ayuden como que s lo que puedo comer, lo que no puedo comer, y hacer ejercicio (Probing: to clarify, recibir la información de donde... amigas... que significa ayuda para Ud.) como preguntar las personas que preguntar o si puedo y recibir una respuesta;... (de quien lo quiere preguntar) SHE: de Ud (i clarified)de una nutricionista
- Me (Researcher), "Gracias por sus respuestas."

P7 Sept 20 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Pues comer bien, tener buenos planes de comida, ahm, actividades físicas, este...

Influye también mucho como esta el ambiente familiar (Me probing.... En que manera) SHE: aviento reglas, este... como comer, horarios de comida, horarios de ir a dormir, horarios para estar el en control para ...[todo]

(Probing: cuando habla de horarios mas que nada esta hablando de orarios y reglas, o de otras cosas también?) SHE: oh es todo de horarios y reglas

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Pues yo siempre he querido estar este, hay veces que por la edad, este, la edad ...la estatura nos tiene en un peso para tener...hay veces que hacemos lo posible estar en un promedio de peso ...aveces se puede, aveces que no se puede, verdad...eso es lo que..pero...tratamos de estar el peso que, por nuestra edad, y por nuestra estatura

(Probing: eso es que es peso saludable, para Ud. la estatura y la edad?) SHE: nods

(Probing: y si alguien dice que's peso saludable? Me dijo que es por la edad y la estatura reflecting her statements, hay otra cosa, oh eso es?) SHE: No, por, también porque como comer...como es que come unocomo es que come la gente ...plan...planes de comida

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Para mi que quiere decir come saludablement... (Me: repeat the question) SHE: es no, este, comer comida de la calle, como hamburguesas, pizza, lo que mas ...comida rápida

Para mi es comer saludablemente como, este, preparar su propia comidas, es comer fruta, vegetales, este, frijoles (laughs), lentejas, este, dejar la soda, no tomar tantos jugos, tomar mas aguas con frutas naturales (ME PROBING re aguas con frutas naturales...con azúcar o no azucar) SHE: trato de usarla no azúcar, solo la fruta, como aveces you preparo el agua de pina melón esos son dulces no necesita agregar, este, azúcar,

(PROBING, ok, otra ideas para Ud.?) SHE: ya es, esta bien (she giggles, laughs)

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Pues no comer saludable, es estar comiendo comida de la calle como papas, hamburguesas, este, tacos (she giggles again)

...que no sabemos como preparan la comida...si la carne es nueva oh, o ya la cocinaron días antes, no sabemos...

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b) Si

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

O, eh, para mi esta bien, porque, este, si uno come, tiene varias comidas y bocadillos, este, uno cuando va a comer no se necesita comer grandes porciones ...porque si una deja a largo placito 4 a 5 horas sin comer, cuando uno come, come impulsivamente...y come de mas. (she laughs) y...si uno esta comiendo cada 2 horas, cada 3 horas, con su bocadillo, este, cuando uno come, no necesita comer grandes cantidades.

(Probing: re 5 a day, as did not quite answer that, ahora hablando de las 5 frutas y verduras, hablando solo sobre eso, como cabe comer 5 frutas y verduras...)

SHE: hmm... (long pause) ah bien, en la mañana desayuno preparo huevo con espinaca cebolla y tomate, una rebanada pan tostado, este, puede tomar te, a las 2 ..3...horas puedo comer mis almendras, a las 2 ...3. Horas puedo comer broccoli, ehm, lechuga, jitomate, pepino, este, con un pedazo de pollo, y asi aveces pongo un poco de arroz, o pongo ...frijoles...en 2 horas despues...en 2 horas despues puedo comerme, este,...un palito de queso...o una galleta, despues, este, la hora de la cena es igual...es ensalada, carne y frijoles, este, y allí puedo comer aveces, una fruta

(Probing: cuando uno dice comer 5 porciones, que quiere decir 5 porciones)

SHE: que tiene que comer uno vegetales? (ME: cuando uno dice comer 5 porciones de frutas y verduras) SHE: que tiene que comer uno come si en la mañana voy a comer una porción, y en lunche otra porción, y en la tarde es otra porción. Y con las frutas, y ya estamos comiendo una porción ...2 de frutas, con las 3 de verduras. (ME: ok, ok...agreeing acknowledging) SHE: laughs

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)

La experiencia es para mi que para la bolsa, porque si uno no come saludable, y sale uno a comerse una hamburguesa ...una pizza, gasta mas dinero, que cuando esta comprando comiendo frutas y verduras, local la carne para uno preparar lo,

(Probing: y cuando va a la tienda, y lo ve y lo hace...no es stressful...) SHE: no

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Obesidad, pues que...(laughs)...cuando uno se ve gordito, o se siente con mas peso

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Oh, ya a perida, 150# (ME: clarify, a pesar 150# - to weigh 150#). SHE: si

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Que pienso que me afecta mi peso? Hm, la verdad no, no entiendo que (ME: ok)

SHE: no entiendo que es lo que me afecta, porque le digo que yo puedo estar comiendo saludable, caminando, oh, a menos que me falte...tengo que correr? O no se que tengo que hacer para ...pero yo trato de siempre estar activa...

(PROBING: a notado que algo le afecta mas, o todavía no sabe que esta

pasando?) SHE: tal vez que cuando uno cierra su mente y uno esta pensando que quiere perder peso y dice, "oh voy a comer eso, porque esto es nutritivo," "Oh, esto me haz, creo que, este, no me va hacer mal, o no se," Cuando uno esta pensando en que uno quiere perder peso, como que si agarra mas. (she laughs)

Eso a mi me a pasado (ME: probe more, y que había pasado, cual fue su

experiencia?) SHE: estuve yo en un plan de comida, desayunando mis y iendo a caminar, y yo me pese, y despues estaba, you estaba ...querer decir "oh yo baje de peso en haciendo esta dieta, caminando...No, no es como dieta, un plan buen

bien, y cuando me voy a pesar ... el dia que me pese, pese 174, y cuando eran 6

semanas que yo dije que tal vez ya había perdido peso con mi plan que había

hecho, pese 182 ...181, (Starts to laugh and giggle) (I reflect her giggle) SHE:

digo, que esta pasando (as she laughs remembering) si yo estoy haciendo ...you

estoy queriendo bajar ...tal vez es mentalmente oh no se que esta pasando. (ME:

y ese plan, de donde lo recibio) SHE: estuve iendo a un taller, de, para

diabéticos, y este, era un grupo de como 12 personas, estuvimos iendo, para

familias era... (Probing: y me daría un ejemplo de que ...) SHE: el grupo era un plan de que estábamos ...ellos estaban...cada quien lo hacia...como hoy yo decía, ah, mi proposito este es caminar por media hora en las mananas, todas la mananas, ou, todas las tardes, y ahora voy a dejar de comer ...no voy a ...nnn...tomar nada de soda...solo voy a tomar agua...hoy voy a dejar la fruta ...hoy voy a comer en lugar de una fruta, me voy a comer un pepino extra, no quiero agregar tanto azúcar... o algo asi, siempre hacia...pero le digo que cuando empezamos el taller, todos nos pesamos y yo en las mananas me levantaba tempranito me hiba a caminar, regresaba, desayunaba, este, yo, todo era para yo querer decir, “oi yo quiero decir que perdi mas peso en el grupo, pero fui la que agarro mas (laughs)” (ME reflected pero ellos no dieron un plan, fue sus propias metas) SHE: no ellos nos digieron que podíamos, pues lo que podíamos poner en los platos... las porciones... o cuanto, como era lo que podíamos comer

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

Oh pues uno gordito cuando tiene que agacharse, cuando tiene que...este que cuando uno se camina, si se fatiga. Que que...aveces, dolor de cabeza, oh, yo soy diabética, you tengo que estar chequeándome mis niveles de glucosa, ya cuando a uno le sale a 125 [glucose] y dice, hay Dios, este, que vamos hacer, que tengo que hacer para que estar controlada que no subo mas de eso, porque si sube, ya es subir mas mis niveles de azúcar, o es que tener que tomar mas medicina

12. Piensa que hay algunas tareas o es todo (ME: ok) SHE actividades que se la

hacen más difícil? (ME she had answered it above, but I used reflection restating

what she told me then asked, if there was more... hay algo mas?) SHE: no es lo único que esta... ah, para vestirme vestirse, también hay ropa muy bonita y solo hay para delgaditas (laughs lightly but then laughs intensely)...la ve uno y dice, “oi, que bonito ...va a buscar...oh Small (size), o Xsmall, y que size soy yo? L..XXL, y luego porque lo que a muchas delgaditas son las que las usan va uno y ya no mas XS y Mediano, es lo mas porque casi mas puro XS y Small, y nosotros llegamos hasta XXL (laughs) y XL... (ME: ok)....SHE: yo llegue a pesar 229 libras ...ahorita yo tengo 3 anos entre 160-180...como que subo y bajo ...pero allí me estado manteniendo ya tengo 3 anos ...(she smiles and laughs)

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)

Por la salud

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

No tengo dificultad en no hacerlo.

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos

(almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

Pues uno comer porque eso es mas sabroso, pero uno sabe lo que es sabroso no es lo bueno porque que sabe bien, sino porque es saludable para uno

(Probing: cuando come mas de esas cosas [carbs] hay alguna razón a pesar del sabor?) SHE: no yo creo que es por el sabor, no creo que es por (laughs) ME: probing.... SHE: yo pienso que no

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

En que uno no lono tiene mucha actividad, o porque ...este...come demasiado (ME: clarification.. “come demasiado de que?”) SHE: de todo (ME: I repeated the question emphasizing the Word carbohidrato...piensa que le afect, o no piensa que le afecta?) SHE: Yo pienso que si afecta (ME probing que seria que afecta?) SHE: como son los carbohidratos (I clarify her question re carbohidratos from list read previously) SHE: las harinas son mucho almidon y las frutas tienen mucho azúcar (I repeated the question) SHE: asi esta bien (I believe this question was not clear for her)

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Pues voy a caminar 30, 20-30 minutos a la hora que sea...4-5 dias a la semana

Tiene unos ejemplos?

18. Que piense que se le hace dificil hacer ejercicio? (RQ3a)

Hay veces que cuando, es este, los compromisos que uno tenga. Como yo tengo 3 hijos, tengo 3 hijos, yo hay veces que en la mañana, yo siempre en la mañana los tengo que levantar ...que se banen, que desayunene, que estar seguro que se laven los dientes, que este...ok, hay veces que tengo que....yo no trabajo...pero hay veces que me invitan, quieres ir con migo un ratito, ya digo ok me voy a trabajar o regreso, tengo que estar preparando comida, tiene que uno lavar trastes...hacer

actividades en la casa, lo que tiene que hacer en la casa (responsabilidades). (ME: reflection of what she said) SHE: yo pienso el exceso de actividades

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

Necesito hacerlo en horas en que mis niños estén dormidos o este, o antes, oh...dormidos (kids), ya sea en la mañana, o ya que ellos estén dormidos en la noche. Es mi mejor, mi mejor forma de hacerlo... hay veces que lo hago con ellos con los niños, pero ellos siempre, cuando quiere alguien hacer sus cosas oh caminar, (they ..kids) yo quiero usar la patineta, yo quiero esto...entonces uno tiene que hacer su tiempo para uno. (ME: tiempo otra cosa que se le hace mas fácil...) cuando ellos están durmiendo

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Yo creo que si me propongo, si puedo. Lo que uno se propone, si puede

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Pues dormir suf... yo ah, yo pienso que dormir suficiente es tener un horario de dormir lo máximo 8 horas...en la...en la noche. (ME probing regarding máximo, “y dijo lo máximo”) SHE: máximo pues uno duerme aveces hasta 12, pero cuando uno duerme mas quiere dormir mas.

22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?

La verdad a mi se me hace difícil dormir suficiente por las actividades que tengo ... Son 3 hijos (chuckles, then laughs)... (Me probing) SHE: hay veces que estoy pensando, pero tengo un sueño, pero tengo que hacer esto (laughs)... o se va acostar pero esta pensando en oh tengo que hacer esto me tengo que levantar

tempranito porque voy hacer esto... de todas las maneras eso es a uno siempre pensando

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

...haciendo un lado, ahora no voy a pensar en esto, ahora me voy a dormir (PROBING y puede hacer eso?) SHE: hay veces si (smiles) y digo hay trastes en el sink, y digo ahora NO, ahorita no los voy hacer, me voy a ir a descansar un rato o ya voy a dormir mañana por la mañana... Hay días que si...(she smiles and laughs) (ME: reflecting what she said) SHE: nunca se termina, aha, por eso lo que le digo, haveces digo no, y no lo voy hacer, tengo que salirme de la rutina, esa de estar haciendo ...lavando trastes ...recogiendo con los niños ahorita limpia, y al rato esta otravez un zapato alla ...un calcetín aka, mm nunca termina uno y solo estresada (laughs) (ME: entiendo)

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

He escuchado que si... en no dormir lo suficiente, o estar pensando en lo que tiene que hacer

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

Tal vez... (ME; probing en no dormir ...) no dormir yo pienso que es lo que aumenta

(Probing:...) Yo pienso que no duermo suficiente, en mi persona, que no duerme suficiente

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?

No es ya creo que ya.

P8 September 21 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Pues, tener buena salud es tener vida. (ME: tener vida) SHE: si, ah, y felicidad, porque la buena salud es la felicidad. En la vida. Menos enfermedades (giggle sigh) Es lo que yo pienso. (ME: great, gracias)

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Ah, que seria...come que cantidad? O come... (ME: que quiere decir cual quier cosa se entra en la cabeza cuando alguien dice, "oh peso saludable" que quiere decir eso?)

Ah, pues que uno no esta, esta tan propenso a una enfermedades como colesterol, diabetes, todas esas enfermedades, que dan por el alto peso cuando uno lo tiene. Me imagino yo, que (ME: ok great, cual quier otra cosa que quiere decir peso saludable?)

SHE: ah, (laughs) no se (ME: it's ok, esta bien, si lo entiendo bien que no esta propensa a enfermedades (I am reflecting and repeating points that she had made))

SHE: Si, aha, para mi eso es un peso saludable que,... salud la salud mhm (ME: clarify there are no good or bad answers, siempre no hay preguntas no hay respuestas ni buenas ni malas siempre pregunto mas para ver si hay mas o si yo lo entiendo bien [SHE: oh ok] ..ok, ah, number 3...)

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Pues estar, comer saludable es, es tener el peso saludable que, que el peso que necesitamos y este, prevenir muchas enfermedades es lo mismo de cuidarse con la

alimentación (ME: probing more---- y comer saludablemente que es?) SHE: m
 [she appears not to understand the intent of the question, si I am re asking it
 emphasising eat 'comer') SHE: es quererse uno mismo, porque comer uno
 saludable es querer nos queremos nuestro cuerpo, y queremos la salud, y nuestro
 cuerpo

(PROBING more: y que es saludable?) SHE: que serian, pues frutas verduras,
 ahm, creo que las carnes no son tan saludables, pero tampoco son dañinas, no, y
 pues las cantidades también, tenemos que cuidarnos en las cantidades que
 comemos, no, no excedernos en las cantidades, (PROBING algo mas) SHE: el
 ejercicio también, aun que eso no es parte de la comida, pero es importante
 también (ME: repeat question) SHE: pues, casi lo mismo, aha,

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

No comer saludablemente, eso es cuando comemos de todo. Comidas chatarras,
 comida de la calle, muchas grasas, muchas... ah... muchos azucares como a mi
 me gusta mucho (laughs) las cosas dulces Es no es comer saludablemente, no
 hacer dieta para nada...como yo (Laughs) (ME:probing... algo mas, que no es
 comer saludablemente?) SHE: ah, pues.... Yo creo que es todo.

Me podría dar unos ejemplos?.....

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b) Si

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b) (I repeated the question)

SHE: hay pues yo casi nunca lo hago (laughs) a menos en mi vida, casi nunca lo
 hago, o a veces el tiempo, o escusa de nosotros y a veces también la vida que

llevamos. Porque para cui... para comer saludablemente también... mucha gente dice que no se necesita, pero si se necesita mucho el dinero también porque si nos vamos a cuidar en la alimentación también sale mucho... sale muy caro... sale muy caro para cuidarnos (ME: ok, thank you... I reflected back what she said, and repeated the question, ¿cual quier otra cosa?) SHE: pues o no, pero como aveces los trabajos los horarios por eso es que no caben la ... las... como comer cinco veces al dia como el doctor lo recomienda

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)

A pues, ha (sighs) pues yo casi no compro, bueno si compro, frutas y... mas que todo frutas, verduras, ehm, si las comemos, las consumimos con mis hijos pero pues es bien difícil hacerlos comer ... porque como yo he trabajado siempre, entonces a mis hijos me los han cuidado, y a veces en donde se les cuida a uno le dan lo que quieren de comer y ellos no se han acostumbrado mucho a comer frutas y, y verduras, mas que todo.

(PROBING: ME... y en casa, si piensa en si misma la experiencia de comprar, y preparar y comer frutas y verduras – a pesar que los hijos no están acostumbrados y que estaba trabajando-hay unas cosas con sus experiencias de ir a la tienda y comprarlas, o prepararlas, o comerlas?) SHE: ah, pues, ... (ME: cuando piensa en comprarlas, que es el pensamiento en su cabeza en comprar fruta y verdura)

SHE: pues siempre compro verduras y voy pensando como las voy a preparar, porque a mi me gusta mucho, como... cocidas nada mas... cocidas en caldo las verduras, y las frutas, ah, para animar a mis hijos que se los coman pues siempre

voy pensando, digo voy a comprar tal fruta para hacerla picada se las doy toda junta para que se las coma fruta juntas, y eso es lo que yo pienso cuando voy a comprar las. (ME: como prepararlas (I reflected what she stated) Cual quier otra experiencia cuando piensa que lo va a comprar, preparar, o comer, a pesar del tiempo pues habla de dinero pero ...cuando va a compras que esta en su cabezita [pensando] cuando piensa lo voy a comprar, no lo voy a comprar, es bueno, es malo, es frustración o no es frustracion) SHE: (she understands what I am asking regarding her thoughts while shopping her experiences about buying preparing fruits veg.)... Pues habla de frutas y verduras, o de lo que sea, (ME: frutas y verduras) SHE: pues en las frut, yo siempre, siempre yo tengo en la mente de cuando compro las frutas y verduras que son saludables, digo oh esto es saludable y, y pues...es bueno para mi, y para mi salud ...pero lo malo a veces no se, no se como prepararlas o como, como... pues también ... es lo que yo pienso que son saludable debido a las frutas y verduras. (ME: ok, thank you.)

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Ah, pues, obesidad, enfermedades. (ME: ok, enfermedades). SHE: si, porque yo soy una de esas yo me siento....desde que me he engordado demasiado, me siento ya nos...ya no soy igual.. ya me siento bien cansada, como estresada, de mal humor, y pues ...para mi, la obesidad es lo peor (cough), si.

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Para mi, me gustaria pesar, lo que yo...mi peso que siempre tuve que me decían que siempre era sobrepeso, pero es el peso que me gustaba tener, y yo pesaba 120... (ME: ok) SHE: y pues me gustaria pesar lo mismo

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Todo. (ME: todo). SHE: si todo, porque a mi en mi casa, hasta para el eh mi comportamiento ...lo que haces de lugar ya no es lo mismo, ahm, he estando con mi humor hay...muy... por lo mismo y yo se que tiene mucho que ver un sobre peso. ME: y que piense que le causa el peso, cuales son las cosas que le afectan aumentar a su peso) SHE: pues aparte que yo estoy consciente que no me cuido como debe de ser comiendo saludable como debo de comer, ah, también el mucho estrés me provoca sobrepeso. Yo no se, si, estará en mi mente pero cuando yo tengo tristezas o preocupaciones a mi me da esa ansiedad de comer yo quiero comer y me provoca comer muchas cosas dulces y despues me siento culpable...yo se que estoy mal. (ME: i reflected her statements, estrés, comer mas [SHE: si]....me: y piensa que hay otras razones que le afecto su peso) SHE: ah pues, no...pues como le digo, las preocupaciones y el estrés y todo eso (ME: ok great thank you. A hora ya contesto esto pero lo pregunto otra vez then asked RQ11).

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3) (Me las experiencias de casa, de afuera)

Pues, en la calle, yo la verdad, no me siento agusto. Ahm, no es como antes, ya no puedo vestir igual, hasta cuando camino ya me siento cansada, me canso

demasiado y...pues por mi tamaño también me afecta, entonces a mi me afecta ...me afecta mucho, muchas cosas que yo no puedo hacer con facilidad, no puedo hacerlo con facilidad por el sobre peso (ME: mh, thank you.)

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil? (Me: es mas específico, me dijo de caminar, y ...) SHE: si y para caminar, para agacharse estoy haciendo en la casa, pues ahorita no porque me he lastimado con mi mano, pero antes ah, cuando estaba pasando vacume y ahí tenia que sentarme porque queda bien cansada, oh para todo, para todo... últimamente mi hija me dice, “mami, vamos ha hacer ejercicio,” mi hija esta delgadita, y hibamos a caminar y yo a medio camino yo no aguantaba ..ya ya me canse...se me duermen los pies...me duele mucho la planta de lo pies, y me imagino que es por lo mismo...el sobre peso que tengo. Y pues eso es algo, para mi, algo muy estresante, muy...me siento muy mal por eso. (PROBING: el dolor le causa el stress o el sobre peso le causa.) SHE: el sobre peso (ME: ok, thank you) SHE: mhm

Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?

(ME: ok, el 13... quiere decir otra cosa sobre las tareas o actividades?) SHE: pues como le dije todo, me siento yo que todo me afecta ... en todo me afecta el sobre peso. No puedo decir que hay algo que, que a mi me beneficie el sobre peso, para mi todo, en todo me afecta...

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)

Me influye a comer cosas saludables cuando me duele mucho la cabeza ... porque a mi me duele mucho la cabeza y se que es por el sobre peso

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

SHE: ammm, que causa, dice, comer menos (ME: ya, es como al revés, ya me dijo unas razones que esta comiendo carbohidratos, so, es casi igual, asi que, si piensa, Oh voy a comer unos carbohidratos, que serian razones que no come menos carbohidratos)

SHE: pues.. (ME: cuales serian sus experiencias y razones de no comer menos de esos alimentos) SHE: pues la verdad yo ni si quiera sabia lo que contenia carbohidratos y, yo oigo, y me gusta escuchar un, un programa en la radio que, que de una señora que habla sobre todas esa cosas pero se me hace como bien dificil entender que es carbohidrato, que es...hace mucha diferencia en los en los alimentos y pues yo en realidad, no, no se, no estoy muy segura de que es lo que contiene carbohidratos y que es lo que no...entonces ...pero ahorita que Usted me lo esta diciendo, pues, ah, pues no sabría decirle que es lo que.... (PROBING: y, y so empezando a pensar de que esta comiendo las masas y si se imagina que, que quiere comer menos masa, por que no para menos masa, no es malo, ni bueno, es mas que son las situaciones que provocan no comer menos de eso [SHE hm], ya

me dijo varias ... pero no quiero poner esas palabras en su boca, aver si, lo que me dice a mi.) SHE: si pues le digo que es como una ansiedad, es como algo que llega a mi, y que, a mi, y que yo quiero comer pan, que yo quiero un sándwich ...digo, hay yo quiero un sándwich pero no lo quiero del pan integral yo (laughs) quiero de pan blanco porque no me sabe igual. Y, y, pues...ah...no se, no se ni yo misma que es lo que me provoca esa ansiedad de comer, como le digo, las cosas dulces ...que pero, pero si cuando me siento...yo he sentido cuando me siento como...como deprimida, como sola, y mayormente ahora que no estoy trabajando, y que tengo del accidente que tuve en el trabajo, me la paso sola en casa...me pongo a limpiar y, y me siento bien inútil cuando hay cosas que tengo que hacer y no puedo porque me duele, me duele el brazo ...digo, hay, voy a comer ya me dio hambre, y tal vez no tengo que comer pero yo en mi mente esta que tengo hambre, quiero comer me una tortilla de harina con cream cheese, y que yo quiero comer algo que, porque según yo si me como una fruta, eso no me va a llenar, entonces, pues (ME: ok, thank you)

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d) (hay algo mas de lo que dijo?)

SHE: no, tal vez tal vez el problema mio sea también que cuando que...dejo pasar mucho el tiempo y espero que me de mucha hambre, y cuando tengo mucha hambre es cuando siento yo que como demasiado (PROBING me:reflecting her statements...= también mencionio menciono antes que piensa que questa mas comer cosas saludables ah como verduras y ciertos aceites carnes ahm, piensa que algo de allí también le influye comer mas de esas cosas o solo es la ansiedad de

comer mas carbohidrato, y depresión, y hambre, y dejar horas tiene ansiedad, hay otras razones quizás es mas probable que coman mas carbohidratos a pesar de ansiedad y dejar muchas horas)

SHE: también yo pienso, ah, el modo, el modo de preparar los alimentos come que no estoy yo muy...pues la verdad yo no mucho se cocinar. Entonces yo lo que hago es hacer lo que yo me invento por lo que yo pienso, ah “yo voy hacer esto a ver si a si queda bien;” ...y tal vez necesito tener como el modo para tener tambiénam... para que mi familia se, se, se anime y pues que se les antoje aquella comida que yo prepare con verduras ... sa...saludable, pues saludable, y pues no, no, no tengo yo esa en mi mente decir voy a preparar algo bueno con verduras o con algunas carnes, que se, yo se que se pueden preparar comidas bien y saludables ...pero yo no lo se hacerlo. No sabría yo como hacerlo. (ME: ok great, gracias por la información, ok lo entiendo.)

16. En qué manera piensa que los carbohidratos [y ahora sabe que son los harinas, masas, jugos cereales) le afecta su peso [piensa que le afecta su peso, o no?

(RQ3c)

Ahm, pues a si como los como yo pienso que si porque a lo mejor, a lo mejor no le afecte si uno lo come moderadamente, pero como lo yo, como los consumo como mucho entonces en eso si, yo siento que si me afecta a mi peso

(PROBING me: y le afecta en la manera de subir, o a la... cual quier otra manera?)

SHE: mm de subir de peso

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Que...Pues para mi, pienso yo, no se, tal vez una hora diaria seria suficiente (ME: y diaria quiere decir cuantas veces por semana para Ud. Hacer suficiente ejercicio quiere decir 1 hora diaria?) SHE: yo pienso 1 hora diaria todos los días, 7 dias seria, porque yo hace bastante hace bastante ya, que yo tenia a mi peso bien, empezaba subir de peso y todos los días 1 hora me iba hacer Zumba y yo sudaba mucho, y yo sentí que si me ayudaba 1 hora todos los días, todos los días yo no fallaba...pero pues, come le digo, no me cansaba tanto como me canso ahora ...no tenia mis niños, tengo mis tres niños que ahora tengo que ayudarles mucho tiempo, y pues no me sentía tan mal como me siento ahora, ahora me duele demasiado so le digo me duele mucho la cabeza, me duelen los pies, y yo se que es por el sobre peso, entonces pues, entonces yo pienso que una hora diaria

Tiene unos ejemplos?

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a)

Que, eh, pues algo que me impida hacer ejercicio pues la obesidad me afecta mucho para hacer ejercicio ahorita (ME: en que forma cansancio...) SHE: cansancio si me canso y siento que me mareo si estoy, hasta en las fiestas no puedo bailar igual porque ya me canso mucho y pues eso... (ME: ok)

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

(ME: clarifying...que le provoca hacer mas) SHE: pues tal vez si yo tuviera el tiempo, bueno el tiempo se hace (laughs) para hacer ejercicio, ahm, tener yo que tener fuerza de voluntad para, para poner, para hacer ejercicio y pues...

(PROBING me: so tiempo y fuerza de voluntad) SHE: si, tendria yo que ponerme

una meta para...yo pienso que todo esta en la mente, si yo...como me dicen a mi, “si tu pusieras bien hacer ejercicio ...” me dice una tia, tu pod...podrias volver a estar en tu peso ... pero yo me pongo en mi cabeza, ya no es lo mismo como antes que, que no me sentía yo tan a si... débil, cansad, pero pues si quisiera.

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Si, si pienso que si se puede

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Ah pues yo pienso que es dormir suficiente es dormir lo recomendado que son las 8 horas

22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?

A mi se me hace difícil cuando tengo muchas preocupaciones. Yo soy, soy, tengo eso que yo duermo mucho, duermo muchísimo, yo si ahorita llego a mi casa tengo sueno, y yo me acuesto y yo me quedo dormida. Pero el problema con migo es que cuando tengo preocupaciones yo no puedo dormir, yo estoy en la noche yo me duerme, despierto cada rato y con las preocupaciones en la mente, y a la vez viene lo mismo, me da ...me provoca hambre, me provoca comer algo, pero

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Mm, pues, ah, yo pienso que cuando, ah, como estamos hablando de la alimentación cuando uno se alimenta bien si duerme bien porque si me ha pasado, me ha pasado que si yo como bien, a veces en una cena, o he hecho una comida bien, o he comido no ha llenarme, yo siento que duermo agusto ... que que, si puedo descansar (ME OK, PROBING, y a pesar de alimentación bueno,

que otras cosas piensa que le ayuda dormir mas fácil?) SHE: pues...solamente cuando estoy cansada, demasiada cansada, a si pues si duermo bien fácil (PROBING cual quier otra cosa que le ayuda dormir...que ha hecho o oído, cual quier cosa al día que note que le ayuda a dormir mas) SHE: ah, eh, ay no se (ME: that's ok, solo pregunto porque a veces la mente responde y Oh aquí hay otra, SHE: si ah, ME: so lo que me dijo (I reflect back what she stated as review of understanding) es cuando esta suficiente cansada, y cuando come bien y no se llena damasiad (SHE: aha asi porque también es que he notado que si como demasiado o ya tarde la cena también no puedo dormir estoy que me siento muy llena, o que estoy si no oh también cuando no he comido suficiente estoy también con ese 'hay siento todavía como hambre' que quiero... pero no me pongo en mi mente digo 'no ya no voy a comer ya es demasiado' I me quedo dormida y si duermo bien. (ME: ok, ok, el 24).

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Pienso que si, si me imagino que si (PROBING y en que manera) SHE: a pues, pues ah, he escuchado yo que dicen de que también el no dormir sufficient(a) ah suficiente provoca sobre peso, entonces, pues a lo mejor si puede ser que eso le provoca de peso uno

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

Tal vez no, tal vez no porque siento que no duerme demasiado, como le digo si me da sueno pero en eso si lo logro controlar siempre digo 'no, no voy a dormir' y no duermo siempre trato de hacer algo mas para no dormir, pero no me lo quiero

pasar solo durmiendo no mas porque tengo flojera en eso no pienso que no, yo pienso que mi sobre peso es por la, mi alimentación

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista ...sobre de lo que hablamos o cual quier otra experiencia?

Si como le digo al principio mi experiencia de mi sobre peso es, am, lo estoy notando, ahora lo estoy notando mucho con mis dolores de cabeza como le dije ah siempre e parecido de dolor de cabeza pero últimamente a siento que se me nubla la vista de repente de como me marea y yo digo 'Dios mio estoy muy gorda por eso es que estoy asi' Yo me he puesto en mi mente que eso y yo quisiera encontrar ayuda como poder bajar de peso y si, si será que yo a mi edad puedo llegar a pesar lo que yo pesaba antes ... pero pues

(PROBING y la ayuda quiere ayuda para poder perder peso [SHE: si] me: y que mas cuando hable de ayuda que mas? [SHE: que mas, que?] Me: quiere ayuda por su peso, y que clase de ayuda como aprender, me dijo [SHE: como aprender a comer alimentos saludables ...aprender que es, como por ejemplo en el desayuno que podría yo hacer un bueno desayuno saludable para mis hijos y para mi porque para mis niños también están...yo se que tienen sobre peso y, y...pues saber que's que es lo que como se, como puedo yo...ah... controlar el *sobre peso que tenemos* ... porque ya últimamente si me da mucha preocupación...me da, si me preocupa mucho el *peso de mi familia*

ME: cualquier otra cosa antes que terminamos SHE: no yo creo que... ME: it's ok? Ok pues gracias por su tiempo SHE: mmhm

(I am saving the recording on the digital recorder, “ok voy a poner lo aquí, save”)

Me (Researcher), “Gracias por sus respuestas.”

P9 September 23 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Oh significa larga vida (ME: larga vida, good, algo mas) SHE: estar bien (ME: y cuando dice estar bien, como explicaría estar bien) SHE: estar bien no enfermarme de diabetes ni de colesterol ni de enfermedades en los huesos (ME ok, ya?) SHE: si

2. Describa que sería un peso saludable (que quiere decir un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Oh un peso saludable seria entre unos 170 libras, según la estatura (ME: estatura, ok).

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Comer saludable...comer frutas verduras...ehm comer eh tomar mucha agua ...bebidas con tengan mucha azúcar

(Probing: y si vamos al #2 otra vez, un peso saludable para una persona

generalmente so para usted usted piensa que un peso saludable es 170 o es por lo general que eso es un peso saludable?) SHE: oh por lo general puede ser menos

como mejor, mejor vida va a tener) (ME (clarifying) so peso y estatura) SHE: aha

ME: y al 3 (I repeated what she said, 'verduras, frutas, mas agua no azucares

bebidas... aglo mas, comer saludablemente?) SHE: no comer mucha harina

....comida lo llamamos nosotros comida de la calle (ME: algo mas) SHE: no

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

No comer saludablemente. Em... no comer... puede ser alguien que comer

muchos tacos muchas carnes, ehm...carnes rojas, ah, ... (ME: ya?) SHE: ya (ME:

reflect what she said, so tacos carnes rojas, y que mas seria no comer

saludable....otras cosas?) SHE: comer muchas golosinas, sodas (ME: ya, SHE:

mhm [nods] ME: ok, thank you)

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b) NO

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b) I needed to verify she knew there is such a recommendation of 5 a day, so I said in knowing that now how does it fit

ME: so, hay una recomendacion de comer 5 porciones de frutas y verduras. En saber que hay esa recomendación, como cabe esta recomendación en su vida? Si sabe... si ahora le digo que hay una, como cabe una información a si en su vida que debemos de comer 5 porciones de frutas y verduras

SHE: pues cuando uno no las conoce, ba, es buene que uno le recomienden que comer que tomar y que cantidades comer (ME: ok, y hablando de frutas y verduras.... Come frutas y verduras en su dia?) SHE: si (ME PROBING ... y ... I went to the next question, as she answered as much as she could) I could not get how many she had

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b) Tiene unos ejemplos?
O cuando como frutas, y mas verduras, como mi estomago anda bien no se siente pesado, ni el mal est...ni molestias en el estomago, pienso que es bueno comer los (ME: ya y cuando va a compras y piensa 'oh, allí hay frutas y verduras' que

aparece en su mente cuando) SHE: algo bueno (ME reiterate 'algo bueno' SHE: si ME: y lo ve y dice 'o lo voy hacer, o no lo quiero hacer, o pasa allí y compra otra cosa) SHE: siempre compramos, siempre compro frutas y verduras. (ME: so aun que no sabia de ese consejo todavía lo esta haciendo SHE: si ME: siempre lo compra, frutas y verduras? Mas frutas o verduras?) SHE: mas verduras (ME: y en preparar los esta bien? Oh como se siente cuando prepara esas cosas?) SHE: no, esta bien (ME: ya, so en comer las también) SHE: [laughs] (ME: so no hay ningunas barreras de frutas y verduras) SHE: no siempre me gusta (ME: ok, y esta bien comprar las también) (SHE: si) (ME no hay ninguna barrera) SHE: no (ME: ok, great... el ocho)

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Obesidad? (ME: si) SHE: una persona que siempre esta enferma, que esta decaída ... o... no se siente bien uno mismo (ME: ok. Y para usted la experiencia de pensar de tener sobre peso ...que quiere decir eso para Ud.?) SHE: eh para mi? (ME si) SHE: estar asi o sea no, no no es bueno (ME: ok) SHE: no es bueno porque puedo ...puedo estar pareciendo de diabetes, este, enfermedades del corazón, también enfermedades de articulación en los huesos ... o sea, no es bueno (ME: ok, ok.. el nueve)

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Ui pesar 150 ...160 (ME: ok)

10. Que piensa que le afecta (que cosas influye el sobre peso que tenga peso)? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Me influye que a veces, oh, también parezco de ansiedad, y la ansiedad me hace come cuando estoy afligida por algo.... Cuando estoy pensando en tantas...tantas deudas que uno tiene, tantos problemas...entonces eso me hace comer mas de lo que debo de comer (ME reflecting: so para que yo lo entiendo bien, ansiedad, pensando en deudas, eh, problemas, algo mas?) SHE: oh, muchas veces ..ah, me pasa a mi que cuando eh como si como y estoy preocupada estoy afligida o estoy pensando en lo mismo, eh, me agarra eso de comer (ME: ok) y no me mido lo que voy a comer (ME: ok, thank you... el once)

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

Oh me afecta mucho quiero pasar solo dormida sin energía de nada, cuando camino siento que, hay que me voy a morir por una caminadita que doy, y si es molesto estar con sobrepeso (ME: ok tiene unos ejemplos?)

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?

Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?

Como me dijo que caminar, se queda dormida, hay cosas que algunas tareas o

actividades se le hacen mas dificil) SHE: aha no puedo por lo menos si agacharme me cuesta mucho recoger lo que se me cae al piso caminar, me cuesta caminar mucho (So mas que nada las experiencias son actividades de caminar, agacharse (SHE: mhm) ... recoger cosas, ok, tiene cual quier otras experiencias con su peso?) SHE: No (we talked at the same time, me: que nota que ocurre algo) SHE: que me canso rapidez (ME: ok so el 13)

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c) I

needed to clarify the question (Cual serian las razones que come cosas saludables,

que cosas le influye el comer lo saludable, por que elije lo saludable. More clarity: elije lo saludable por que razón?)

SHE: Hay porque quiero sentirme bien y quiero estar bien. Pero muchas veces, este, o, se me hace mas fácil comerme un par de dulces, una galleta, o un pan, o un vaso de soda. (ME: y cuando se le hace mas fácil [I repeated her words and asked for more information]) SHE: que en vez de prepararme un avena o un fresco natural ah, encuentro mas fácil abrir el refrigerador y servirme una soda (ME: ya esta hecho) SHE: ya esta hecho.

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

SHE: que me provoca comer menos? Si como menos harina, lo que Usted me dice, puedo bajar de peso (ME: y la razón, so, hay situaciones, come carbohidratos, en su vida ahora, pensando en lo que esta pasando diario es dificil no comer esos carbohidratos, y es dificil por que? Que esta pasando que le causa dificultad en no dejar el carbohidrato) SHE: como ya estabamos acostumbrados de ir a la tienda y agarrar el pan dulce, y las cosas que no ...que sabemos que nos van hacer daño pero siempre estamos allí (ME: so si piensa que sabe que le va hacer daño) SHE: y siempre lo agarro y siempre lo como (ME: ok, a si que costumbre) SHE: si (ME reflecting what she said... hay otras que influyen como

personas o como o solo por que se acostumbro) SHE: mm porque ya estamos acostumbrados (ME: ok, eso es) SHE: costumbre (ME: ok)

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

Es mas posible que elija eso porque el pan ya esta listo, ya nada mas lo agarra en la tienda y ya, e igual la bebidas también (ME: so conveniencia)

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Yo pienso que si me afecta, porque cuando como mas tortilla, mas pan dulce, mas..ahmm... arroz, siento que cuando estoy consumiendo esos productos, siento que estoy aumentando de peso (ME: ok, y le afecta en cual quier otra manera?)

SHE: no

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Hacer suficiente ejercicio, pues emmm.... Caminar a lo menos 1 hora en la mañana, y en la tarde una media hora, y oh, estar siempre ocupada en algo

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a)

Oh es porque, mm, me gusta mas estar dormida que caminar. (ME: cual quier

otras cosas) SHE: o estar viendo televisión que ir a caminar (ME: ok otras cosas

que piensa que se la hace difícil ir hacer ejercicio, en su experiencia?) SHE:

también que no me gusta el gimnasio no me gusta porque le ponen a bailar y no es mi...no me gusta el baile

(ME: y cuando dice que es hacer suficiente ejercicio, 1 hora dijo?) SHE: Si (ME:

y que serian uno ejercicios) SHE: mm, aparte de caminar, seria bueno ir a

aerobicos o estar, este, que su cuerpo tenga un movimiento diferente al de estar sentada y comer. (ME: pero no baile) SHE: no no me gusta (ME: ok)

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio (Clarified by adding que le provoca ir)? (RQ3, RQ3a)

Hay pues sentirme mal y verme al espejo y ver que no es, no, no y ... estoy pasada de peso y pensar que no estoy bien, que eso me puede causar mas problemas (ME: y le influyo en realidad eso? Piensa que ha ido a caminar con esa información en su...) SHE: si pero soy de esas personas que cuando no consigo en poco tiempo lo que yo quiero me ah, ya dejo de hacerlo porque pienso que nunca lo voy a lograr (ME: ok so lo quiere rápido) SHE: si (ME: Probing... y poco tiempo seria 'que' para usted, que rápido lo quiere.) SHE: un mes. (ME: y cuanto quiere perder en un mes) SHE: oh, quisiera perder las 100 libras que tengo de mas (smiles) (ME: en un mes ha ahh, ok) SHE: cuando dejo de comer muchas harinas y comer frutas y verduras siento, eh, o también cuando dejo de comer me siento mas gorda, me siento mas pesada (ME: cuando deja de comer eso?) SHE: aha, (ME: Probing que le ayudaría hacer ejercicio (reflection) SHE: no solo eso.

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Si, (ME en que manera piensa que podría incorporar, cuando dice si que quiere decir eso) SHE: que quiere decir eso, quiere decir que quiero sentirme bien quiero ver me diferente ponerme ropa que nunca me he puesto, (ME: reflecting

probing: En que forma piensa que se va sentirse bien) SHE: pienso que me voy a sentir, este, mejor porque me voy a ver diferente

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Lo normal seria dormir, por lo general, bueno a mi me encanta dormir no se si es porque soy enferma o no se ...duermo demasiado (ME: y dormir suficiente que quiere decir) SHE: dormir suficiente, porque, cuando se duerme lo suficiente como que el cuerpo esta mas descansado, mas (ME: clarify dormir descansado) SHE: si

22. Que piense se le hace dificil dormir suficiente (RQ3d)

Nada porque yo si duermo mucho, mucho

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

SHE: pues, no... (Same) she sleeps a lot (ME ya esta durmiendo)

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Si (ME: en que manera) SHE: porque con mi sobre peso siempre estoy cansada, siempre quiero estar acostada, o sentada

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

Answered above (ME: probing, piensa que el dormir afecta el peso, o el peso afecta el dormir o los dos) SHE: los dos (ME further inquirí: y para usted piensa que el dormir causo peso, o que el peso causa dormir) SHE: el peso me esta causando dormir

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?

Bueno no es bueno estar con el sobrepeso porque influye a muchas cosas ...como estar enferma. Tambien me han dicho que, que estar con mi sobre peso me causa no poder salir embarazada (ME reflect what she said, a si que no quiere estar enferma y quiere estar embarazada) SHE: si (ME: cual quier otra cosa) no quiero estar enferma, y quiero estar embarazada

P10 Sept 26 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Tener buena salud es no estar enfermo, y tener una dieta balanceada

Probing regarding balanceada: SHE: pues dejar de tomar sodas y comer verduras y frutas y unos los granos básicos (I PROBE re granos básicos) SHE: como, no mucha masa y frijoles y arroz, ero balanceadamente

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Creo que dependiendo la estatura de la persona y como es su metabolismo, pero para mi en mi caso, seria 160 seria perfecto

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

No excederme de las porciones que se supone tendría que estar comiendo (ME PROBING re porciones) SHE: como por ejemplo, si como arroz, solo seria la cucharada de arroz en vez de yo poner 2 cucharadas de arroz, osea no excederme (breastfeeding baby who turns around and wants to grap microphone on tape recorder)

(I probe algo mas) SHE: a mis horas comer .. ahora no tan noche ni tantas veces en el dia, corecto seria comer cada 3 horas

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Comer comida chatarra (ME y chatarra que quiere decir for you) SHE: hamburguesas, pizza, comida fuera de casa, que no sabemos que clase de grasa pueden tener...(E probing more...) SHE: los snack como los Cheetos
Me podría dar unos ejemplos?.....

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)

Ah, si.

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

Pues no la aplico, (ha laughs), no lo aplico, la verdad que no lo aplico, se que si lo hiciera, no tuviera el peso alto que tengo,

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)

Muy malo, muy malo, no lo hago verdad ue no lo hago...

(ME probing regarding buying...comprando) SHE: usualmente si compro frutas y verduras, como para cocinar, pero las compro, pero realmente no las consumo, sea mas que todo las hago por mis hijas. Pero en mi personal no lo hago...sea ..se que lo he puesto allí pero no me he puesto personalmente para decir si voy a hacer una dieta, por decir asi, de comer saludablemente

(Probing re: preparar) SHE: preparo las verduras, si como ..pero no es que sea que diga yo, oh que es delicioso...voy a comer todos los días. (Me probing through reflection) SHE: yo como muy poco de eso (I say I don't want to give words, as I want to learn from her... "no quiero darle palabras, desde que es entrevista...")

Tiene unos ejemplos?

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Para mi quiere decir que una persona tiene un sobrepeso, que su cuerpo no esta adaptado a tenerlo...como en mi caso...Yo estoy sobre peso, bueno, yo acabo de dar apenas ...tengo 8 meses de haber ha dado luz (gave birth)...pero aun asi yo

quede sobre peso porque no me quide en el embarazo con las comidas, comi a cual quier hora, comidas grandes, comida chatarra, entonces lo que es el sobre peso para mi es de la persona que esta sobre del peso adecuado del peso que tendría que tener según su tamaño y su estatura del cuerpo.

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Oh my God, for real, 130, no I'm kidding ...seria para ser adecuado no tan gorda seria 160# para mi. (She laughs) seria ya perfecto. (Probing y de allí...) SHE: ahora 208#

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Primero no comer adecuadamente, no hacer ejercicio, no tener una rutina de comidas (PROBING anything else) SHE: el estrés, trabajo, solamente (ME el trabajo) SHE: bueno yo trabajo en un restaurante, so lamentablemente pues allí come y no es comida buena, porque es comida chatarra ...entonces aveces no como a mis horas, aveces se toma el break temprano, aveces se toma tarde, es dependiendo que tengo ocupada mas por el puesto que yo tengo...entonces se me hace un poquito mas difícil... y sin poder decir, no me tengo que ir a mis comidas

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

Mucho, mucho si... mucho, ahm, por mi sobrepeso, yo estoy sufriendo de dolor de espalda demasiado, mis pies están llenos de varices, ah, no puedo, puede hacer mis actividades como cuando estaba mas joven que tenia menos peso, me camino camino pero me canso demasiado. Todo eso me afectado a mi mi sobrepeso (Probing repeat question....repeat what she said, cual quier otra cosa) SHE: no.

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?

O si, claro que si. Ahora que me [...] siento que me canso mas rápido, también si antes fácilmente podía levantar de cama y digo que ahorita estoy necesito ayudo pero no Me cuesta un poquito mas porque me duele mucho mi parte, mi parte baja de mi espalda...

(Probing otras cosas?...) SHE: cuando tengo que forzar me para hacer limpieza, tengo que tomar pausas por lo mismo si me agito mucho algo, eso me hace que me canso rapidisimo

Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)

Bueno cuando ando en la calle, lo primero que pienso es comer comida chatarra

(ME: chatarra) SHE: chatarra ...comer...comer cuando aveces cocino estoy comiendo mas de lo que comer, sea, soy glotona por decir asi como de mas...en vez de solo comerme lo que me corresponde de comer...sea mis porciones tengo que poner en el plato. Yo agrego mas de esa porción

(PROBING re ask question) SHE: no me fuerzo a comer lo...sea realmente no hay nadie o nada que me lo impide, solamente sino es mi mismo mente que no le llama la atención para comerlo...

(PROBING si a caso elije algo saludable, que seria la causa de eso) SHE: si elijiera, no comérmelo o comérmelo? (ME: comérselo) SHE: la verdura ... casi no me gustan las verduras pero...

(ME PROBING y que le influye a elegir..) SHE: a fruta, ahorita mi HERMANA...

ahorita ver a mi hermana el esfuerzo que esta haciendo me influye para si si la

...como un apollo para ella, prácticamente ...me influye hacerlo...

(PROBING and reflecting her comments...le influye) SHE: otra persona

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

El pan... (ME: y las razones que...) SHE: si porque no dejo de comer masa, que son los carbohidratos, porque todo, ya sea frijoles, arroz, pan dulce, la soda NO ya lo deje, la soda ya nos efecto para mi, pero si comer cosas dulces, son las...los carbo carbohidratos como demasiado, como cereal....yo también no lo dejo, me tengo que como ahorita me como un poquito de cerealy mi café, ya lo tomo amargo si estoy evitándole mas azucares, pero incluso todavía no es perfecto... las masas, que las pastas, todo eso todavía también lo como...

(PROBING: I lo que le influye...) SHE: pues porque lo tengo en casa, y eso es algo muy fácil decir voy agarrar un pan dulce con una taza de café.. (ME clarify, so Facil?) SHE: fácil (Me reflect back what she said, fácil easy, SHE: easy (si))

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

Porque lo tengo a la mano, eso ya lo tengo a la mano, el pan dulce esta a la mano, el pan de caja esta Usted sabe que todo en toda casa hay, es fácil no mas agarrar eso

(PROBING repeat question to see if new info comes from her) SHE: porque es facil (PROBE facil?) SHE: porque esta todo a la mano

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Ui, todo, porque es lo que es lo que mas como. Es lo que tengo allí dia y noche y lo puede tener yo allí a lo hora lo que quiero...si me quiero levantar en la mañana y tomar un cereal ya lo hago, porque lo tengo en casa.

(PROBING asi que piensa que le afecta su peso?) SHE: si (ME: en otras cosas...solo la salud) SHE: si, solo la salud

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

SHE: me puede hacer la pregunta otravez (She has a baby breastfeeding during interview) ME: SI (I repeat the question). SHE: creo hacer una 2 horas de ejercicio es suficiente (ME probing....en cuanto tiempo) SHE: dependiendo en la meta que tenga, porque allí se puede, uno se puede cruzarse metas. Lo puede hacer en 6 meses puedo bajar de peso y me puede meter dia y noche poner hacer ejercicio, comer lo que tengo que comer realmente ... entonces el ejercicio es importante es cuando el cuerpo tambien va la energía que va agarrando el cuerpo

Tiene unos ejemplos? PROBING me: y esas 2 horas los piensa hacer cuantas veces por

semana? SHE: unas 3 veces por semana

(Probing: otras cosas que seria hacer suficiente ejercicio (I repeat what she said 2 hours) SHE: pues cual quier actividad que serria sacar como voy a recoger las ninas de la escuela...ahm, cuando voy a degarlas y en vez de agarrar el carro, salir a caminar, osea tratar de hacer actividades con el cuerpo

18. Que piense que se le hace dificil hacer ejercicio? (RQ3a) (Clarified with her que le causa dificultad en hacer ejercicio) SHE: (Laughs) lo lazy, no ...uno bueno en lo personal...soy muy, que debo decir... fastidiosa en decir, ay tengo que hacer ejercicio, o levantarme temprano, hay veces que son, aveces no hay tiempo, mas cuando uno tiene hijos en casa, es muy dificil el trabajo, los hijos, tareas, sea todo...eso..es lo que dificulta poder hacer ejercicio (PROBING so tiempo, tareas,) SHE: y tarea de casa

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

Caminar, abdominales, (PROBING clarifying Y para poder hacer ejercicio que le causa poder hacer ejercicio?) SHE: ahm, tratar de ponerme un horario y que no me interfiera mis actividades al trabajo, mis hijas, y la casa.

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Si, claro. Si, todos podemos, es que no lo hacemos. (PROBING: asi en este momento si piensa en hacerlo es algo que podría incorporar o no ...not really...)

SHE: si

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

8 horas...diarias

22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?

En mi caso, yo tengo una bebe, y la bebe no me deja todavía dormir completamente straight (used English Word) mis horas...tengo que...despertarme para (¿?) para dar le de comer, pues eh ella todavía no, no duerme completamente ...Eso me dificulta también un poco poder dormir mis 8 horas

(Probing: y antes del bebe que le causaba dificultad?) SHE: el estrés, el estrés tiene mucho que ver

(Probing: asked question again 22)... SHE: el estres, es el estres... En mi caso es mi hija, porque se queja cada rato. Pero usualmente es aun que aveces uno esta cansado, el mismo cansancio no nos deja descansar

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Mmm pues dormirme temprano, porque casi no dormimos temprano y es cuando acorto las horas de dormir (PROBING: anything else que se le hace mas fácil dormir...) SHE: acostarme temprano, un bano tomar un bano antes de dormir, pa dormir fresco y...dejar ya todo listo para poder descansar lo suficiente, no levantarme tan temprano, para no hacer algo que podría hacer una noche antes y dormir un poquito mas exactamente 8 horas...

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Por lo que he leído, y por lo que he oído, si

(PROBING: en que manera piensa...?) SHE: porque cuando un cuerpo descansa, es algo, es algo que el metabolismo trabaja pues el cuerpo entonces por eso

también no es recomendable de comer mucho de noche porque el cuerpo esta en una forma plana, descansa y no hay movimiento, entonces eso hace... come uno mucho de noche y la masa se queda allí porque no hay movimiento en el cuerpo.

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3) NO

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?

Bueno en mi caso...si me ha afectado mucho mi sobre peso...sea, ha, am, se oia muy ilógico, pero aveces se deprime uno con el peso. Y aveces al estar deprimido, lo que pasa es que le da ancia (for anxiety) por algo de comer mas...osea, como mujer aveces, uno es vanidoso, y quiesiera verse bien, pero al mismo tiempo uno no se pone o si... en un momento su mente dice... quiero rebajar pero no rebajamos ...porque igual, no nos esforzamos, entonces cuando decimos bueno si yo me estoy gordita..because en mi caso...yo ve yo antes de tener mi nina, yo pesaba 170 libras (less than now) y hoy ahorita ya peso 210 casi...entonces, es alguna...me deprimio porque digo, hay, como voy ah, recuperar mi figura, como voy a rebajar de peso normalmente... como me voy a poner otra vez mis mi ropa anterior...pero es por lo mismo, porque uno no se pone una meta de querer rebajar o saber que... no es tanto que es una dieta estricta, si no poder saber como comer.

(PROBING: y saber como comer...Usted piensa que sabe como comer?) SHE:

NO se que necesitaría ayuda saber que es lo que realmente tengo que comer...adecuado a mi cuerpo y adecuado a MI vida diaria

(PROBING: en que forma seria ayuda para Usted?) SHE: saber por medio de, de personas expertas nutricionistas saber que son las porciones, o que es la clase de comida que uno tiene que ingerir (ingerir) diario (ME: ok) SHE: controlar mis calorías ...saber controlarla...saber, saber como controlar las calorías. Pero eso, uno solo no puede realmente uno tiene que estudiar mucho, leer, saber que es lo que tiene que hacer para eso.

(PROBING: re ask question) SHE: no... ME: thank you SHE: you are welcome

P11 Sept 29 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Tener buena salud... pues, todo doctora, todo si, sin salud no puedo uno hacer nada (ME: y como representa la salud, que quiere decir buena) SHE: estar bien, eh, este tanto fisicamente, físicamente ...tanto que pienso, verdad, doctora, tanto que por dentro que por fuera (ME cual quier ejemplo de eso) SHE: ah, pues un ejemplo de eso, es cuando como de mas este, me siento cansada me siento de mal humor, irritada, y quiero estar comer y come todo el dia ... y y este y cuando balanceo mi alimentacion, que procuro comer un estándar de comer saludable o esto, esta bien para mi salud aunque no me agrada me siento bien, lo refleja mi cuerpo, lo refleja mi, mi mi animo, mi animo, y yo creo que todo es, doctora

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Un peso saludable,....., mmm, pues tener, ... yo que soy bajita, doctora, pienso que un peso saludable para mi estatura, en kilos, no se en libras doctora, pero en kilos seria como 45 kilos

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Comer saludablemente pues es comer vegetales, comer este, tomar mucha agua aaa...no comer tanta carne, si comer, este, pollo, comer pescado, y este, y no comer mucho azúcar, o pan tampoco. (ME: lo pregunto otra vez, me contesto, pero si a caso tiene mas) SHE: no tomar no comer cosas este McDonald's, Jack in the Box, ah, nada de esas tiendas de propaganda, y sobre todo no tomar soda

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

SHE: ah no entendí (ME: I need to clarify the question so I say, “so comer saludable es comer lo que me dijo y no comer McDonald’s y todo eso, y eso seria comer no saludablemente) SHE: no come saludable, pues le digo, no pues me la paso comiendo en los restaurantes (ME: y que clase de restaurantes) SHE: na que seria lo usual Jack in the Box, McDonald’s, El Pollo Loco, si todos estos restaurantes (ME: I repeated her answers to RQ3 regarding eating well where she answered also no eating well and she agreed) SHE: si (soda)

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)

Ah, si doctora, si ... me lo dijo mi doctora (giggles).

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

Ah, no, mentalmente no, doctora, pero es necesario, es necesario. Porque cuando ella me dijo, “tienes que comer 5 veces al dia vegetales, o mixeado con fruta, y es lo que preocuro hacer, doctora, no es bueno, par, par, para el paladar, pero es bueno para la salud y para el cuerpo. (ME: so, ella le dijo, pero al principio me dijo a mi que no cabe eso en su vida tanto, pero lo acaba de empezar, o como cabeaber 5 porciones en su vida?) SHE: porque, eh, bueno, a lo mejor, es indiscreto a lo mejor, verdad doctor, (ME: todo esta bien) SHE: suelo parecer de estreñimiento, y comiendo la verdura doctora, y comiendo la fruta, yo noto que, que este, que mi cuerpo reacciona obra como debe de ser (ME: ok, good. Ya. Todo esta bien, todo lo que dice es bueno e importante) SHE: si

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)
Tiene unos ejemplos?

ME: empezamos con comprar, si piensa en comprar verduras y frutas, que es la

experiencia SHE: la experiencia es que cuando entraba a la market, a cual quier market, doctora, mi pensamiento es 'leche, pan, y mas pan, y galletas, y cereal porque eso hace feliz a mis hijos, y a mi esposo y incluyendo me al ultimo a mi, porque no soy muy, este, dada pero busc... al ver que ellos ...yo les compraba eso al ver que ellos lo comen pues también me incluia Eso pensaba antes, doctora. Pero viendo la salud, n, la salud tanto familiar estoy hablando familiar, que, que se deteriora en mi caso que ya voy para los 50, doctora, y que yo ve... le digo, me sentía cansada, mis pies cansados, el cuerpo cansado, mi v... toda yo cansada...porque es la verdad...este, dije 'no'...ahora lo cambie, mi modo de pensar, doctora...entro a la market, y me voy especialmente a ver las verduras, y también suelo el que como dicen que uno debe de comer lo mejor porque es lo que va dentro de nuestro cuerpo opto por buscar lo mas organico que haiga, doctora, ... antes decía yo, hay es que sale barato, sale barato, 4, o 2 libras por 99, y ahora digo, 'my gosh, sale de 3 dolares, per va por el cuerpo de mis hijos, y va para mi cuerpo. Entonces nada le hace que lo gaste, vale la pena el gasto. (ME: antes no se enfoco por que lo le gusto a los niños, o) SHE: no me enfocaba, doctora, vuelvo a repetir, nada mas me enfocaba a meterme a comprar lo usual que comemos de donde vengo yo. Son las tortillas la carne lo, este, los mas rico, y lo mas rico que es para el paral..paladar de uno, pero lo que mas nos hace daño, porque es la verdad. (ME: y la misma pregunta, ya hablamos de comprar, cual es

su experiencia de preparar frutas y verduras en su vida anterior y..) SHE: ahora cuando hago, o, este algún pollito o algo, incluyo, incluyo este una, un bowl de esalada, aha, sea lechug, tomates, aguacatito también, o sea procuro lo, lo que digo es fibra y va ayudar al, al, a a... me va ayudar personalmente pero también a mi familia. No es como que hago na mas para mi ... ellos, porque pues es, hago la comida pa a familia. (ME: y antes, porque acaba de empezar...) SHE: antes no, antes nada mas hacia yo mi comidita, mi olla de arroz, mi mole, mi pollo, y nunca me acordaba de que eh, tengo, tenemos que comer un jitomatito picado como ensalada, una lechugita, no metia nada de vegetales. A hora si, a nada le hace que sea cual quier comida, doctora, claro...procurando lo menos carne roja, porque si lo menos carne roja, mas pollo, e este, pescado, y los vegetales, eso de ley, o la fruta también, doctora. En la casa, tampoco fruta, no falta. Siempre tengo, este, procuro meter lo que les gusta, que es la sandia, el platano, am, que será, las naranjas, la manzana también, tampoco noveces dice uno...no, no, no quiero la manzana, pero la manzana tiene mucha fibra y eso que no es veces que te gusta te la tienes que comer porque la necesitas y ya pues, no queriendo, doctora (laughs), pues se la come uno.

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Obesidad...ay doctora, que quiere uno ponerse un algo un vestido bonito un o un short o cuando va a la playa ponerse un trajecito de...eh, y la obesidad pues no deja, doctora, le uno pena. Como voy a enseñar mis piernas gordas (laughs) mi estomago gordo mis brazos gordos, yo si, yo si me pienso en eso en mi, you

pienso no, no, no estoy obesa no me puedo poner eso ...que no, tengo que ir me con mi bata larga, y, y mi short y ya, ya es mas y si no, ni al mar me meto con tal de no quitar me la batota. (ME: si) SHE: si (ME: si lo repito, lo que piensa cuando hablamos de obesidad es como se mira, la ropa, y que le da pena). SHE: y como me miro yo, aha, y como y que me da pena, doctora, si, si me da pena. (ME: ok, cual quier otra cosa que quiere decir obesidad?) SHE: am,no, doctora, yo creo que es lo que pienso ser obeso es estar gordo. (ME: ok, thank you el nueve)

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Mi peso favorito... pues yo pienso que seria... ciento y tanto, yo creo que con unas 100 libras, doctora, seria feliz. En libras, ahora hablo en libras. Cien libras, doctora, pienso que seria mi peso favorito seria cien libras. (ME: ok, si)

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d) (que contribuye a su peso)

La respiración, doctora, si yo peso, este, peso de mas, me duelen mis pies, ah, mi cuerpo en general, doctora, pero sobre todo, mi respiración es lo que, lo que cuando yo abuso, abusaba yo de la grasa, de todo que le llama uno en nuestro país, la fritanga tan rica, no doctora, mi resuello no me da mi respiración, no me da donde debe dar eso es lo que me espanta eso es lo que me, lo que me no soy confort...no soy confortable

(ME: reword question: Y Que piensa causaría en su vida obesidad, que es lo que esta influyendo que se pone...) SHE: el pan, las harinas, doctora, si las harinas, este, el arroz, y yo creo que la carne roja también, doctora (ME: so piensa que su

peso esta afectado por harinas, mas...) SHE: por harinas, si, porque es lo que, y, y, y la tortilla doctora, porque somos mucho de la tortilla, y el pan, porque en la casa no debería de faltar ni tortilla de pan porque, oh. [SHE laughs 'si doctora'] (ME: ok cual quier otra cosa piensa que causa) SHE: aha, y la soda que le llaman, doctora, la soda, si. (Me: anything else piensa que causa o afecta su peso) SHE: que me afecta mi peso? pues lo mismo, doctora, el azúcar, el azúcar, la soda, ah, tortilla y las harinas. (ME: ok, thank you)

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

En que...en mis rodillas, doctora, yo donde vivo, vivo en el segundo piso, y cuando voy a subir o subame porfavor, o sea me miro aparentemente digo 'o no soy tan gorda' pero yo que soy bien chaparrita pues si, y y eh, este, y donde me afecta el subir sobre todo subir porque el bajar va muy rápido, pero pal subir, para el subir si vengo yo de trabajar, doctor, pues obviamente mi cuerpo esta caliente y no siente, pero ya se me enfria y de allí al transcurso al apartamento, ya voy a subir, pero y hasta voy contando los pasitos, porque eso es lo que me afecta el sobre peso, doctora (ME: ok si) SHE: si (ME: y también me dijo antes respiración?) SHE: y también mi respiración ...eso y mi respiración (Me: me dijo otras cosas también, si piensa en peso y piensa en todas las experiencias que tiene, como le afecta el peso en todas las experiencias del día, ya me dijo de las escalas escaleras, respiración, cualquier otra experiencia?) SHE: también eh, el, hay veces ser un poquito vanidosa, doctora, el como se le mira la ropa, el que, el

que le quede uno bien, que no, al mirarse físicamente bien, doctora eso también me afecta. Eso también.

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?
Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor? (ME: ya me dijo de respirar y escaleras, cual quier otra cosa)
No doctora [she stated many things in RQ11 such as-respirar escaleras vestido]

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)

Influye en todo todo, en mi pensando, doctora, en mi pensamiento, y físicamente que me, que me siento bien, me siento ajil, me siento que, con energía de hacer mis cosas, mis que haceres, mi trabajo, lo que tenga que hacer, y mi vista también, doctora, mi vista también. (ME: en que manera su vista) SHE: en que, anteriormente sentía yo como que la vista esta muy cansada, como mucho sueno, y, y ahora no. Ahora siento que, que anteriormente como que usaba mas los lentes y ahora que estoy comiendo saludable, miro, miro que mi vista esta mejor que no necesito lente que no hago la entre ceja y ceja no, porque anteriormente, come que todo el tiempo estaba a si de malas, y ahora no, miro que miro normal)

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

Pues, mm, ya voy, mas dicho, procuro no tenerlo en casa, doctora, mas bien dicho, no lo tengo en casa para no consumir lo

(ME: y antes, ya lo cambio, y antes que pasaba? Que no dejaba eso) SHE: pues no lo dejaba porque pues era, pues yo pensaba doctora, que era alimento o sea un alimento normal que debemos de comer. El pan si, no el pan con tu leche, o cereal con tu leche, nunca me ponía a pensar yo que era tan dañino, ni tampoco los cereales tampoco pensaba yo que eran este azúcar, que despues de que uno los ingiera se convertían en azúcar, o sea, yo para mi pensaba yo que eso era un alimento saludable...siendo que ahora no. Ahora no, entonces, por eso es que se a dejado de consumir por toda, porque, si sabe o yo se que es dañino pa mi cuerpo como para el cuerpo de mi familia, no. (ME: ok so la siguiente pregunta es similar, y ya me la estaba contestando [go to RQ15])

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d) ME: ya cambio

Ya no no no, ya mi pensamiento es que, a lo mejor...veces uno piensa, doctora, 'tengo 48 años ya' ya es tarde, pero no, doctora, ahoa pienso que ahorita es bien rescatable a...para mi salud...mejorar mi salud, pero sobre todo, la de mis hijos...la de mis hijos.
(ME..hay alguna situación donde piensa que es mas probable que va a comer mas carbohidratos) SHE: yo pienso na mas cuando hay los cumpleaños, días festivos, doctora, que si bueno viene Thanksgiving a vamos a comer vamos hacer el pavito entonces si vamos a comprar un pancito entonces yo creo, pero na mas van a ser días festivos, o sea que pa festejar me como un pancito, pues que no comi todo el anio pues ese dia si (laughs) si doctora, eso si, eso si no se me va borrar (ME ok) el [¿] porque es dia de festivo o porque es tu cumple pues nada mas cada anio un pastelito si eso si, doctora, eso si no lo voy a discontinuar (ME: y cuando cambio, cuando empezó a cambiar todo esto) SHE: empeze, doctora, cuando yo me

empeze a sentir me enferma físicamente (ME: y cuando fue eso) SHE: tendrá eh como un año doctora que empeze a venir a la clínica, y el segundo es...por la salud de mi hija yo ella también es un mmm, una muchacha joven y bueno que puedo decirle doctora, mi hija sobretodo, verdad, esta bonita para tener ese peso y mirarla, este, obesa doctora. Sobre todo por su estatura y no ...mm, ella siempre, ella a sido delgadita, ha sido finita pero cuando yo empeze a notar que se empezó a poner obesa y, y, y sobre todo a descontinuarse su cara, porque todo el mundo, doctora, también me hizo a pensar a mi mucho, me la miraban y la decían “que tienes en tu cara ya te vio un doctor, que tienes en tu cara.” Y todo el mundo se acercaba a ella y decían “que tienes en tu cara ... te quemaste? Te paso?” Entonces se yo, doctora, es momento de que ella tiene de ayudarle a comer saludablemente y a llevarla al doctor. Porque si era, come que ella.... “ve al doctor [mom narrating about her daughter]” “no [voice of daughter in mom’s narration] estoy bien y no tengo nada” . . . entonces uno se quiere, pero quiero uno mucho los hijos, doctor, y luego ella me empezó me empezó a preocupar mucho el ver la tan jovencita y ver le su, físicamente como estaba. Y no no mas ver la yo, si no que la gente empezaba a ver lo también...no lo obeso, doctora, su cara porque ella al ponerse obesa le vino un descontrol hormonal muy fuerte, doctora, y eso, este, eso...cuando fue con la doctora, la doctora le dijo que ella empezó con eso hormonal por, por, por lo que come si por lo que come, doctora, mucho pan, mucho dulce porque ella era de comer, acababa de comer, ‘quiero un dulce, y que tienes, y es que tengo hambre’ y es que cada ratito ella tenía hambre,

y yo eso come cereal come esto cosas pensando yo que eran normales que eran saludables... siendo que no... entonces este, me empezó dando depresión ...como dar depresión ver la a ella depresiva también la notaba yo que ella como ... como que ella se miraba que estaba normal y no doctora, porque todo el mundo me la miraba como, no puede decir come bullying porque no decía que la miraban y se reían de ella, no, no pero si la miraban, y, y la gente no, hay gente que le decía yo a mi hija, no lo tomes a mal, hija, es una señora que te esta dando un consejo bueno míralo por ese lado...y ella pues, “no me tienen que decirme” decía ella, ‘es que no me tienen que decir... “si hija, pero si te están diciendo te que te hagas a lo mejor un lavado o esto,” “Pero hay gente que lo siente que lo estaba haciendo de lo buena voluntad, pero hay gente que no hija, que tu notabas que no...” y como que me empezó a deprimir eso y a deprimirla a ella porque yo notaba a veces le decía yo a ella, “sal” entonces se ponía gafas y sombrero, doctora. Como si contribuye mucho al, a, este, al modo que lleva uno de alimentación, doctora, que ella se vino muy, muy para abajo, y le, le causo mucho, nos causo tanto familiar, doctora...porque llegaba luego mi esposo y dice, “que tienes en tu cara, mi hija, que tienes, ya te fuiste a ver? “o si”.... Siendo que, siendo que ella entro, creo que en depresión pero no lo demostraba, doctora, entonces yo dije, no, n, yo que soy su mama, tengo que, que como madre que soy de ella, tengo que rescatarle para que ella se sienta mejor, para que ella se sienta segura de si misma, Si influye mucho el alimento, doctora. Muchisimo influye uno lo que come, uno lo refleja físicamente como exteriormente porque ella

físicamente estaba muy mal, pero por dentro estaba peor, doctora. La alimentación lo reflejaba más porque ella le vuelvo a repetir, doctora, comía... yo le servía una cantidad, y de esa cantidad que yo pensaba que eran cuatro cucharas de arroz que estoy diciendo no sopera ni cafetera, pero cucharas... ella me decía me das... y yo pensando que estaba bien, doctora, si le daba otras dos. “y quiero más de esto” y le competía (adhere to her wishes) lo lo, y sabiendo, que yo su mamá, le hacía mucho daño, doctora, uno piensa que por amor, “o si mi hija come más no importa, pa eso está la comida” ... y no. Entonces ahora que, que yo me propuse, hace un año, doctora, echarle ganas a mi, mi salud, ahora veo que es importante, bien importante, la salud de mis hijos... y yo lo veo, porque ahora la veo, le digo, doctora, “que bonito se te está viendo otra vez tu cara hija,” miro y yo miro que se pone alegre y se pone contenta, y eso me hace contenta a mí, doctora, también. (ME: ok, thank you)

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

En ponerme gorda, doctora obesa, sí. Me pone, me pone, me pone obesa. O sea muy, mm, no como quisiera mirarme yo, doctora.

17. ¿Qué piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Ahh, pues suficiente ejercicio, pues sí y y hacer ejercicio lo que es ejercicio, doctora, porque uno equivocado equivocadamente dice y es que hice el que hacer, lave me fui a lavar... uno piensa que eso es ejercicio pero no es ejercicio doctora, porque yo lo veo cuando mis, mi, mi hija y yo sobre todo, las que nos pasamos más, y vamos a caminar, vamos ponte tus tenis ponte tu, tu, tu pants y vámonos a

caminar, y que diferente es, doctora, super diferente y irse a caminar y dar le
 cinco vueltas a la manzanita del parquecito y sentirse que le duele uno el cuerpo
 eso es hacer suficiente ejercicio, doctora. El que piensa uno que en la casa ya
 hizo el que hacer y ya es ejercicio eso no es ejercicio. Suficientemente ejercicio
 es eso, mentalmente decir voy a hacer ejercicio a caminar, y ejercitar un poquito
 los brazos las piernas, porque se le refleja uno cuando le duele a uno se refleja una
 en el cuerpo también, doctora, yo creo que eso es hacer suficiente ejercicio oh, o
 hacer en la casa tenemos una caminadora estable, y entonces lo que {30:03} hace
 ella, o hacemos, mas bien dicho, caminar un ratito y ella en la casa unas cuantas,
 unas 20 sentadillas, unas 10 abdominales, y entonces digo, bueno, para empezar
 es bueno unos 40 minutos, y despues ir aumentándole, doctora, es lo que
 hacemos...ir aumentando le dice uno que sea 1 hora yo pienso que es lo ideal
 hacer suficientemente ejercicio pienso. (ME: thank you, 1 hora) SHE: 1 hora

18. Que piense que se le hace dificil hacer ejercicio? (RQ3a)

Dificil, hh, pues ahorita un poco dificil es, porque estoy hiendo a la escuela tardes,
 doctora, y es cuando lo suelo hacer el ejercicio ...pero, eh, como no lo estoy,
 porque no lo hago en casa, lo que hago es irme caminando, y venirme caminando
 doctora a la escuela, y no es, no es suficiente, pero se que me ayuda irme media
 hora caminando, y irm...venirme media hora caminando, irme media hora, irme y
 venirme caminando, eso pienso,.... No es suficiente, pero pienso que es un
 poquito de ejercicio, si.

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a) ME: asi que es mas probable
- SHE: si el tiempo, doctora (ME: algo mas que se le hace mas fácil
- Facil es, muy fácil es caminar...me gusta caminar y también me gusta mucho la bicicleta doctora, lo dificil es que vivimos en un segundo piso, y bajar la bicicleta es lo que cuesta, pero me gusta mucho la bicicleta (ME: so las situaciones que le provoca hacer ejercicio serian que le ayuda que le influye hacer ejercicio serian tiempo, poder caminar, no estar en el segundo piso (SHE: si) y que otras...) SHE: ah lo otro fácil es ... fácil es pas, pa hacer mi esposo nos ha comprado videos y ponemos los videos y allí vemos como, como hacer ejercicio (ME: ok) si doctora, si (ME: le ayuda hacer ejercicio cuando hay videos) SHE: si (ME: y los usa) SHE: también, si si los usamos, si
20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)
- Si, si doctora...es necesario (ME: claro me dijo que lo esta haciendo) SHE: si
21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)
- Para mi dormir suficiente, para mi son 6 horas, doctora, 6 horas.
22. Que piense se le hace dificil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos? ME: asi que causa un problema
- Problemas que tenga uno, doctora, problemas, problemas que tenga uno es lo que me causa que me quita el sueno ...eso eso es lo unico
23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d) ME: le ayude dormir, es probable que
- No pensar, doctora, no pensar en los problemas, y y este, y noto tamabien, que que no cenar, doctora. Cuando antes, cuando cenaba, be costaba mucho trabajo

dormir. Y ahora que no, que no este, que no ceno, a, se me hace mas fácil y también me hace fácil y también me ayuda mucho, doctora, soy muy dada a tomar tecitos entonces veces me tomo el te verde, doctora, te verde me ayuda a dormir, el te verde en vez que tomarme que café que una lechita con Nescafe o que un pedacito de pan una galleta, no, doctora, eso me hacia que como a que horas contando abejitas para poderme dormir. Y ahora no la pienso nada mas con un tecito y sin azúcar, porque antes yo le echaba placida azúcar, doctora, ... siento que me relaja, y me duerme (ME: reflecting her words: so no pensar, y los tes) SHE: y los tes para mentalmente yo pienso que eso me ayuda, doctora, el que digo yo voy a tomar mi tecito para dormir, y me funciona me funciona

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

MMM nunca lo he pensado, doctora, no nunca he pensado que...que este, que sea por eso

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

Tampoco

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista? ME: sobre

lo que hablamos, sus experiencias

Pues no este, mi experiencia doctora, es este, eh pues que antes comíamos de mas, y y todo lo que comia comíamos era dañino para...en exceso también porque comíamos en exceso, doctora, no es como que si, ah, veo las tortillas, y digo ah voy a comer una tortillita o dos tortillas, máximo ...No. Uno veía y es que me gusta el molito y son 6 y 7 tortillas que si caben, como no, tienen que caber, eh

eso es. Ahora no doctora, ahora el pensamiento es que todo con limite nada con abuso es muy saludable, doctora, en todos los aspectos tanto en comer, como en tomar este soda, eh, cau.... Todo, todo todo pienso que, mas bien dicho, todo, todo abuso lleva consecuencias malas, doctora, todo tiene que tener un limite, para para estar uno bien, saludable, saludable ...pienso que tiene uno que tener un limite (ME: thank you cual quier otra cosa) SHE: no, doctora (ME: thank you [we both smile laugh] ok so ahora voy a apagar esto)

P12 Oct 3 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Que significa tener, no se que significa tener buena salud.... Comer bien tener una rutina de ejercicios, ya (ME: y cuando alguien dice, 'oh, buena salud' que tiene aquí que mira adentro [mind]) SHE: pues alguien que se cuida (ME: se cuida? Ok, y si alguien se cuida que es lo que esta haciendo?) SHE: cuidando su cuerpo, salud (ME: en cual quier manera, en que manera piensa que es cuidarse?) SHE: en que manera piensa que es cuidarse, no se? (ME: ok, that's ok... a veces pregunto igual, o para ver si algo viene, todo que sale es good, no hay nada, no hay nada correcta mala ni buena ni correcta ni no correcta, solo es para aprender de cuales son sus experiencias y como se siente y que se imagina cuando oye estas palabras... ok (SHE: ok) a veces si pregunto otra vez es para ver si tiene mas) SHE: yo no soy buena para cuidarme, no tengo una buena respuesta, pues (laughs I join small giggle)

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Para mi un peso saludable, seria entre 50 y 68 kilos, en libras no se cuanto seria (ME: y que me dijo otra vez, que me dijo) SHE: entre 50 y 68 kilos (ME: ok) (ME: ok eso era para el tres, y ok, peso saludable seria ... y otra cosa que seria peso saludable? Si alguien dice, "ella tiene un peso saludable" que ve en su mente, que quiere decir eso) SHE: alguien que se cuida, que, que tiene un peso no tan ...obesa no, oh que cuida su apariencia

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Comer saludablemente, mezclar y am, verduras y frutas, carbohidratos pocos azucares... eso? (ME: si eso es lo que piensa, que mas es comer saludablemente)
 SHE: comer a sus horas (ME: sus horas) SHE: comer las dos comidas principales y dos snacks (ME: ok, any thing else, cual quier otra cosa) SHE: [laughs] (ME: thank you)

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Hay, comer porquería [laughs] (ME: ok) comer grasas...hamburguesas...pizza... comer a des horas... (ME: y que son porquerías, for you) SHE: hay pizza este comida grasosa comida rápida hamburguesas dulces pastelillos (ME: ok) sodas (ME: sodas) jugos (ME: jugos) [laughter] SHE: todo lo rico

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b) SI

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

Como cabe, a que se refiere (ME: a... sabe que tiene que comer 5 porciones)
 SHE: aha (ME: en saber eso, eso lo esta incorporando en su vida o no cabe en su vida) SHE: no por ahora (laughs lightly) lo quiero intentar, si, pero no he podido (ME: y cuales serian sus... 'no quiero dar palabras, por eso... [both laugh] porque es entrevista open abierta, para que no ponga palabras en su boca ... no cabe en su vida por, y no cabe porque razones piensa usted) SHE: porque no se me cuidar no me, no, como, te puedo decir como mujer Latina no nadie ensenaba a comer adecuadamente

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b) (ME: cuando piensa en su vida)

Ah no soy muy buena, tengo que aprender, antes todo lo hacia mi mama, por mi.
 Pero ahora que ya no esta so tengo que aprender a alimentarme y prepararme algo de comer porque no se que voy a comer (ME: ok... y cuando entra a una tienda y ve los alimentos que pasa, de que esta pensando cuando entra a la tienda) SHE: en que comprar (ME: en que comprar) SHE: en que comprar, no se en como alimentarme y que sea saludable y que no me va engordar mas, que tengo tendencia engordar se [¿] muy rapidas las comidas y necesito aprender a alimentarme (ME: ok, y repito la pregunta si a caso viene algo mas [I repeat the question Word for Word] SHE: muy mala (ME: muy mala) SHE: tengo muy mala experiencia (ME: y me dijo que su mama ya no esta ...so antes cuando ella estaba, hace cuanto tiempo ...) SHE: menos de un mes (ME: oh, y antes estaba...comiendo frutas y verduras por lo que ella preparaba) SHE: si, ella me preparaba mis almuerzos y trataba alimentarme (ME: y piensa que estaba comiendo 5 porciones cuando ella estaba, o no) SHE: 5 porciones no, pero si comia (laughs) (ME: y los comia solo porque alguien se los dio o porque Ud. También eligio) SHE: a veces eligia y a veces por que mi mama me lo daba, y se dice "lo tienes que comer" (ME: y cuando Salia, ordenaba, o no ordenaba vegetales en un restaurante) SHE: es muy raro que ordene vegetales (ME: y fue a comprar con mama) SHE: si (ME: y ustedes compraron frutas y verduras) SHE: si (ME: y cuando las estaba eligiendo que estaba pensando usted cuando las eligia? Solo porque mami eligia o otra cosa) SHE: ...porque mami lo quiere que...habían

verduras que no me gustan pero como me las licuaba, ya me las comia (ME: ok, ok, anything else)

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Una persona pasada de peso (ME: ok, anything else que quiere decir obesidad...cuando piensa) SHE: alguien que esta gorda (ME: cual quier otra cosa, solo el peso) SHE: ya alguien que no sabe comer, alguien que que no se cuida

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Pienso que es que no me alimento bien, el estrés, la depresión, lo que no duermo bien, que no hago ejercicio, al que no me cuido (ME: cual quier otra cosa que piensa que le influye afecta su peso) SHE: ya dije la depresión no cuidarme ...estos todo

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

Hay me deprime mucho haber engordado tanto...soy repilante nunca había tenido tanto peso y eso me deprime mas para no querer hacer algo mejor que yo sepa.

(ME: otras experiencias diarias que le, que por su peso que le causa algo) SHE: cansancio...cuando estaba en la escuela, pues me molestaba pues ser gordita o a veces que te digan un insulto porque ser gordita (ME: eso fue cuando estaba mas joven, o ahora?) SHE: cuando estaba mas joven (ME: piensa que ha tenido este peso, esta cantidad de peso por muchos anos o) SHE: es que han habido momentos en el que subo y un momentos en los que bajo, e antes era mas, entre

los 10 a los 12 engorde, entre los 13 a los 15 adelgace, y entre los 16 a los 17 engorde, luego a los 20 a los 18 baje... y otra vez subi cuando tuve mi hijo y ahora me sigo subiendo mas (ME: y esta en el mismo país ahora) SHE: no estoy en diferente pais

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil? SI
 Tiene unos ejemplos?
 Como correr, me canso mas rápido, veces hago mucho tiempo parada tener dolor en los pies...las piernas (ME: ok...otras actividades o tareas) SHE: ejercicio mas que todo son que me canso mas por el peso yo pienso. No soporto usar tacones porque estoy gordita [laughs] (ME: ok, so lo pregunto otra vez si a caso pasa mas en la memoria [I repeat the question]) SHE: me da mas cansancio, que todo veces
13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)
 Oh es que a veces cuando como comida saludable es que no me lleno y a veces no tienen sabor tan poco (ME: no sabor, o cuando si las elige, hay cosas que le influye elegir las, que son esas cosas de que si elegirlas) SHE: el sabor, a mi me gusta varias verduras me gusta prepararlas (ME: ok) amo la lechuga (ME: yea) con limoncito (ME: y otras cosas que le provoca comer saludablemente) SHE: otras cosas que me provoca comer saludable, aparte de las verduras (ME: yeah... porque elige algo saludable) oh, porque intento bajar de peso (ME: oh por el peso) SHE: por el peso y por mi piel mi rostro se que hay cosas que me ayuda (ME: y por eso lo elige, so lo pregunto una vez mas a ver si viene otra cosa [I repeat the question]) SHE: el cuidar mi salud (ME: el cuidar su salud, ok)

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

Oh el arroz (Me: so es elarroz, y porque) SHE: oh ah pues me encanta el arroz

(ME: le encanta) SHE: y es algo se me hace tan difícil dejar de comer...el arroz o el pan..y estoy acostumbrada comer el arroz, yo puedo vivir comiendo arroz y soy feliz (PROBING me...so cuando no lo deja, la dificultad es que le gusta el sabor, (SHE: ya) ok, cual quier otra dificultad que le causa que no coma menos de eso)

SHE: no es mas porque me gusta

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

ME: ahora el sabor, ya me dijo. (SHE: si) So uno dice que no puede evitarlo

(SHE: es el arroz) ME: es es la cosa, y la razón es el sabor también (SHE: el

sabor) ME: y hay otra cosa que le previene no elijir tanto almidon (SHE: algo que no me hace comer eso?) {researcher note, she is getting confused with the double negative of the question, she keeps focusing on what she likes to eat not the

reason, and is unclear regarding avoiding carb} (ME: I know it's a weird question,

es al revés, es doble negativo [SHE laughs] ME: lo vemos y NO evita que lo

come.....y es por el sabor, que le gusta el sabor (SHE: ya, y porque estoy

acostumbrada) ME: acostumbrada, ok.

SHE: como soy familia de Chinos normalmente estamos acostumbrados ha comer arroz hasta con Soyao, que es el soya sauce o con limón, yo lo como mas que todo con limón (ME: y quien era Latina) SHE: me mama, mi papa era Chino ... yo so Latina (ME: yes)

[note: mom is Hispanic and Participant was born in Latin America and raised there] ME: sabor y?

SHE: costumbre (ME: costumbre) SHE: si (ME: ahora en casa lo elije porque razón)

SHE: pues, antes porque todo los días mama preparaba es una costumbre, entonces verlo allí es quererlo comer ahora yo menos yo no cocino pues ahora que fui a Peru ase poco, lo que si comi bastante era el pan mucho pan ...es que es tan rico el pan alla...recién hehecito...

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

De que manera me afecta? (ME: si....so que causa en su cuerpo? Piensa comer carbohidratos.) SHE: la harina me engorda demoro en digerirlo (ME: ok) SHE: pienso...y como en abundancia los carbohidratos, no se como cuidarme de eso (ME: so a pesar del peso, piensa que le afecta en cual quier otra manera el comer mucho carbohidrato?) SHE: no no (le) se (ME: ok, that's fine)

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

30 minutos diarios... oh es muy poco? 30 minutos (ME: ok) [she laughs] (ME: diarios, right? Clarifying) SHE: [nods] (ME: cual quier otra cosa) SHE: no, 30

minutos diarios caminar o que sea correr o algo para que mi cuerpo se mantenga en actividad

18. Que piense que se le hace difícil hacer ejercicio? (RQ3a)

(ME: que le causa dificultad en hacer...) SHE: mi gordura (ME: ok) SHE: me dan mas flojera no gana de hacer nada (ME: cual quier cosa que) SHE: y que no como saludable (ME: y no come saludable asi no quiere hacer ejercicio?) SHE: si, pues no tengo energía por por.... Como pura porquería (ME: [reflecting] so comer mal, estar floja) SHE: si porque no tienes energía, estas, estas como que no le estas dando tu batería algo bueno para procesar (ME: ok, y el 19...)

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a) (Asi que lo hace o piensa por eso hace ejercicio)

Que me motiva? (ME: que le motiva, o que situaciones le ayuda, o que otras cosas se le, so una de las cosas si me dijo que no comer bien le da flojera pero comer bien (SHE: te da energía) y también que otra cosa le influyiria hacer ejercicio) SHE: a veces me influye hacer ejercicio querer bajar de peso (ME: ok) querer no tener esta panzota [points to her belly] (ME: otra cosa que le motivaria se le hace mas fácil hacer ejercicio..cual quiere cosa que viene en el cerebro is fine {19:36}) SHE: que me motive? (ME: o que le causa, o que seria mas probable que haría ejercicio) SHE: mi salud, ahorita, tengo que hacerlo por mi salud, por estar mejor, por mi corazón, por mi todo lo que mi cuerpo lo necesita ... porque engordad tampoco es tan bueno

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3) Si me pongo la meta de hacer los si (ME: metas, so metas le ayuda) SHE: si (ME: anything else) SHE: perseverancia, voluntad (ME: y voluntad...cunado dice esa palabra como se siente, que esta pasando?) SHE: voluntad, tener ganas de hacer algo ...puede tener las ganas pero no tengo la voluntad (ME: ok...y que le ayuda con eso) SHE: que me ayuda con que? Con la voluntad? (ME: [agree] mhm) SHE: pues cuando pienso a veces a creer... a quererme en mi misma, o querer me a mi mas, tengo mejor voluntad por hacerlo las cosas por mi (ME: y que le ayuda hacer, querer mas en si misma) SHE: no estoy segura de esa pregunta (ME: ok... pero a veces ha pasado) SHE: si (ME: se recuerda cuando?) SHE: no, pero si a pasado

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Dormir tus 8 horas al dia

22. Que piense se le hace difiicil dormir suficiente (RQ3d) (ME: asi que le causa problemas dormir son las mismas palabras)

Oh, mi estrés, mi depresión, a veces tengo insomnio por esa razón no puedo dormir bien (ME: y depresión y stress, otra cosa que le causa dificultad en dormir) SHE: pensamientos, o sea mis padres (ME: de sus padres [loud air conditioning motor went off over our heads I apologize] disculpe se el motor es muy ruidoso... le asusto: (SHE: si) we both laugh... ME: ay si)

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Me puede repetir la pregunta (ME: [I repeat the question]) SHE: no le entiendo la pregunta (ME: ok, la palabra... I understand) SHE: ha.. (ME: la otra era es mas difiicil dormir por que? Y esta es es mas fácil dormir por que? Que pasa cuando es mas fácil dormir) SHE: cuando estoy cansada (ME: cansada, ok) agotada, o cuando me tomo una pastilla para dormir

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Pienso que si, porque hay estudios que dicen que a veces dormir bien te ayuda a que tu cuerpo trabaje mejor...

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

Quizas si....si porque hice un desbalance hace se... menos de un ano trabaje en la madrugada, trabaje de 11 de la noche a 7 de la mañana y me dormia en el dia, entonces se cambio mi ritmo de comida, y allí es donde también comencé a engordar mas

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista...sobre sus experiencias de su peso, de salud, dormir todo lo que piense? A hora la final es todo lo que Usted quiere decir

Todo lo que piense, wow..... no me cuido, no duermo bien, mis experiencias muy mala de tratando de alimentarme no se exactamente que es lo que debo cocinar lo que debo comer, cual es podrían ser unos snacks...y para poderme alimentar ...que tipo de ejercicio podría hacer para que mi cuerpo se sienta un poco mas saludable con energía...casi este, no he, como se dice...no he tenido buenas experiencias con la que, con lo que es comida, por porque nuestra en mi raza, en mi y como he sido criada no no me enseñado a si ha comer bien ...nos... podemos comer de todo y no es problema...y es dificil para mi comer pescado mariscos cosas asi, soy bien asquienda {[asco]} para eso ... no me gusta.. (ME: ok) y eh esos es todo (ME: ok)

Thank you....

P13 October 7, 2016

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Para mi buena salud significa estar bien sentirse bien y y no enfermarse (ME: no enfermarse) SHE: eh, es como decirlo alimentarse bien de una manera adecuada nutritiva sin mucha grasa, y sin muchos lácteos (ME: lácteos?) SHE: lácteos (ME: como leche) SHE: leches, quesos con mucha sal, y crema que lleva mucha grasa (ME: mhm) SHE: verdad, este, comidas chatarras, como hamburguesas, pizza, hot dog, y papas fritas, todo eso pienso que no es saludable (ME: bueno)

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Un peso saludable pienso que va de acuerdo a la estatura nuestra y no sobre pasarnos a ese, a ese nivel...debido si nos sobre pasamos esta sufriendo la columna vertebral y duelen nuestras rodillas, y en fin, bueno, trae muchas consecuencias el sobrepeso

(ME: y si diría que seria un peso saludable, a pesar de lo que causa el peso demasiado que me dijo que rodillas y columna...que seria un peso saludable?)

SHE: Un peso saludable pienso que que es mantenerse en forma o como le dije antes de acuerdo a la estatura ...(ME: ok) SHE: luchar por mantenernos allí, no aumentar, ni bajar (ME: ok, thank you...numero tres)

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Para mi comer saludablemente es alimentarse sano como comer muchos vegetales frutas eh como lechugas eh y comida sin grasa (ME: algo mas)

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

No comer saludablemente es alimentarnos con comidas rapidas que para nuestra salud pues nos afecta, verdad, eh es como comer comidas con muy condimentadas, usar mucho, muchos condimentos para cocinar, y mucho aceite (ME: condimentos que son para Usted?) SHE: condimentos son como los consumes de pollo, de rez, eso para mi es cocinar condimentado, pues a mi, en lo personal, me da ardor en el estomago, verdad, entonces comer saludable para mi es cocinar con como condimentos naturales como el apio cilantro perejil cebolla ajo ...verdad...todo eso es para mi saludable, comer saludable. (ME: alright, lo pregunto una vez mas si a caso algo viene... [I repeat the question]....I'm sorry... (noise)) SHE: No comer saludablemente es comer a como...comidas papas, pollo eh...pollo rostizado todo eso que va muy muy mucha frituras (ME: si voy al 3 otra vez, que quiere decir comer saludablemente, me dijo muchas cosas apio perejil cilantro SHE: eso es comer saludablemente... parece que se lo puso como ejemplo en no comer saludable, pero fue como un ejemplo)

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b) SI
6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

Pues, eh, pienso que es bien importante tomar en cuenta el comer las 5 porciones diarias, porque deben ser diarias verdad, tanto de vegetales como frutas, pienso que es bien importante. (ME: y y cabe eso en lo que esta haciendo diariamente...lo esta haciendo, o no...) SHE: no, por el momento no lo estoy haciendo [laughs] (ME: y en pensar que lo tiene que hacer que eso es la recomendación, como se siente eso) SHE: pues le información me es muy

interesante y muy agradable para mi persona, y y pues me gustaria ponerlo en practica (ME: ok, thank you.... El siete)

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? Tiene ejemplos.. ...(RQ3b)

Repítame la pregunta porfavor (ME: si, [I repeat the question above]) Pues mi experiencia en comprar es que yo tengo que gastar mucho, verdad para comprar una buena fruta ...y mi experiencia para preparar es que ya la tengo en casa y la preparo, verdad, la preparo para consumirla (ME: ok) ya sea personal, o con mi familia (ME: ok, le pregunto una vez mas si a caso viene otra cosa...[I repeat the question]) SHE: en comer frutas y verduras para mi es muy importante por que las frutas y verduras nos dan muchas vitaminas y minerales y nos proviene el colágeno que muchas personas ya despues de cierta edad pues ya no ya no producimos esa hormona (ME: ok,ok)

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Para mi obesidad significa estar muy gordo, tener sobre peso, y pasarnos del limite, que debemos tener...de acuerdo a nuestra estatura

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)

Mi peso favorito de acuerdo a mi estatura, a lo mucho, 120 libras [smiling], o 115

10. Que piensa que le afecta su peso? (a si que que influye que aumenta peso)(RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

Pues, asta el momento, no he podido descubrirlo, simplemente aumente de de peso, y y pues...no puedo bajarlo [sighs light laugh] (ME: tiene alguna idea que piensa que hay cosas que si le sube de peso?) SHE: si, como por ejemplo comer

mucho, comer es.. comidas a con mucha grasa... esas comidas pienso que me

(ME: eso es?) SHE: consumir harinas (ME: ok, ok, el once)

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)

Pues me siento un poco cansada, me duelen las rodillas, y, y algunas veces siento dificultad como para caminar... que siento que el peso me, me, me detiene a caminar mas rápido. Cuando estoy delgada me siento con mucha mas agilidad.

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil? Si

Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?

Unas de las que cosas que se me hacen mas difícil es este a como incorporarme

hacia abajo... siento que no puedo, que me cuesta... y, y a veces he sentido que me

canso un poco para hablar ... y caminar... (ME: ok, cual quier otra cosa?) SHE: ah,

pues... me duele las rodillas, como le dije antes, y siento el estomago muy grande

[laughs] (ME: ok...ok)

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)

Pues me siente mucho mejor, siento que incluso el sistema digestivo me trabaja mejor, y, y la piel también pues se pone mucho mas linda (ME: ok, so eh la cosa

que le influye es como se siente) SHE: ah, me hace sentir, eh, mucho mejor,

verdad, este, me hace sentir, con, como mas limpia, mi organismo, y con mas

energía. (ME: y elije esas cosas por esas razones?) SHE: si (ME: porque se va

sentir mejor...?) SHE: correcto (ME: ok)

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que

viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)
 [did not answer question at first she thought it said why do you eat less carbs]
 Comer menos carbohidratos es porque siento que las cosas que contienen mucho almidon, como me producen mucha acides estomagal (ME: pero cuando si las elije, es una pregunta que pregunta porque no come menos...porque no come menos? Que todavía lo esta eligiendo) SHE: mm, de hecho eh, ya lo estoy reduciendo los carbohidratos (ME: ok) SHE: trato de no comer ...ah tortilla, si como arroz no como tortilla, y si como tortilla no como arroz...oh si como frijoles, no como tortilla, para evitar consumir harina tras harina (ME: y ah, cuando paro? Cuando empezó a reducirlo?) SHE: empeze ha, hace unos 2 meses aproximadamente (ME: y antes porque no dejo de comerlos?) SHE: porque no tenia mucho conocimiento sobre, sobre los muchos carbohidratos (ME: y donde aprendio, so donde aumento el conocimiento?) SHE: hiendo a unas charlas a la escuela ... muy interesante [at 13:00 min of recording...her cell phone began to ring] (ME: it's ok, is that you, yes) [her phone keeps ringing, she does not answer, though I point that it is ok to answer if she needs to] (ME: cual quier cosa, que piensa que se la hace mas facil y mas probable que coma...[I continue w the question])
15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

Pues a veces podria ser las situaciones económicas [her phone rings again] que es lo que mas, so, tiene a la mano. (ME: quiere bajar el volumen [do you want to lower the volumen?]) SHE: si (ME: creo que le van estar llamandole) SHE: si, ya vienen a traerme (ME: casi, casi...quiere decirles algo? [offer her to let them know so they don't worry]) SHE: si, [she talks on the phone explaining she will be out in 15 min.] dentro de unos (ME: 15) quince minutos voy a salir....de acuerdo [on phone]...esta bien [on phone]) (ME: we are back... esta bien, claro tiene que comunicar se) SHE: si (ME: ok, ready, creo que todo esta bien [I check to make sure digital recorder is still recording and it is] ok, situaciones

economicas [I reflect her last statement to me]) SHE: situaciones economicas es lo mas que a veces no nos permite alimentar nos bien

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Pienso que no aumenta el peso porque eh, ah, las harinas, como yo he tenido algunos conocimientos que se convierten en azúcar, entonces el azúcar tiende ah, ah dar nos obsidad

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Pienso que es muy saludable, porque pienso de esa manera nosotros estamos quemando toxinas que el cuerpo eh no las necesita...y pues hacer el ejercicio pues nos da mucha energía. (ME: ok, y lo pregunto otra vez, todo esta bien) SHE: hacer suficiente ejercicio yo pienso que es hacer una hora diaria de ejercicios, si es que se puede, y si no, pues mas (ME: ok, 18)

18. Que piense que se le hace dificil hacer ejercicio? (RQ3a)

Pues a veces no tenemos las maquinas, para hacerlo, eso nos, nos evita hacer el ejercicio porque, por ejemplo, mi ...en mi vida personal...no hago, porque no tengo las maquinas y tampoco hay la posibilidad para ir a un gimnasio (ME: [reflecting her words] so maquinas y gimnasio. {SHE: mhm [agress]}) Cual quier otra situación que se le hace dificil hacer ejercicio) SHE: eso es lo mas, eso es lo mas que se me hace dificil porque algunos a veces se puede hacer ciert...ciertos ejercicios en casa como, como calentamientos, verdad, bailar, saltar, pues es lo que uno pone en practica.

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

Lo que se me hace mas fácil, es organ...organizarme con mi tiempo para poder tomar una hora, una hora, oh, oh, oh, oh mas si es posible, y hacer ejercicios que los pueda practicar en casa (ME: clarifying... so el tiempo, el tiempo es lo mas importante?) SHE: el tiempo...correcto (ME: ok)

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Si (ME: yeah, ok, y algo mas sobre eso?) SHE: si pienso que es importante incorporar el ejercicio porque no ayuda mantenernos saludables (ME: ok)

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

Dormir suficiente quiere decir dormir 8 horas diarias...pues es lo que necesita nuestro cuerpo para, para, para reanudar energías nuevamente, porque los labores de el siguiente dia. (ME: ok)

22. Que piense se le hace dificil dormir suficiente (RQ3d) Dígame mas, tiene unos ejemplos?

Repítame la pregunta (ME: si, [I repeat the question]) SHE: ah, a veces pues mucha ocupaciones o preocupaciones es que a veces tenemos eso nos quita algunas veces el sueno (ME: ok, algo mas de dormir, de que se le causa dificil dormir?) SHE: si otras veces, a si algunas veces, simplemente se va el sueno, verdad, este, y no uno no se puede dormir, aun que quiera... a mi me ha pasado que quiero dormir y, y a veces digo, "Dios da me sueno," y 'quiero dormirme que pasa porque no me puedo dormir?' verdad, entonces eso hace que uno no duerma lo suficiente, y al siguiente dia se sienta como débil, o, o enfermo...entonces es bueno a veces tomar se un tecito [giggles]. (ME: ok, eso es la siguiente pregunta...[I read the next question])

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Ah...(ME: y que mas se le hace mas fácil dormir suficiente?) SHE: pues pienso que dormir, que lo que hace mas fácil dormir es tratar de relajarnos antes de dormir, no ver películas, no tecnología, eh, no televisores en la habitación, no teléfonos, ah minutos antes de irnos a la cama quitar todo de allí para no tener nada que nos distraiga y concentrarnos a que vamos a un momento sagrado como es la cama donde pasamos 8 horas, oh, oh, oh, oh un poco menos, o puede ser un poco mas, verdad, donde nuestro cuerpo descansa...entonces para mi es bien importante eso... (ME: ok)

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Pienso que si dormimos demasiado si, porque podría ser que en estar mucho tiempo inactivo no da obesidad (ME: ok)

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3) No

26. Y el 26 es abierto Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista sobre salud, sus experiencias del peso, su vida, de su salud?

Pienso que la salud es muy importante cuidar nuestra salud...pues si nosotros nos cuidamos, eh, nos mantenemos mucho mejor, y nos sentimos mejor porque aquí lo importante es como nos sentimos nosotros...como yo me siento en lo personal, verdad, eso para mi es muy importante cuidar de nuestra salud, y, y no...y tratar de no aumentar de peso, pues eso debemos cuidarnos para sentirnos bien también que nuestra familia estén bien...porque si nosotros estamos bien, nuestra familia va estar bien...si nosotros nos enfermamos, nuestra familia va estar mal,

verdad...y si nosotros nos cuidamos para mantenernos sanos, eso va también a ayudar a nuestra familias, entonces para mi eso es bien importante...en cierta ocasión yo tuve una reunión en la escuela en mi país en la que nos enseñaron que el ser mas importante en la vida soy yo...por que? Porque el ser mas importante soy yo porque primero yo, dice uno, verdad, segundo yo, tercero yo, y por ultimo yo, pero esto no se refiere a que, a que soy egocéntrica, si no que se refiere a que debo cuidarme, mi salud...porque de allí dependen los demás [her cell phone rings] (ME: it's ok, cual quier otra cosa, it's ok [as the phone is ringing her family is calling] lo pongo aca, son ellos?) SHE: [laughs] si lo puedo contestar? (ME: yea ["she's answering the phone" in the back ground P13 is on phone "hola, hola..hola" ME: le van a recoger SHE: si, pero voy a enviarle un mensaje que ya voy a salir ME: yea, 3 minutos [I say into the records "she's sending a text to tell them she will be out soon"] SHE: me encantan sus charlas siempre me an interasado a mi [she wants to come to the nutrition group classes open to the public] la nutricion (ME: ya good, en la semana que viene, ya que hico la entrevista puede pasar a las charlas...oh so hablando de su peso, ahm, acaba de perder recientemente hace tiempo despues de 2 meses, o ha estado este peso) SHE: e perdido un poco (ME: mhm) no mucho, pero siento que he perdido que unas, que unas 4 libas o 5. (ME: ok so tiene cual quier otro comentario sobres sus experiencias sobre con sobre peso?) SHE: con el sobrepeso si eh, uno de las experiencias que he tenido es que cuando tengo sobrepeso se sube el colesterol, triglicéridos, y, y pues allí corremos el riesgo de otras enfermedades (ME: y algo

mas?) SHE: no solamente (ME: ok so...) SHE: bueno el sobrepeso trae muchas consecuencias como, como por ejemplo arrastra las enfermedades en no cuidarnos del tener demasiado sobrepeso arrastra el parecer de diabetes y presión alta y eso eh nos lleva a rastrar, o traer otras enfermedades como ser hipertenso y y también no lleva el cáncer

(ME: en su experiencia de su salud [I am asking again about her experiences vs. Theoretical knowledge of Obesity] a cambiado recientemente, y antes como fue su experiencia cuando fue a la tienda y comprar comida pensando en comida y como se siente y todo eso antes de cambiar y aprender que estaba pasando en su vida) SHE: pues, pues me sentía ah con dolores de estomago, cuando iba a comprar pues uno ve lo que mas le atrae a las personas y quizás todos, todos los seres humanos somos a si, que nos atrae mucho la comida no, no saludable, entonces uno se decide por aquello que tiene mas grasa y eso es lo que compra, verdad, entonces cuando nosotros aprendemos que eso no es saludable hacemos el cambio y vamos a la tienda y ya no vemos aquello, aquello que nos va hacer daño si no que buscamos lo mas, lo mas que es mas saludable para nuestra vida. Ya.

(ME: ok cual quier otra experiencia con peso) SHE: [laughs] con el peso pues hay muchas, este nos vemos mal es una de las cosas que perdemos la cintura, nos vemos, este, físicamente hablando, verdad, no, no nos vemos muy, muy saludables porque el mismo peso nos hace vernos mal. Y de hecho, yo soy una de esas que a veces me veo en el espejo y digo, “Dios mio estoy gordita, tengo que

bajar” verdad porque esto no, no no debe ser mi peso, tengo que estar menos.

(ME: ya, thank you, voy a apagar esto.)

P14 Oct. 11, 2016

She wanted to participate and did but she also was somewhat rushed she said, as she was having family pick her up, but she really wanted to participate

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

Ay, dormir bien, (ME: ok), comer bien (ME: ok), no marear me cuando camino, (ME: ok), SHE: ah, estar bien, sentir, sentirme bien, no sentir ahhh que mi cuerpo esta "dizzy" que oh....muchas cosas, eso (ME: ya? Algo mas, me dijo varias, pero algo ma) SHE: no, eso (ME: eso) SHE: eso (ME ok, numero)

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Para mi, para mi, para mi estatura creo que un peso saludable para mi seria ciento, para mi, 145 libras. (ME: mmhm, y en hablar de que quiere decir peso saludable [I am asking question again to probe about meaning of peso saludable vs her weight] que seria peso saludable) SHE: un peso saludable, eh, para mi seria, ah, constituye en buena alimentación, ejercicio, aam, mente sana (ME: ok aha algo mas?) SHE: no (ME: el numero 3 ya me dijo, ah no no me dijo, que quiere decir comer saludablemente)

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Comer saludablemente, las proteínas a su tiempo, los carbohidratos a su tiempo, los minerales a su tiempoosea...todo, todo, que valle en un balance como la piramida, piramida (ME: en el balance, ok, alright, el cuatro)

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Implica muchas cosas...colesterol alto, ahh, diabetes, ah vamos a decir que viene hasta cáncer ... enfermedades que no buscamos precisamente por no comer

saludable (ME: hm, ok, y que quiere decir comer saludablemente.... Comer lo a su tiempo [repeated what she had said about eating well]) SHE: comer le a su tiempo, comer a las horas estipuladas (ME: y que no come saludablemente, que quiere decir no comer saludablemente ya me dijo sobre enfermedades y todo, algo mas) SHE [spoke over 'mas'] no comer saludablemente no comer a las horas ...comer comida chatarra, porque no nos da tiempo con la vida que llevamos ...meternos aquí, meternos allá, a comer cosas que no deberíamos comer (ME: ok...ok)

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)

Como que lo vi en un comercial (ME: lo vio, en un comercial)

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

Cabe bien porque a mi me encantan las frutas, pero, oh my God, ando siempre super disparada que hasta se me olvidan las frutas en mi carro (ME: y si piensa que tenemos que comer 5 porciones al día, lo esta cumpliendo? Cabe?) SHE: no lo estoy cumpliendo, la como en la noche ...cuando tengo un chancecito que me como una manzana como una pera, que como esto pero no como debería comérsela (ME: so lo pregunto una vez mas a ver si bien algo... [I repeat the question]...de cinco porciones) SHE: creo que, para llevar, ah, una vida mas, mas activa, mas sana, un cuerpo mas sano, una mente mas sana, una nutrición que deberíamos ten.... Que deberíamos seguir al pie de la letra de tener, o sea, eh, eh ... como le digo, [sighs], come de...debemos comer tres comidas al dia ...e...metiendo las dos porciones de, de, de...fruta [ME: I spoke over her Word

‘fruta’] (ME: y no esta o si esta...cabiendo) SHE: no (ME: ok, number seven, numer siete)

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)

Cuando lo he hecho, me siento el cuerpo mas con energía ... (ME: mmhm) SHE: cuando lo dejo de, ah, y, y, y, y, y puede regularmente al bano. Cuando no lo hago, a su, es horrible en mi cuerpo, siento eh, siento el golpe, el “shock” (ME:mhm...ok...y en comprar, preparar, y comer frutas...algo mas sobre cual es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras?) SHE: mi experiencia ha sido bien, eh, es buena cuando lo ago a si.... Cuando esta allí, no...(ME: ok, el ocho)

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

Oh my God [laughs][laughs shorter] obesidad es para mi...no se... para mi es algo que no, no, no deberíamos tener nadie ... es...eh... la mal alimentación, la mal organización del tiempo, y que no es bueno para nuestra salud (ME: nueve)

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2) [ME: me lo había dicho antes]

No cuando estaba jovencita que tenia 130 libras, pero por lo menos, ya que tengo niños, quiero 145 [laughs]

10. Que piensa que le afecta su peso[a si que, que influye que tenga peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)

A veces me siento como floja... yo hago ejercicio yo voy hiking, yo, ah, hago de todo...Pero, cuando estoy...no me siento como deprimida, cuando me siento triste, siento ...me siento gorda, me siento to... (ME: y que causa que aumenta

peso para usted, que son las cosas que influye que aumenta [she spoke over aumenta...]) SHE: cuando tengo preocupación...cómo (ME: yea) SHE: quiero comer, quiero comer (ME: ok, so el onze {11} es)

11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3) [reflected what she had said ME: que se siente floja, deprimida, que mas)

Eh, eha, aaa, [vocal gurgle sound] ehm...no voy al bano...todos los días ...tengo que tomar cosas para ir al bano, eh, y yo no quiero mas eso ... o sea, como quiero un cambio, pero como cuesta hacer lo, o sea como que me cuesta disciplinarme (ME: ok...ok)

12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?

Unas tareas, como levantarme en la [laughs] mañana temprano (ME: ok, y eso es sobre el

Peso, que tienen que ver con el peso) SHE: uu, creo que anteriormente cuando me levantaba temprano que tenia esa, eh, ...habito (ME: mm) SHE: mantenía mi peso, eh, siempre estaba... pero a hora no, a hora esta hasta me dicen, “vamos hacer un hiking” {other person in her memory example} [she is having a theoretical dialogue] ‘hay, esta haciendo sol’ {she} (ME: mm) SHE: o sea, pongo, siempre pongo un ‘contra’ como para, ah, u eso me hace sentir mal.....[waited but she stopped talking] (ME: alright, ..number trece)

13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c) [A si que elige lo saludable... por que?)

.....Porque, pienso por comer saludable para mi porque lo elijo, porque yo se en comer lo saludable yo voy a lograr el peso que quiero y, y la estabilidad que quiero, (ME: mmh), SHE: o sea, en mi, mi concentración, en todo (ME: so elije por su bien estar?) SHE: por mi bien estar, por mi salud (ME: ok, voy a leer un parafo que va ayudar a contestar el 14)

“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”

14. Que piensa que le causa dificultad en comer menos carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3c)

Ansiedad, hay, este [sounds]...me encanta la arepa [big laugh] (ME: ok) SHE: [continues to laugh and talk] entonces trato de no comer lo de harina completa, entonces le pongo afrecho ... o sea le pongo linasa, para masar la, para que tenga mas fibra, o sea, siempre con fibra ...y, y, y me encanta, oh my God, a me encanta el pan [voice volumen reduces] (ME: ok...cual quier otra cosa que le influye a comer mas, mas que no deja comer mas de carbohidrato....me dijo que le encanta [SHE speaks over my words 'le encanta' and says...] SHE: porque no me gusta, no me gusta el pollo, no me gusta casi la carne, la como... a la {pedida? Can't hear the Word, but it means to eat less often} SHE: me encantaria todo el tiempo comer pescado y mariscos, eso si me encantaria ...y ensaladas (ME: mhm) SHE: pero soy floja pa.... No se... me he vuelto hasta floja para preparar lo ...en

la comida...(ME: ok) SHE: comoda, estoy como que comoda (ME: ok alright, el quinze)

15. Que piensa que se le hace mas fácil y más probable que coma más carbohidratos (almidón, azúcar, pan, cereal, jugo)? (RQ3d)

Cuando voy a trabajar, un pan... un sándwich ...eh, vengo, no hay nada, un sándwich (ME:mmhm) y en la noche también, hay, que flojera arroz y lo mismo (ME: so flojera y tiempo, o con [SHE: speaks over last words and says, “falta de tiempo, convenien(ca), o sea es lo mas fácil, es lo mas fácil, ah, eh, eh es mas fácil eh 20 minutos espagheti, ah o sea es mas fácil, o sea es mas fácil que ponerme como hacia antes que ponía a la plancha, las verduras.... y, y mi(s) nena(s) empieza(n), “que yo no quiero calabazin, que no quiero esto” entonces yo allí ya se me.... (ME: ya, ok, el diez y seis)

16. En qué manera piensa que los carbohidratos le afecta su peso? (RQ3c)

Porque no voy al bano regularmente.... Me, me, me, me, me (ME: cuando las come?) SHE: el carbohidrato, pienso el que no me ayuda ah ah ah ir, no se (ME: y el p eso con el carbohidrato... ... piensa que le influye o no le influye) SHE: no yo pienso que Si influye, porque si se convierte en harina, y ya estoy grasosa, ya (non wordy sound) [makes faces, changes voice] (ME: ok)

17. Que piensa que es hacer suficiente ejercicio? (RQ3a)

Tiene unos ejemplos?

18. Que piense que se le hace dificil hacer ejercicio? (RQ3a)

Yo no pienso de que hay que hacer suficiente ejercicio, yo pienso, el que hay que hacer eh, el eh el ejercicio el.... algo que te valla comodo a ti... o sea quiero caminar una ahora-camino una hora, ... Yo no quiero, como este, al menos que valla a un hiking que son por lo menos 6 ...7 horas porque hay que hacer 12 a 13 millas, ok, que ya yo se que es un dia haciendo caminata. Pero para hacer ejercicio, pienso que regularmente el ejercicio es bueno por lo menos 3 dias a la

semana, 4 días a la semana... no tienes de alborotarte de tanto ejercicio para que
(ME: ok...ok)

19. Que piensa que se le hace mas fácil hacer ejercicio? (RQ3, RQ3a)

Hay que me da flojera... (ME: mhm) SHE: flojera [slows response drags it ou
Looks off slightly... thinking] este...[also slowly says 'este' very different from
other speak pattern as is slower] SHE: a veces me siento desganada, no se, como
que perdiera el tiempo Como que quiere perder peso rapido pero es mas
comodo para mi de irme el Sabado o Domingo a, a hiking (ME: ok) SHE: pero si
voy a ir [reflecting on herself 'but if I go because I want to'] porque quiero salir
hacer yoga y esas cosas pero..ahh ai... (ME: y que se le hace dificil que piensa
que se le hace dificil ir hacer ejercicio) SHE: [thought with higher voice response]
hay no se, no se, ¿no se porque? Se me hace.... (ME: jsut ¿me dijo flojera? Eso es
todo?) SHE: si una flojera me da ...me da...como me que no tuviera energía en
mi cuerpo para hacer.... Mire en la mañana cuando me levanto no puedo ni
doblarme, ante me doblaba y hacia asi [stands up and demonstrate bending over
as she bends over slightly] SHE: ahorita si ya, que me calentó mi cuerpo...pero
en la mañana, como que, como que si tuviera encogida todo los huesos (ME: ok, y
que se le hace mas fácil hacer el ejercicio, que le ayuda?) SHE: cuando ejercicio
cuando hacia ejercicio siempre, siempre estaba activa [snaps her fingers] siempre
estaba 'chevere' ... deajo de, eh, eh, me enferme de de una uña, que tengo que
decirle parece que tengo un hongito en la uña, me la corte no podía meter la bota,
entonces y ya pase tiempo, ya paso ese tiempo, ya me volvi a poner otra vez (she

looks at her body regarding increasing size, she makes a funny face ‘in jest’)

SHE: no te preocupes (ME: ya {I laugh with her} it’s ok lo puede lo puede

SHE:[snicker laughs] (ME: reflecting her words, hiking, ‘que se le hace mas

facil’) SHE: me motivo (ME: [I am rewording the question emphasizing what

makes it easier to exercise] en que situación haría ejercicio [in which

situation/circumstance would you do ejercicio?...tiene flojera, pero si no tiene

flojera pero que otras cosas ayudan] SHE: abecés tenemos que llevar dinero, y

yo no lo tengo... entiende... (ME: ok) SHE: y, y eh, porque tenemos que

compartir que vamos a comer, y entonces me da vergüenza O sea tuve ... son

cosas...que (ME: ok, ok, ... so [I reflect what she said, “so si sale con otras

personas... van a comer despues...y [she speaks over my words in agreement])

SHE: si, y entonces ya no quiero, ya es que digo que no... por lo menos esta

semana había un, un, un, eh, en la Catalina un hiking de 36 millas pero había que

ir a comer y esto.. entonces yo no tenia dinero, entonces preferí decir que no, no

... tenia otra cosa que hacer... (ME: ok, right... [I continue to re ask the question

as instead of talking about what helps or makes it likely that she would go and

exercise, she stays on all the barriers no on what makes it likely which is the

question: I re ask.. “Y que provoca hacer ejercicio”) SHE: cuando estoy bien,

cuando, cuando... me siento comoda con las personas que voy... (ME: ok)

SHE: cuando... no se... (ME: ok) SHE: es como que que una cuestión de

sentimientos ... es como (ME: got it, I understand) SHE: [light laugh] (ME: [I

sense she is getting uncomfortable, so I move on]

20. Piensa que puede incorporar ejercicio en su vida? (RQ1, RQ3)

Si, como no.

21. Que quiere decir dormir suficiente? (RQ3, RQ3d)

8 horas, siete {7} (ME: ok)

22. Que piense se le hace difícil dormir suficiente (RQ3d)

Oh, oh estoy pegada en el teléfono [laughs with her voice and body movements]
viendo los chismes [recalls jokes on phone].... Oh estoy pensando, y maquinando
ah cosas que no debo pensar (ME: algo mas?) SHE: mmm [signals no] (ME: ok y
la otra es similar [regarding next question])

23. Que piensa se la hace mas fácil dormir suficiente? (RQ3d)

Hay, [sighs with relief sound breath out of mouth audible] cuando estoy a si
tranquilo, por lo menos cuando salgo de viaje con mi nena, que no tengo que
pensar en nada ...allí si [smiles] (ME: ok) SHE: como que es mas fácil (ME: ok)

24. Piensa que el dormir está asociado al peso? (RQ3)

Pienso que si, si duermes bien come saludable y todo...yo pienso que, que, haces
ejercicio, yo pienso que que puedes lograr el peso que tu quieres

25. Piensa que su peso está afectado por la cantidad que duerme usted? (RQ3)

Tambien. Porque duermo, me quedo dormida, y no me quiero parar y entonces
no hago ejercicio, me quedo dormida, y me vuelvo quedar dormida cuando llego
de trabajar y asi...

(ME: ahora el 26 is open es abierto...[I ask question 26])

26. Tiene cual quier otros comentarios antes que terminamos la entrevista?[sobre sus experiencias con el peso ...como se siente]

Mira estaba, estaba en ciento...(100)... o sea, tuve una relación por siete (7) anos, terminamos, eh y eso me, me afecto bastante y me hico bajar de peso creo que perdi 20 libras pero tampoco me sentía bien con ese peso, porque estaba muy flaca porque estaba en talla 3, eso no me gusta, yo quiero una talla entre 4 y 6, y ahorita estoy en 7, ... 7 y 8, (Me: mhm) SHE: entonces quiero moldearme porque eh, no quiero, me siento panzona ... o sea asi porque meto la barriga, pero cuando quiero ah [exhales breathes out] o ya decidi me canse, oh me veo un barrigon y, y, y me da mucha acidez, o sea, siento mucha acidez en el... y... yo no sentía eso...yo como mucho picante lo deje porque no quiero ya...son cosas que quiero ir dejando poco a poco y que no me martilicen y que veo la comida y le quiero poner picante, no no, nada... yo quiero ir dejando las cosas pero porque mi cuerpo ya sabe eso no me hace bien ... y yo lo siento... por lo menos cuando como pan, yo digo No ya no debo de comer pan, pero la arepa si me cae bien porque la arepa es tradicional de mi país ...(ME: mmh) SHE: entonces yo, yo, yo eso es lo que quiero usar, trato los mas posible ahora, ahora que me he visto a si ... que yo no se si es el espejo que me veo gorda, gorda, yo digo, no, no, no, no... yo quiero, yo quiero otro tipo de comida... o sea... tratar de comer mejor y buscar mi tiempo para mi... o sea si no puedo en mi casa porque estoy trabajando ...y digo, ok... meter mi fruta y digo ok ya es la hora esta, y me como una fruta porque no puedo comer ... porque no llevo comida (ME: ya) SHE: y eso es lo que

quiero, y regularmente al baño, porque me deprime no ir al baño ... me siento que me pica el cuerpo, que mi cabeza se me, se me llena no voy al baño, a veces paso 5 días sin ir al baño, tengo que estar tomando cosas ... y ya no quiero hacer eso, o sea quiero alegrar me de todas esas cosas de mi vida no quiero (ME: ok) SHE: es (ME: that's it?) SHE: that's it (ME: quiere dar otra información) SHE: no (ME: thank you, thank you, voy a apagar esto.... Save [referring to voice recording])

P15 10.26.2016

Me permite graver zu voz?

She: si claro ME: y claro si quiere para puede, y si quiere seguir sigua

1. Que significa tener buena salud? (RQ1, RQ3, RQ3a, RQ3b, RQ3c, RQ3d)

SHE: Salud es una persona que se apolla... no se como explicarle, ah, buena salud es cuando el cuerpo a sido nutrido, cuidado, ejercitado, ah cuidado en todos los aspectos físicos, espiritual, emocional, para mi eso es lo único, ME: otra cosa SHE: no, pues buena alimentación por mi bien

2. Describa que sería un peso saludable? (RQ1-RQ3)

Pues hay una, hay una, como se dice, un chart no, que dice los pesos saludables, la altura por la edad, no? Pues no se, por ejemplo yo se que tendría que pesar entre 135-140#libras [coughs] pero no se como será para eso

3. Que quiere decir comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

Comer sus tres tiempos, en una manera que sienta nutra su cuerpo que coma necesario y no demás (ME: ok y lo necesario que seria?) SHE: porciones pequeñas, muchos vegetales, poca fruta, proteínas, no azucares, no grasas saturadas de todas esas cosa. No comida rapida

4. Que quiere decir No comer saludablemente? (RQ1, RQ3b, RQ3c)

SHE: pues comer todo lo que no sea verde [laughs] todo lo que es frito, lo procesado, comida rapida

5. Ha oído de la recomendación de comer cinco porciones de frutas y verduras al día?: (RQ3b)

Si pero no estoy de acuerdo. (ME: no esta de acuerdo). SHE: si porque yo pienso que comer mucha fruta tampoco es bueno porque tiene mucho azúcar Tal vez comer 5 porciones de vegetales seria bueno, pero no (ME: ok)

6. Como cabe esta recomendación en su vida? (RQ3b)

She: No cabe [laughs] porque yo casi no como, la verdad me cuesta, y yo me levanto y no tego hambre como hasta las 3 – 4 de la tarde...y como bastante cuando como, y no como mas de una a dos veces en el dia. (ME: y cuando dice que me cuesta que quiere decir?) SHE: ah, que no puedo seguir, ah, que mi cuerpo que no impuesto a como ...bueno vivimos en los Estados Unidos sabe que el estilo de vida ha qua (here) es muy diferente, en mi país se comia hasta 7 veces al dia pero ha qua es todo muy diferente

No Hay Tiempo (ME: y cuando no hay tiempo, que hesta haciendo) SHE: nada no como, trabajando llevar niños a la escuela, por las pocas puedo dormir, prefiero dormir y comer [laughs] (ME: ok, me dijo que por los niños) SHE: no por los niños, yo tengo adolescentes, es por la vida, la vida ha qua en los Estado Unidos. You tengo dos trabajos. Trabajo de noche, trabajo de dia, a veces todo el dia de tarde a la noche (ME: ok) SHE: y cuando estoy trabajando, si me da hambre tengo la culpabilidad que si paso a un drive-through voy a comprar una porquería que no debería comer, si me entiende? Pero de todas maneras si no tengo el tiempo como cual quier cosa y me da lo mismo. Sabes, es una batalla

con mi mente, no de que comer. Por desgraciadamente en los drive-throughs no le ofrecen nada bueno, y si le ofrecen una ensalada que tiene mas grasa que otra cosa entonces prefiero a veces no comer, y luego en la mañana no me da hambre, la verdad no me da hambre. Desde que llegue a este país, con el trabajo y todo, yo deje de comer desayuno, almuerzo, y cena. (ME: y lo dejo inmediatamente, o cando empezó eso?) SHE: como explicarle?...pues en cuando empeze a trabajar. Yo vine ha qua a los 28 anos, y si como a los...dos tres meses yo estaba trabajando...y luego me costo mucho acostubrar mucho la comida a qua porque era diferente, todo era diferente, Porque nosotros como Latinos relaciones la comida con tiempos familiar, verdad. Entonces es desayuno, todos nos sentamos en la mesa y comer nos un buen desayuno. En la manan un café, oh, cual quier cosa, y luego el almuerzo, todos ha comer juntos...todos, y en la cena, igual. Y ha qua todo eso se pierde, y todos trabajan, y los muchachos se van a la escuela todo el santo dia, entonces igual ellos, no desayunan, no almuerzan, no cenan. Si no comen lo que pueden comer. Entonces el estilo de vida es lo que afecta ... a parte, que Usted sabe, que para comer bien Usted necesita dinero, eso es un problema bien grande. Que todo lo que es bueno es mas caro. Ya a veces la gente Pero es su salud, es su vida, pero a veces en lo practico uno no piensa en esas cosas. (ME: Thank you).

7. Cuál es su experiencia con comprar, preparar, y comer frutas y verduras? (RQ3b)
Tiene unos ejemplos?

SHE: la mayoría de frutas siempre estan (bad), estan duras, estan verdes, esperar que maduren, entonces no las compro, y las que están siempre en season, tienen mas azucars, y son mas que compro, son los bananos, fresas. Las verduras, lo mismo. Oh están muy maduras, oh están muy verdes. Y asi no le antojan a una. Y entonces las buenas frutas, y las buenas verduras, son siempre un precio casi como una libra de carne...y que es una libra de tomate. Hay lugares, que casi no tienen la mayoría de verduras, la posibilidad. Y donde hay, pues el precio...no lo tiene uno a veces. Verdad.

(ME: so, en preparar, y en comerlas?) SHE: oh, yo se preparar cual quier cosa...yo puedo cocinar desde vegan raw, a gluten free, hasta comida Latina normal. No tengo NINGUN PROBLEMA EN PREPARAR. Por mi trabajo siento que puedo cocinar diferentes comidas. Conocimiento de alimentación tengo mucho. Pero me falta (¿) [laughs]. Yo se hacer vegan patties, vegan chips, you know very healthy, muchas cosas les se hacer pero no no puedo hacerlas [for self] (ME: cuantos niños?) SHE: ah, yo tengo 2 adolescentes. (ME: y trabaja dos trabajos) SHE: si (ME: y de que hora que hora) SHE: Yo no tengo horario

8. Que quiere decir obesidad? (RQ1, RQ2, RQ3)

SHE: Un sobrepeso (suficiente) SHE: esos todo? (ME: si oye la palabra obesidad, que piensa?) SHE: Es una PALABRA QUE DUELE a aceptarla {¿??} es un pecado. [laughs] es como que llevas una X aquí en tu cabeza. Es fácil decir esta obesa la persona, pero no sabe uno lo que cuesta ni sabe porque la persona esta asi. Porque en mi caso yo no soy una de esas personas que ando comiendo cada rato que me da mucho comer. No. Y es lo que mas me frustra. Que he intentado

hacer dietas, intentado hacer ejercicio...y no, no bajo. Yo nunca fui gorda. Yo en mi país era modelo. Pero en el EMBARAZO DE MI HIJA YO SUBI 120 libras que yo nunca las perdi, o sea, las perdi, pero las volvi a subir, las perdi, y volvi. Y porque nunca tuve limites para comer, porque nunca engordaba, ah, me costo, me costo, me cuesta todavía. Ya pasamos muchos anos, mi nina tiene 17 anos, pero bajo y subo, bajo y subo...no se a que se debe. Ok. Thank you.

9. Que sería su peso favorito? (RQ1, RQ2)
Volver a pesar lo que yo pesaba [laughs], 128 libras. Pero que eso es casi imposible, Por lo menos unos 170. Que serian 100 libras menos de lo que peso a hora
10. Que piensa que le afecta su peso? (RQ1, RQ2, RQ3-RQ3d)
11. Como le afecta su peso, a sus experiencias diarias? (RQ1-RQ3)
12. Piensa que hay algunas tareas o actividades que se la hacen más difícil?
Si piensa que sí, me podría dar ejemplos porfavor?
13. Que cosas le influye o afecta el comer alimentos saludable? (RQ3-ResQ3c)
“Muchas gracias. Ahora, la explicare que son carbohidratos: Carbohidratos son alimentos que contienen almidón/masa, o que son dulces, o masosos, y que se convierten en azúcar despues de digerirlas. Aquí hay ejemplos: pan, fideos/pasta, arroz, tortillas, cereales, avena, pan dulce, trigo, aguas dulces, fruta, jugos de fruta, soda. Nada que viene de animal, como la carne, pollo, cerdo/Puerco, tocino, mantequilla, huevos, es carbohidrato. Así que, todo que viene de animal, y huevo, nueces, semillas, no contienen mucho carbohidrato, así que no lo consideramos carbohidrato.”