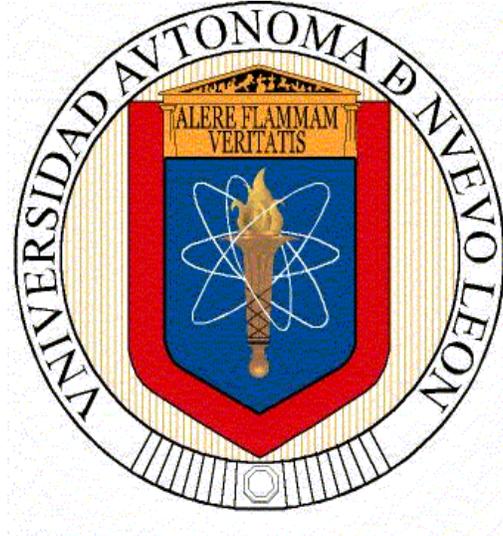


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO



**PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL:
“REORIENTACIÓN DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS
EN LA FAMILIA”**

**PRESENTA
JANNETH ROSALES CERVANTES**

**PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON ORIENTACIÓN EN
PROYECTOS SOCIALES**

JULIO 2015

DEDICATORIA

Con amor, para mi mamá y mi hermana.

“Sabemos lo que somos, pero aún no sabemos lo que podemos llegar a ser”

William Shakespeare

AGRADECIMIENTOS

Agradezco primeramente a Dios, por haberme dado la infinita paciencia y constancia que necesitaba para llevar a cabo esta etapa de mi vida y concluirla con satisfacción.

Agradezco a mis padres por haberme dado la vida pero sobre todo, agradezco a mi madre por su apoyo incondicional, por acompañarme durante toda mi vida, por sus consejos y siempre decirme: ¡Tú puedes hija! Por demostrarme que el valor de una persona está en sus sentimientos y principios.

Agradezco a mi hermana por ser un ejemplo de lucha y constancia, porque cada momento que compartimos me llena de energía para seguir y porque es la mejor amiga que puedo tener.

Agradezco también a mi familia, abuelos, tíos, tías, primos y primas, que de una u otra forma han colaborado en mi formación personal y siempre están dispuestos a celebrar mis logros y estar conmigo.

Agradezco a mis amigas y amigos que siempre me alentaron a continuar, que me hacían más ligero el camino y siguieron estando ahí a pesar de mis ausencias.

A mi asesora, la Dra. Bertha Rodríguez Ruelas por guiarme pacientemente durante estos dos años de maestría, por su disponibilidad, por compartir sus conocimientos y experiencia pero sobre todo, por dejar un poco de ella en la realización de este proyecto de intervención.

A mis lectoras, la Dra. Martha Leticia Cabello Garza quien inyectó la chispa necesaria para hacer más llevadero el camino y brindarme su amistad y a la Dra. Silvia Vázquez González por regalarme parte de su valioso tiempo y experiencia. A las dos, gracias por ayudarme a comprender la importancia del trabajo social en mi profesión.

Gracias a cada una de las familias que participaron en este proyecto, por abrirme las puertas de sus hogares y permitirme aprender de ustedes, me llevo valiosos recuerdos.

Agradezco a todos y cada uno de los docentes y personal del posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León, por ayudarme a ampliar mis conocimientos en lo personal y profesional. Pero sobre todo, a la institución que me brindó las herramientas necesarias para llevar a cabo una de mis metas. Muchas gracias.

Igualmente, doy las gracias a mis compañeras y compañeros de maestría ya que forman parte importante de mi desarrollo y algunos llegaron para quedarse. También, les agradezco el haber compartido su tiempo formando parte de una valiosa etapa de mi vida.

Finalmente, agradezco al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología por el apoyo financiero brindado durante los dos años de maestría y que hizo posible su realización.

RESUMEN

Este documento presenta un proyecto de intervención social denominado Reorientación de prácticas alimentarias en la familia bajo el modelo de intervención Centrado en la Tarea en las prácticas alimentarias de ocho familias, con el propósito de responder a la política de salud que se interesa en la prevención y tratamiento del problema creciente del sobrepeso y la obesidad de la población y a la política social en torno al bienestar familiar. Las familias participantes pertenecen al municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León y corresponden a cada una de ocho mujeres que previamente participaban en un proyecto de intervención social para su tratamiento en obesidad mórbida mediante un grupo de ayuda mutua.

El documento concentra elementos teóricos, metodológicos y técnicos que permitieron la planeación y ejecución del proyecto de intervención, distribuidos en los distintos capítulos que se presentan a lo largo del documento. Se realizó una evaluación tanto inicial como final que incluyó instrumentos cuantitativos como: una Encuesta de Valor sobre Prácticas Alimentarias (EVSPA), datos como el peso corporal en kilogramos e Índice de Masa Corporal (IMC) y cualitativos como: grupo focal, grabación de los discursos en audio y fotografías de la familia al momento de cada intervención del proyecto.

Los resultados obtenidos en el presente proyecto de intervención social se dividieron en relación a tres categorías obtenidas del análisis de la información y corresponden a: 1) Reconocimiento de los efectos de las prácticas alimentarias, 2) Habilidades desarrolladas en el proceso de alimentación y 3) Cooperación familiar. En cada una de ellas se pudieron observar cambios favorables en las familias que se reflejaron en el peso corporal de algunas de ellas.

En conclusión, la intervención de nutrición desde el aspecto social de la familia generó una nueva forma de contribuir a la prevención y/o tratamiento del sobrepeso y obesidad. De la misma manera, cada una de las familias retomó acciones en relación a su proceso de alimentación sin la necesidad de un menú estructurado que generalmente limita el consumo de alimentos. Sin embargo, se requiere de mayor tiempo que el destinado en este proyecto para que la intervención logre mayores resultados y que las familias interioricen cada una de las prácticas alimentarias de forma positiva.

Socialmente, el proyecto contribuyó a generar familias conscientes de su salud por medio de la alimentación y que al mismo tiempo actúen como promotores de prácticas alimentarias positivas en su entorno. De igual manera, el tener familias saludables impacta en una disminución de las estadísticas del sobrepeso y la obesidad que a largo plazo se traducen en un menor gasto en el sistema de salud.

TABLA DE CONTENIDO

Agradecimientos	iii
Resumen	iv
Introducción	x
CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL PROYECTO	12
1.1. Justificación	12
1.2. Acciones locales al respecto	13
1.3. Alimentación en familia	15
1.4. Prácticas alimentarias	17
1.4.1. Selección de alimentos	18
1.4.2. Preparación de alimentos	19
1.4.3. Consumo de alimentos	20
1.5. Vinculación con la política social	21
1.5.1. Internacional	21
1.5.2. Nacional	22
CAPÍTULO 2: CONTEXTO DEL PROYECTO	24
2.1. Aspectos sociales del problema	24
2.2. Institución donde se implementa el proyecto	25
CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DEL PROYECTO	27
3.1. Selección de las familias participantes	27
3.1.1. Método de registro	27
3.1.2. Descripción de familias participantes	27
3.2. Resultados de la evaluación inicial	30
3.2.1. Hallazgos con las ocho mujeres que acudían al grupo de ayuda mutua	30

3.2.2. Hallazgos con las ocho familias participantes del proyecto	33
3.2.3. Problemática encontrada de acuerdo a las familias	34
3.3. Diseño del proyecto	34
3.3.1. Nombre del proyecto	37
3.3.2. Objetivo general	37
3.3.3. Objetivos específicos	37
3.3.4. Objetivos, metas y plazos	38
3.3.5. Localización del proyecto	38
3.3.6. Beneficiarios del proyecto	38
3.3.7. Recursos humanos, financieros y técnicos	39
3.3.8. Actividades y calendarización	39
3.4. Implementación y operación del proyecto	40
3.4.1. Actividades para la operación del proyecto	41
CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN DEL PROYECTO	45
4.1. Etapas de evaluación	45
4.2. Tipos de evaluación	45
4.2.1. Evaluación cuantitativa	45
4.2.2. Evaluación cualitativa	48
4.3. Análisis de la evaluación	49
4.3.1. Análisis cuantitativo	49
4.3.2. Análisis cualitativo	57
CAPÍTULO 5: RESULTADOS DEL PROYECTO	95
5.1. Cumplimiento con los objetivos	95
5.2. Impacto del proyecto en el ámbito personal, familiar y social	96
5.2.1. Ámbito personal	96

5.2.2. Ámbito familiar	96
5.2.3. Ámbito social	97
5.3. Alcances del proyecto	97
5.4. Limitaciones del proyecto	99
5.5. Recomendaciones y sugerencias	99
5.6. Conclusiones	100
Referencias bibliográficas	101
Apéndices	106
Apéndice A: Consentimiento informado	107
Apéndice B: Formato de registro de familia	110
Apéndice C: Formato para el registro de medidas antropométricas	112
Apéndice D: Formato para el registro del problema y las tareas familiares	114
Apéndice E: Encuesta de valor sobre prácticas alimentarias (EVSPA)	116
Apéndice F: Tabla de actividades para la operación del proyecto	120
Apéndice G: Material didáctico “Nutrikit”	122
Apéndice H: Reconocimientos	124

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

FIGURAS

Figura 1.	Distribución por sexo	28
Figura 2.	Integrantes por familia	28
Figura 3.	Nivel de escolaridad	29
Figura 4.	Gasto mensual aproximado por integrante de familia	29
Figura 5.	Mapa general de las prácticas alimentarias	30
Figura 6.	Etapas de la evaluación del proyecto	45
Figura 7.	Estado nutricional de acuerdo al IMC	51
Figura 8.	Sobrepeso y obesidad en mujeres y hombres	52
Figura 9.	Peso en kilogramos por familia	53
Figura 10.	Prácticas alimentarias totales	54
Figura 11.	EVSPA: Selección de alimentos	55
Figura 12.	EVSPA: Preparación de alimentos	56
Figura 13.	EVSPA: Consumo de alimentos	57
Figura 14.	Retrato del grupo focal inicial	58
Figura 15.	Mapa del grupo focal inicial	59
Figura 16.	Retrato del grupo focal final	61
Figura 17.	Mapa del grupo focal final	63
Figura 18.	Mapa del reconocimiento sobre los efectos de las prácticas alimentarias	65
Figura 19.	Mapa de la selección y compra de alimentos	67
Figura 20.	Mapa de la preparación de alimentos	72
Figura 21.	Mapa del consumo de alimentos	76
Figura 22.	Mapa de la cooperación familiar antes y después	80
Figura 23.	Mapa de saturación de discursos familia 1	82
Figura 24.	Mapa de saturación de discursos familia 2	83
Figura 25.	Mapa de saturación de discursos familia 3	84
Figura 26.	Mapa de saturación de discursos familia 4	85

Figura 27.	Mapa de saturación de discursos familia 5	86
Figura 28.	Mapa de saturación de discursos familia 6	87
Figura 29.	Mapa de saturación de discursos familia 7	88
Figura 30.	Mapa de saturación de discursos familia 8	89

TABLAS

Tabla 1.	Acciones para la prevención y/o tratamiento del sobrepeso y la obesidad	14
Tabla 2.	Modelo de intervención centrado en la tarea	36
Tabla 3.	Objetivos, metas y plazos	38
Tabla 4.	Presupuesto detallado del proyecto	39
Tabla 5.	Cronograma de actividades	40
Tabla 6.	Clasificación del IMC según la OMS	47
Tabla 7.	Peso corporal individual antes y después de la intervención	50
Tabla 8.	Prueba t de Student para peso individual	51
Tabla 9.	Peso por familia antes y después de la intervención	52
Tabla 10.	Prueba t de Student para peso por familia	53
Tabla 11.	Prueba de los signos de Wilcoxon para prácticas alimentarias	54
Tabla 12.	Prueba de los signos de Wilcoxon para selección de alimentos	55
Tabla 13.	Prueba de los signos de Wilcoxon para preparación de alimentos	56
Tabla 14.	Prueba de los signos de Wilcoxon para consumo de alimentos	57
Tabla 15.	Discursos del reconocimiento sobre los efectos de las prácticas alimentarias antes y después	66
Tabla 16.	Discursos de la cooperación familiar antes y después	81

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, describe una propuesta de intervención social en el campo de la alimentación, enfocado en el contexto familiar en el cual el individuo se desarrolla desde su nacimiento (Burin, 2010). Asimismo, se muestra el proceso de alimentación y su pertinencia en el ámbito social como forma de interacción entre los individuos y su entorno (Contreras, 2002).

Como es sabido, la alimentación es una necesidad básica del individuo, es por ello que las distintas instancias a nivel mundial, nacional y estatal recomiendan desarrollar acciones encaminadas a prevenir una malnutrición en la población. Lo anterior, por medio de información, capacitación o asesoramiento apropiado que los ayude a tomar sus propias decisiones respecto a su alimentación y logren el bienestar de salud máximo al cual tiene derecho todo individuo.

En particular, este proyecto está enfocado en las prácticas alimentarias dentro de la familia de ocho mujeres que ya se encontraban formando parte de un proyecto de intervención social mediante un grupo de ayuda mutua para su tratamiento y en el cual posterior a una evaluación inicial se detectaron problemáticas respecto a su alimentación en su familia. La intervención se realizó con las familias de las ocho mujeres antes mencionadas cuyos integrantes o al menos uno de ellos presentaba sobrepeso u obesidad. Además, se utilizó un enfoque mixto que incluía instrumentos cuantitativos como la Encuesta de Valor sobre Prácticas Alimentarias (EVPSA), el peso corporal en kilogramos e Índice de Masa Corporal (IMC) y cualitativos como el grupo focal, fotografías y grabaciones de audio para la evaluación inicial y final.

El proyecto “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia” es una forma de intervención social en salud, enfocada al tratamiento y prevención del sobrepeso y la obesidad contribuyendo a mejorar los conocimientos y las habilidades de las familias en el proceso de alimentación utilizando sus propios recursos. Principalmente, gracias al proyecto de intervención social “Manejo Integral de la Obesidad Mórbida¹ a través de un grupo de ayuda mutua” que brindó las facilidades para trabajar con las familias de las participantes de ese grupo para conformar a la población que participó en este proyecto de intervención social.

En el primer capítulo se podrán encontrar los elementos teóricos que abarcan las prácticas alimentarias y su relación con la familia en el proceso de alimentación. Se presentan también, algunos datos estadísticos relevantes del problema así como su vinculación con la política social y acciones actuales de prevención y/o tratamiento a nivel nacional. En el segundo capítulo, se describen algunos aspectos sociales del problema y las características principales de la institución desde la cual se permitió dirigir el proyecto de intervención social con las familias.

Presentando en el tercer capítulo los elementos metodológicos que dieron el inicio para la

¹ Obesidad mórbida: tipificación de la obesidad en función del Índice de Masa Corporal $>40 \text{ kg/m}^2$ según los criterios de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) <http://www.seedo.es/>.

intervención del proyecto. Elementos de importancia como el modelo centrado en la tarea desde el enfoque de Viscarret (2007) basado en la consecución de tareas para el cumplimiento del objetivo y una planeación de actividades.

Después, en el cuarto capítulo se explica el diseño de la evaluación realizada, el enfoque y tipo de evaluación, se muestran cada uno de los instrumentos utilizados y su forma de analizarlos. Para finalmente, en el quinto capítulo encontrar los resultados obtenidos de la evaluación y el cumplimiento de cada uno de los objetivos planteados en el proyecto así como las recomendaciones y sugerencias para próximas intervenciones.

CAPÍTULO 1: ANTECEDENTES DEL PROYECTO

1.1. Justificación

El sobrepeso y la obesidad se presentan actualmente como uno de los grandes retos de la sociedad y no sólo por una apariencia física sino como lo mencionan Cabello y Arroyo (2013), por el riesgo a desarrollar enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión o cardiovasculares a una edad temprana. Además, las implicaciones emocionales o psicológicas y sociales que se asocian con un padecimiento de este tipo.

Además, en los últimos años se ha observado un aumento acelerado en las estadísticas de sobrepeso y obesidad, datos que se obtienen por medio del IMC indicador simple que calcula la relación entre el peso y la talla. El IMC se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). Siendo un bajo peso cuando el valor obtenido es $< \text{ó} =$ a $18.5 \text{ kg}/\text{m}^2$, sobrepeso cuando el valor obtenido es $>$ que $24.5 \text{ kg}/\text{m}^2$ pero menor que $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ y, obesidad cuando el valor obtenido es $>$ que $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (Organización Mundial de la Salud (OMS), 2013).

En niños y adolescentes de 0 a 19 años, el estado nutricional se calcula en base al puntaje Z del IMC para la edad de acuerdo al patrón utilizado por la OMS. Donde clasifica con sobrepeso u obesidad a los preescolares con puntaje Z arriba de +2 desviaciones estándar y a los escolares y adolescentes de +1 a +2 desviaciones estándar para sobrepeso y + 2 desviaciones estándar para obesidad (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT), 2012). Además de diversas tablas e instrumentos que se pueden encontrar para lograr la misma evaluación.

Para el año 2010 en base a la OMS (2013) en el mundo, existían alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años de edad con sobrepeso. Si bien el sobrepeso y la obesidad tiempo atrás eran considerados un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos están aumentando en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. Siguiendo con el plano mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que la desnutrición. Por ejemplo, para la OMS (2013), el 65.0 % de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que la desnutrición incluyendo a países de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos.

En México, de acuerdo a la ENSANUT (2012), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en menores de cinco años ha registrado un ligero ascenso a lo largo del tiempo. El principal aumento se registra en el norte del país de 1988 a 2012, registrándose el 12.0 % de la prevalencia nacional. Como ejemplo, una de las consecuencias directas de malnutrición es el desarrollo de enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o cardiovasculares mismas que, de acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2013), cada año cobran como mínimo 2.6 millones de muertes en México y el mundo.

Para el año de 1999 el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) realizó la segunda encuesta nacional probabilística cuyos los resultados mostraron una marcada disminución en la desnutrición. Sin embargo, un resultado sorprendente en esta misma encuesta fue una verdadera epidemia de obesidad en mujeres adultas dato que se encuentra en los mayores registrados en el mundo, llamando la atención de las autoridades competentes (ENSANUT, 2012).

En la actualidad el sobrepeso y la obesidad se han convertido en un problema de salud ya que analizando los resultados que reporta la ENSANUT (2012) en México, el sobrepeso en mujeres se incrementó de 25.0 a 35.5 % y la obesidad de 9.5 a 35.2 %. En otras cifras, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) reporta que más del 70% de la población en México tiene sobrepeso de la cual alrededor del 32% tienen obesidad, siendo así la segunda tasa más alta detrás de Estados Unidos (OCDE, 2014). Esto representa una gran carga económica para los países, como lo menciona una publicación de la OPS (2013); los costos que representa para el sector salud se duplicaron entre el 2000 y 2008, pasando de cerca de 35,500 millones de pesos a por lo menos 67,000 millones de pesos y de continuar esta tendencia se estima que dicho gasto podría aumentar a más de 150,500 millones de pesos para el año 2017. Situación que impacta directamente en los servicios de salud de nuestro país, ya que los recursos hasta ahora destinados a este rubro han sido insuficientes. Por tanto, y como cita Muñoz (2010) a Martell quien declara que dicho aumento no sólo afecta económicamente a la sociedad sino que “Los costos de la epidemia no son sólo de carácter económico, se convierten a la vez en problemas humanos, sociales y culturales, de gran peso para la vida familiar, comunitaria y social” (p. 62).

Siguiendo con datos de sobrepeso y obesidad, en el Estado de Nuevo León, la problemática no varía, las gráficas de prevalencia que reporta la ENSANUT 2012 de la zona norte del país, muestran claramente un ascenso en el sobrepeso y obesidad en niños menores de cinco años. Desde el año de 1988 en que fue realizada la primera encuesta, se reportaba la más alta prevalencia en sobrepeso y obesidad comparada con el centro y sur del país, situación que no se modifica para el año 2012, en el cual la zona norte reporta un 12.0 %, diferencia de casi 2 puntos porcentuales con la zona centro. Asimismo, si se revisan las cifras en hombres y mujeres de más de 20 años, se encuentra que el sobrepeso representa un 35.9 de la población, mientras que la obesidad un 37.2, lo que representa un 73.1% de la población total con exceso de peso corporal.

1.2. Acciones locales al respecto

De acuerdo a la problemática del sobrepeso y la obesidad, en la tabla 1 se pueden observar algunas de las acciones a nivel nacional, encaminadas a la prevención y/o tratamiento del sobrepeso u obesidad, descartando las que se refieren a consulta de nutrición convencional.

Por ejemplo, la mayor parte de las estrategias que utilizan los medios de comunicación son una forma de llegar a un mayor número de personas pero cuando la persona ingresa al portal el tratamiento es individual. Otra estrategia, es la de recomendar actividad física a los usuarios pero sin asociar la hidratación como factor importante para lograr los objetivos.

Tabla 1.**Acciones para la prevención y/o tratamiento del sobrepeso y la obesidad en México**

PROGRAMA	TEMAS	ESTRATEGIA	MAYOR INFORMACIÓN:
PREVENIMSS (SALUD EN LÍNEA)	Nutrición: 1. Control del sobrepeso y la obesidad en la mujer. 2. La obesidad en el menor de edad. 3. Calcula tu IMC. 4. Plato del bien comer 5. Calculador de calorías	Sitio web con información para los derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea
PREVENISSSTE	Decide mejor en cada plato, lleva la salud en tu bolsa, hacer ejercicio para mejorar la salud y dile adiós a los productos milagro, entre otros.	Sitio web con información sobre nutrición y ejercicio.	http://www.prevenissste.gob.mx/nutricion-ejercicio
SECRETARÍA DE SALUD: CHÉCATE, MÍDETE, MUÉVETE.	Chécate: peso corporal Mídete: regular comidas Muévete: actividad física y consumo de agua	Sitio web para registro individual, cálculo de IMC, conteo de calorías y recomendaciones de ejercicio.	http://checatemitetemuevete.gob.mx y https://www.facebook.com/Checatemitetemuevete
SECRETARÍA DE SALUD NUEVO LEÓN: SALUD PARA APRENDER (SPA)	Capacitación para padres, maestros y escolares a nivel primaria en hábitos alimentarios.	Nueva cultura en la alimentación escolar mediante la capacitación de maestros y padres de familia, catálogos de opciones en desayunos, comidas y cenas, etc.	Portal desactivado desde noviembre 2014 a la fecha.
SECRETARÍA DE SALUD NUEVO LEÓN: NUTRICIONET	Nutrición en línea	Sitio web interactivo en el cual el joven ingresaba sus datos y podía obtener un plan de alimentación.	Portal desactivado actualmente
SECRETARÍA DE SALUD NUEVO LEÓN: QUÍTATE UN PESO DE ENCIMA.	Evitar comer en exceso, tomar agua, comer frutas y verduras, péstate, realizar actividad física.	Por medio de anuncios en paradas de camión, comerciales de televisión entre otros.	http://www.saludnl.gob.mx
UANL Y FEMSA: NUTRINFÓRMATE	Educación nutricional.	Por medio de cocinas móviles a comunidades urbano – rurales con pláticas sobre la preparación y combinación de alimentos dirigido a madres de familia e hijos.	http://www.femsa.com

Fuente: Elaboración propia

La mayoría de las acciones o recomendaciones se realizan por medios masivos pero de alguna manera no se logran focalizar a los usuarios finales ya que en las clínicas u hospitales el

espacio para una consulta individual es limitado o con un tiempo de espera de incluso meses. Por lo que es necesario recalcar la importancia de difundir información pero de forma clara y de acuerdo a la población y su contexto tomando en cuenta sus redes de apoyo.

1.3. Alimentación en familia

La alimentación es un proceso importante para el desarrollo de los individuos en todas las etapas de su vida, ésta consiste en obtener del entorno una serie de productos, naturales o transformados que aportan nutrientes específicos al organismo. Es un proceso que conlleva la selección del alimento, disponibilidad del mismo, y aprendizaje de cada individuo que le permitirán componer su ración diaria de acuerdo a sus hábitos y condiciones personales (Cervera y otros, 2004).

El proceso de alimentación se conforma de acciones, que para efectos de este trabajo se definieron como “prácticas alimentarias” y que son la base de una correcta o incorrecta nutrición del individuo, llenas de aspectos sociales que la condicionan. A su vez, las prácticas alimentarias se ven influenciadas por el entorno en el que se desarrolla el individuo, sus gustos o preferencias, así como su poder adquisitivo y disponibilidad de los alimentos en el mercado. Es así, que se puede sugerir que detrás de lo que parece ser la actividad humana más práctica y material que es el alimentarse, se encuentra un pensamiento arbitrario, fortuito e irracional (Ross, 2002). Es decir, no se puede pretender que el individuo realice las funciones de forma mecánica sin tomar en cuenta sus propias percepciones o conocimientos sobre la alimentación.

Para llevar a cabo el proceso completo de la alimentación, Garine (2002) retoma a Leroi-Gourhan quien señala que es evidente que los grupos representan la pauta nutricional de cierta sociedad, ya que se incorporan a los individuos y están sujetos a sus propias historias de vida, en dónde influyen sus capacidades genéticas o psicológicas pero, sin dejar de lado los aspectos sociales. Asimismo, el autor destaca que la supervivencia de un grupo o sociedad depende de la satisfacción de sus necesidades alimentarias, y la búsqueda de alimentos constituye uno de los aspectos más diversos que llevan a cabo los individuos. En este aspecto, la familia juega un papel de máxima importancia en el desarrollo de dichas prácticas y genera en el individuo, desde temprana edad una influencia sobre las prácticas alimentarias.

La mayoría de las necesidades del individuo se cubren en el interior de un hogar, en el cual la familia representa un papel muy importante. En este aspecto, la familia según Ribeiro (2011), es una unidad fundamental de la sociedad y un medio natural para el crecimiento y bienestar de sus miembros. Además, recalca que una familia se forma gracias a los individuos que la conforman y sus relaciones, tanto en el interior como el exterior y las estrategias que desarrollan para vivir. Lo anterior, y de acuerdo a este proyecto entendido no como un convencionalismo, sino como cualquier tipo de formación familiar que comparta estrategias para llevar a cabo su proceso de alimentación y que al final del día refleje la condición del grupo. Para este proyecto, la familia se

tomará como cualquier conjunto de personas que compartan o no lazos de sangre pero que se ubiquen en el mismo hogar y compartan actividades en su proceso de alimentación.

Aunque bien es cierto que la “familia tradicional” conformada por padre, madre e hijos ha ido modificando su estructura, también lo han hecho las prácticas alimentarias que en el interior se llevan a cabo. Lo anterior, mediado por los diversos cambios históricos en los contextos sociodemográficos, culturales y económicos que han impactado en esas prácticas alimentarias (Ariza y De Oliveira, 2001). Algunos de esos cambios se han visto reflejados en el aumento en las tasas de sobrepeso y obesidad que reportan las distintas instancias a nivel nacional y mundial.

De los cambios sociodemográficos destaca la maternidad en las mujeres, que cada vez se pospone por más tiempo o es menor la cantidad de hijos que desean tener para lograr su desarrollo educativo, profesional e incorporación al trabajo extra doméstico, es decir; al mercado laboral. Aunado a ello, se encuentra la influencia de la migración en la dinámica y estructura familiar, principalmente en los reacomodos familiares, ya que al quedar la mujer como jefa del hogar se ven afectadas las prácticas alimentarias en las que anteriormente ella era la encargada principal y ahora pasa a manos de algún otro integrante de la familia como el padre, los abuelos, los hijos mayores o del propio individuo (Ariza y De Oliveira, 2001).

Dentro de las actividades domésticas en el hogar, se encuentra la preparación de alimentos, la cual es de gran importancia para el desarrollo nutricional de los integrantes de la familia. Es además necesario mencionar que la alimentación, no sólo consiste en la preparación de los alimentos sino en todo el proceso anterior, es decir, la definición del gasto destinado a los alimentos, la selección, el proceso de almacenamiento y conservación de los alimentos, hasta la preparación (Cabello, Ávila y Garay, 2010).

Hace algunas décadas, de acuerdo a las construcciones sociales que ejercen presión sobre los roles de género, la mujer era la encargada principal de las tareas domésticas y en la actualidad se encarga también de ser la proveedora de su hogar. Siendo una fuerte responsabilidad ya que sus decisiones pueden repercutir en el bienestar de los integrantes de su familia y en su estado nutricional. Cabello y otros (2010) afirman que muchas de las decisiones que toman las mujeres están basadas en su gusto personal o creencias transmitidas de generación a generación en cuestión de alimentación. Se puede observar entonces, una clara relación entre las prácticas alimentarias que realiza la mujer encargada de su hogar y las prácticas alimentarias que desarrollan los integrantes de la familia a lo largo de su vida.

Aunque actualmente la participación de las mujeres y los hombres en distintas actividades domésticas y extradomésticas ha presentado cambios importantes, es relevante destacar que las mujeres aún son las encargadas de la decisión sobre la alimentación de sus hijos (Cabello y otros, 2010). Por lo tanto, se infiere que el poco tiempo destinado a la alimentación en la familia y la variación en las prácticas alimentarias puede repercutir en el peso corporal de los individuos y llevarlos a un desequilibrio en su estado nutricional. Por lo que, las prácticas alimentarias que

incluyen: la selección, preparación y consumo de los alimentos, se vuelven importantes para el desarrollo del individuo, tanto en su bienestar físico y como ya se mencionó en sus relaciones sociales.

Otros cambios que han influenciado a la familia en materia de alimentación, son el cultural en el cual Nunes (2007) describe al hombre en sus inicios como buscador de alimento para sobrevivir biológicamente pero luego, con la modernización se relacionó a ese alimento con el lujo, la religión, los festejos, las ofrendas, el estatus social y el placer. El mismo autor, relaciona ese cambio de cultura en la alimentación con las nuevas tecnologías, entre ellas el transporte que provocó una mayor disponibilidad y conservación de alimentos. Situación que, generó una mayor globalización de la comida y vino a replantear la identidad alimentaria de la sociedad.

Según Certeau (Citado por Nunes, 2007) “Los hábitos alimenticios constituyen un espacio en dónde la tradición y la innovación tienen la misma importancia, en dónde el presente y el pasado se entrelazan para satisfacer la necesidad del momento y producir alegría al instante” (p.239). En el mismo contexto, este autor señala que el ritmo de vida actual comparado con tiempo atrás, exige comidas más simples y este cambio en las prácticas alimentarias es una manifestación de la transformación familiar y social. Entre los cambios más notables se encuentran el aumento en el consumo fuera de casa, la preocupación por la seguridad alimentaria, la preferencia por preparaciones más rápidas llamadas fast-food y el surgimiento de distintos estilos de alimentación, aspectos que serán considerados en este proyecto.

Uno más de los factores que influyen en las prácticas alimentarias de la familia es el socioeconómico, dónde se encuentran las recurrentes crisis económicas que tienen consecuencia directa en el ingreso familiar, la necesidad de que más de sus integrantes apoyen económicamente y su repercusión en la organización de la vida en familia (Ariza y De Oliveira, 2001). Ahora ya no se come en familia, disminuye la vigilancia hacia la alimentación de los hijos, la preparación de los alimentos es más rápida e incluso no se come en casa, cambiando así la comida saludable por una comida de preparación rápida.

Como señalan Ortiz, Delgado y Hernández (2006), en México aumentó la población que vive en zonas urbanas como forma de mejorar sus condiciones económicas y eso repercute en una mayor disponibilidad de alimentos ricos en grasa y proteína, mayor variedad de alimentos y el consumo de preparaciones fuera del hogar lo que modifica sus prácticas alimentarias. Otro aspecto señalado por los autores es la automatización de los empleos, dónde ahora se utilizan máquinas y equipos para realizar los trabajos pesados y los empleados ya son sólo operadores es decir, disminuyó el esfuerzo físico en la mayoría de los trabajos, por lo tanto, menor gasto de energía.

1.4. Prácticas alimentarias

Para el abordaje del problema de sobrepeso y obesidad en las familias que formaron parte del proyecto, se propuso la reorientación de las prácticas alimentarias tomando en cuenta a todos

los integrantes de la familia. De tal modo que, las prácticas alimentarias según un estudio de Ortiz, Vázquez y Montes (2005), se refieren “al ejercicio de una facultad..., el hábito sea el elemento más cercano a la conducta alimentaria, el cual se compone de prácticas y se encuentra influido por las costumbres” (p.19). Otros autores, como Lara, Mercedes y Rovetto (2009) definen operacionalmente las prácticas, dentro de su estudio *Obesidad en la Pobreza* como definen a las prácticas alimentarias como los cursos de acción que los agregados domésticos pobres realizan para llegar a construir sus canastas de consumo, ubicando dentro de la dimensión de acciones la evaluación de los indicadores de compra, preparación y consumo de alimentos.

Otra aportación importante, surgió gracias a una metodología cualitativa realizada por Pérez, Vega y Romero (2007) que permitió comprender que “las prácticas alimentarias no son sólo hábitos, en el sentido de repetición mecánica de actos, ni pueden interpretarse como hábitos más o menos inadecuados... Sino que deben considerarse como una consecuencia también de conductas culturales” (p.61). De manera similar, según Black y Creed-Kanashiro (2012) las prácticas de alimentación se refieren “a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación” (p.375). Por último, otros autores dividen las prácticas alimentarias en dos tipos: las prácticas reales u objetivas que son las que se distinguen mediante la observación directa y las prácticas declaradas o subjetivas que son fácilmente objeto de transformación, reestructuración, olvido o negociación e incluso se pueden ocultar (Contreras y García, 2006).

En resumen, y para fines del presente proyecto las prácticas alimentarias son un conjunto de acciones que tienen que ver con la selección, preparación y consumo de alimentos y que son necesarias para el proceso de alimentación. Por lo que es importante, conocer las condicionantes del comportamiento alimentario en las familias y diferenciar la teoría de la práctica alimentaria para resolver el problema de la malnutrición en las familias y apoyarlas en su proceso para tener un peso saludable, aludiéndolo no sólo a un trastorno del equilibrio entre ingesta y gasto de energía, sino relacionarlo con factores: genéticos, ambientales y psicológicos (Cervera, Clapés y Rigolfas, 2004).

1.4.1. Selección de alimentos

Una de las propuestas de este proyecto es generar en los participantes una selección de alimentos adecuada a sus requerimientos diarios. Esta práctica se encuentra mediada por factores individuales entre los que se encuentran el gusto por ciertos sabores, la necesidad de algún alimento por sus nutrientes, la relación afectiva que se desarrolla en base a cierto alimento o el ingreso económico con el que cuenta para su obtención. También, los factores estructurales tienen mucho que ver en la selección de alimentos y se relaciona con la disponibilidad de alimentos en el mercado, el desarrollo tecnológico de alimentos y su distribución, así como las tradiciones culturales de la región (Vélez y Gracia, 2003).

Existen algunos estudios como los realizados por Lara y otros (2009), en los que se encontraron interesantes criterios para la selección de alimentos cuando realizan sus compras por ejemplo: que sean baratos, que le gusten a su familia, que rindan y causen saciedad. Cabe destacar, que una parte de la selección está condicionada a mantener los niveles de consumo constantes en la familia aun cuando los ingresos económicos varíen.

Otros factores que intervienen en la selección de alimentos de acuerdo a Vélez y Gracia (2003) son: a) el sabor de un alimento dividido en amargo, dulce, salado o ácido que tiene mecanismos fisiológicos y que después de todo un proceso nervioso se integra en forma de estímulos y sensaciones conscientes que, mezcladas con la situación o el momento generan una percepción distinta para cada individuo, esto sin agregar el valor afectivo, b) el poder de la situación que determina que una intención se convierta en una acción, es decir, el hecho de querer seleccionar y comprar cierto alimento es solo una intención que se vuelve una acción en el momento que esté disponible el alimento, que se cuente con los recursos para obtenerlo y que social y culturalmente sea aceptado y, c) la influencia de los medios masivos de comunicación ya que este tipo de publicidad busca que el producto conecte con la población, se integre socialmente y sea aceptado como símbolo de felicidad.

Finalmente, se puede ver la fuerte relación que existe entre la alimentación de cada individuo con éstos factores externos, algunos de ellos fuera de alcance o modificación por él mismo. Por lo tanto, se debe tomar en cuenta que cada familia se compone de individuos y cada uno de ellos se rige por distintos factores que en cierto modo pueden ser similares a los del resto de la familia o diferir en alguna situación.

1.4.2. Preparación de alimentos

Después de una selección de alimentos, la preparación es otro aspecto determinante para que la alimentación sea saludable o no. Esta preparación consiste en “cualquier cambio efectuado a un alimento que puede afectar su calidad comestible o garantizar su conservación”, además de hacerlo aceptable al gusto (Fellows, 2004, p.5). Por su parte, la Norma Oficial Mexicana No. 251 (NOM 251) describe como alimento preparado a cualquiera que se someta a un proceso mecánico como picado, mezclado, con calor, húmedo o seco, frito o congelado para su consumo.

Por lo tanto, la preparación es de suma importancia porque depende del tipo que se elija para que el alimento conserve o pierda sus propiedades nutrimentales. Como ejemplo, las preparaciones pueden ser a vapor, frito, asado, a la parrilla, cocido, en caldo, frío, congelado, en escabeche, salado, entre otras. Algunas de ellas, adicionan grandes cantidades de grasa al alimento, otras una mayor utilización de condimentos lo que en condiciones particulares puede perjudicar la salud. En este aspecto, Lathman (2002) menciona que la sociedad y los factores culturales tienen una gran influencia en la alimentación y como ejemplo está la tendencia a aceptar la comida preparada por la madre, la que se prepara en un día festivo con familiares o amigos y, recalca la importancia de que se reconozcan los componentes sociales en la alimentación de la población

para que se logre el cambio de prácticas o hábitos alimentarios en la familia y permanezca a largo plazo.

Por su parte, Nunes (2007) considera que los hábitos en la preparación de alimentos son influenciados por los factores sociales, la raza, religión, edad, educación y el ambiente social y afirma que el gusto por alguna preparación se determina socialmente y no individualmente. Más allá, el autor integra como parte de una identidad cultural la manera de comer, lo que se come, dónde se come y la relación que se tiene con la comida. Como resultado, se puede observar que cada uno de los autores mencionados recalca la importancia de conocer las formas colectivas de alimentación para lograr un cambio en sus prácticas alimentarias, aspectos muy importantes para el desarrollo del proyecto.

1.4.3. Consumo de alimentos

El consumo de los alimentos como parte de las prácticas alimentarias, tiene que ver en como las personas ingieren sus alimentos luego de haberlos seleccionado y preparado. Por ejemplo, en un estudio realizado en el año 2014 en el estado de Sonora se concluyó que el cambio en los estilos de vida de la población actual así como la actividad económica y laboral han provocado cambios a lo largo del tiempo en los hábitos de compra, preparación y consumo de alimentos. Donde, con anterioridad se consumían platillos tradicionales o típicos de la región pero con el tiempo, los patrones de consumo se modificaron y el consumidor prefiere compras rápidas, con alimentos de preparación sencilla, práctica y fácil de consumir. También, se demostró que los consumidores no mostraban interés por la marca del alimento o producto y por lo tanto, tampoco en su aporte nutricional (Espejel, Camarena y Sandoval, 2014).

En Nuevo León, para el año 2000 se realizó un estudio por la Facultad de Salud Pública y Nutrición en el que se muestra la frecuencia en el consumo de ciertos grupos de alimentos por familia. En primer lugar, se encontraba el huevo, seguido de la tortilla de maíz, las bebidas de cola, el frijol y la leche dejando más abajo los alimentos como frutas y verduras en su consumo frecuente. Según el mismo estudio, este patrón de consumo de alimentos está asociado a factores culturales, nutricionales, socioeconómicos y demográficos, el conocer cada uno de esos factores apoya al desarrollo de políticas públicas en el tema de la alimentación (Ramos, Lozano, Cantú, Salinas, De la Garza y Salazar, 2005).

También, el consumo de alimentos varía dependiendo de la etapa de vida del individuo y en una familia se pueden tener distintas etapas de vida en un mismo momento. Es decir, se pueden tener adultos, adolescentes, niños, mujeres embarazadas o en lactancia y adultos mayores en una misma familia, lo que debería condicionar el tamaño de las porciones de consumo y el tipo de alimentos para cada uno de ellos. Al respecto, en un estudio del estado de Guadalajara en el que se trabajó con estudiantes universitarios concluyó, que presentar una porción de mayor tamaño a los hombres genera un mayor consumo de alimentos mientras que, presentarles la misma cantidad de alimento pero en porciones pequeñas genera un consumo menor. Caso contrario en las mujeres,

que consumieron una mayor cantidad de alimento cuando se les presentó en porciones pequeñas, en este sentido se demuestra que el tamaño de las porciones tiene efectos en la conducta del consumo en hombres y mujeres, siendo la interacción otra variable que puede contribuir al aumento en el consumo de alimentos (Martínez, Franco, Díaz, Cárdenas, Aguilera, Valdés y López, 2011).

1.5. Vinculación con la política social

En el tema de la alimentación México ha sufrido una transición en las últimas décadas de un extremo a otro. Inicialmente, para el año de 1988 se realiza la primera encuesta de nutrición por la ENSANUT con cobertura nacional probabilística la cual reveló una elevada prevalencia de desnutrición aguda y crónica en niños menores de 5 años. Actualmente la misma encuesta reporta cifras elevadas pero en sobrepeso y obesidad de la población sin diferenciar entre zonas urbanas y rurales. En el aspecto de la alimentación la unidad familiar se considera básica en el desarrollo de la sociedad y es de vital importancia la intervención en las prácticas alimentarias desde el trabajo social. Para ello, de acuerdo con Carballeda (2002) se requiere la aplicación de políticas públicas vinculadas a los nuevos temas sociales que consideren no sólo las nuevas problemáticas que han estado surgiendo sino también, buscar nuevas formas de acción e intervención ante las que se han encontrado presentes y que han evolucionado con el paso del tiempo.

Particularmente, se revisan los acuerdos y acciones trazadas a nivel internacional, nacional y estatal con respecto a la alimentación que han trazado la evolución de la problemática desde un espacio de derecho de todo individuo hasta una obligación por parte del Estado. También, se marca una evolución en los discursos que al inicio eran sólo de proveer alimentos a toda la población para luego pasar a alimentos de calidad, alimentos balanceados o saludables y a mencionar la educación en la nutrición y la alimentación de la población.

1.5.1. Internacional

Desde entonces, la preocupación de los países por la correcta alimentación es evidente. Primero, como instancia mundial la Declaración de los Derechos Humanos de 1948 en su Artículo 25° reconoce el derecho a la alimentación adecuada de la familia (Secretaría de gobernación, 2012). Seguida del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1976) quien reafirma lo anterior y compromete a los Estados que forman parte, a mejorar sus métodos de producción, conservación y distribución equitativa de alimentos (Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), 2010-2015). Continuando en el plano mundial, para el año 1990 se lleva a cabo la Convención por los Derechos del Niño y dentro de su Artículo 24° se decide adoptar medidas para combatir la malnutrición, apareciendo por primera vez el término “alimento nutritivo”. Además, se comienza a pensar en una educación básica en nutrición para los niños y sus padres (Naciones Unidas Derechos Humanos, 1996-2015).

Por su parte, en la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992, la FAO (Por sus

siglas en inglés Food and Agriculture Organization of the United Nations) reafirma que: “El hambre y la malnutrición son inaceptables en un mundo que posee a la vez los conocimientos y los recursos necesarios para acabar con esta catástrofe humana”. Más allá, la Cumbre Mundial sobre la Alimentación realizada en el año de 1996 menciona en su observación general número 12 que el derecho a la alimentación se realiza cuando individualmente o en conjunto se tiene acceso físico y económico, en todo momento a una alimentación adecuada. Sobre todo, no limita la alimentación a un conjunto de calorías o nutrientes sino que implica la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes (FAO, 1992). Mismos que, sean aceptables de acuerdo a la cultura y su acceso sea sostenido a través del tiempo.

De ahí que, la OMS considere que el máximo goce de salud de una persona incluya además de la disponibilidad de servicios de salud, trabajo y vivienda; alimentos nutritivos. Más adelante, ya en el año 2004 la OMS en el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia Mundial sobre alimentación saludable, actividad física y salud para la prevención de enfermedades crónicas derivadas por esta causa, a la cual México se adhirió (OMS, 2013). No está de más señalar que, desde 1980 se estableció el día 16 de Octubre de cada año como día Mundial de la Alimentación, por considerar a la alimentación un requisito para el bienestar humano (FAO, 1879). De otra forma, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2010 se propuso reducir la pobreza extrema y el hambre a la mitad entre los años 1990 y 2015, siendo sólo la pobreza la que ha logrado esa disminución según el informe 2014 de los ODM, mientras que, el hambre sigue siendo objetivo pendiente por lograr (ODM, 2014).

1.5.2. Nacional

Cabe señalar que, en México la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos (1917) establece en su Artículo 4º que toda persona tiene derecho a la alimentación nutritiva, suficiente y de calidad. Derecho que se hace extensivo a toda la población mediante programas de alimentación. Algunos de ellos, específicos para niños, indígenas o en suministro de alimentos nutritivos para escuelas que lo requieran.

Para cumplir con lo anterior, el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013 – 2018 traza los objetivos que debe cumplir la política pública y establece acciones específicas para alcanzarlos, además de precisar indicadores para medir los avances obtenidos. En pocas palabras, con la firme intención de recobrar el orden, seguridad y justicia que anhelan las familias mexicanas. De lo anterior, el PND propone un México Incluyente cuya estrategia es asegurar una alimentación y nutrición adecuada a los mexicanos. Con líneas de acción como: combatir la carencia alimentaria; propiciar que las familias tengan ingreso suficiente para alimentos inocuos y nutritivos; adecuación de precios en los alimentos y; programas sociales encaminados al fortalecimiento del derecho a la alimentación (PND 2013-2018).

Enseguida, un México con Educación de calidad buscando promover el deporte para fomentar una cultura de salud. Y por último, un México Próspero en la cual interesa construir un

sector agropecuario y pesquero productivo que garantice la seguridad alimentaria del país.

Por consiguiente, y como resultado del actual panorama del sobrepeso y la obesidad y con la colaboración de las diferentes instituciones involucradas en materia de salud se desarrolla el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) 2010, en su estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, donde aborda los factores principales y objetivos a realizar para su erradicación y prevención. Entre los factores que destacan contra el sobrepeso y la obesidad son: el fomento de actividad física, agua potable, disminuir el consumo de bebidas azucaradas, incrementar el consumo de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra, mejorar la capacidad de toma de decisiones, promover lactancia materna, disminuir el consumo de edulcorantes artificiales y grasas saturadas, orientación sobre tamaño de porción recomendable y disminuir el consumo diario de sodio.

En último lugar, la Ley General de Salud (1984) en su capítulo tercero, menciona la importancia de la nutrición para el bienestar de los individuos y ratifica la necesidad de crear programas que estén encaminados a una vigilancia permanente del estado nutricional de la población, ya sea en desnutrición o sobrepeso y obesidad. Así como, la promoción de investigaciones que ayuden a conocer las condiciones de nutrición de la población, esto con la finalidad de mejorar sus condiciones de salud (Secretaría de Salud, 2006).

Para lograr un cambio, las políticas públicas tienen que actuar en respuesta al acelerado aumento del sobrepeso y la obesidad, y se requiere que “Dichas políticas públicas, resulten fundamentales para enfrentar desafíos que se presenten en la región, con sus matices nacionales en materia de bienestar”. Sobre todo, que las políticas públicas se focalicen en las necesidades actuales de la sociedad y que aporten al gobierno estrategias para ayudar en la toma de decisiones (Repetto, Filgueira y Papadopulus, 2006 p.1).

CAPÍTULO 2: CONTEXTO DEL PROYECTO

2.1. Aspectos sociales del problema

A través del tiempo la alimentación ha sufrido una transición acelerada que va en forma paralela con la globalización y que incluye factores económicos, demográficos, culturales y de conocimientos, asociados a la selección de los alimentos (Márquez, Hunot, Macedo, Bernal y Vizmanos, 2011). Dichos factores se convierten según Carballeda (2002), en los escenarios o contextos que actualmente se encuentran atravesados por la denominada crisis de la modernidad.

Es por lo anterior, que causas propias del individuo como el consumo elevado de alimentos altos en calorías y el sedentarismo se pudieran estar sumando a muchos otros factores que son externos al individuo como los económicos, políticos, culturales o psicológicos para la génesis del problema del sobrepeso y obesidad en la población (Cabello y Arroyo, 2013). Igualmente, los escenarios o contextos que constituyen una sociedad definen al individuo y determinan la creación de los lazos sociales, mismos que repercuten en la identidad de sus integrantes de acuerdo a la presencia del otro es decir, genera una influencia. Implica también una serie de relaciones a través de las historias de vida de los propios individuos, su parentesco o su amistad, para la organización del espacio y los recursos como formas de reproducción del grupo, que en este caso conlleva la alimentación (Carballeda, 2002).

Por lo tanto, como lo menciona Mills (1961) es importante partir de la historia y la biografía del individuo y relacionarlas dentro de la sociedad, para entender los procesos de alimentación. Pero, no sólo ver al individuo como una pieza del rompecabezas, sino de escuchar su discurso y así comprender cómo toma de la sociedad las experiencias vividas para replicar sus decisiones en cuestión de alimentación.

De acuerdo a un estudio publicado en 1979, se consideraba que los diversos usos de los alimentos en la sociedad partían desde la necesidad por una parte de satisfacer el hambre y nutrir el cuerpo, como ideal meramente nutricional o biológico. Mientras que, por otra parte se trataba de lograr relaciones personales y de negocios, expresar amor y cariño, hacer distinción a un grupo, hacer frente a stress psicológico o emocional, significar estatus social, recompensar o castigar, ejercer poder político y económico, entre otros, que son representaciones de lo social (Contreras, 2002). Es entonces, que el proceso de la alimentación se vuelve un hecho social, ya que forma parte de un sinfín de fenómenos que ocurren y se desarrollan en una sociedad y cubre algún interés social (Durkheim, 2006).

Por dicha razón, es que se toma a la familia como el contacto de inicio del individuo con la sociedad y, además, según Donzelot (1977) como la más fuerte estructura y soporte para las relaciones verticales y de dependencia. Se debe entonces, centrar la atención en ella para comprender sus repercusiones en el proceso de alimentación ya sea en el aspecto positivo o negativo que genere mayor influencia.

2.2. Institución donde se implementa el proyecto

El presente proyecto de intervención social se deriva de un proyecto de intervención social implementado por el Cuerpo Académico Salud y Sociedad de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

Localización geográfica:

Ubicación física: Avenida Universidad S/N, Ciudad Universitaria, Código Postal 66451 San Nicolás de los Garza.

Aspectos de la organización

La Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano (FTSyDH) de la UANL², tiene como antecedente el “Instituto para la formación de Trabajadores Sociales” fundado el 20 de noviembre de 1947. Para el año 1952 pasó a ser Dependencia Universitaria. Actualmente es una institución académica formadora de capital intelectual que contribuye en el desarrollo social de las personas y de las instituciones del estado y del país.

En el año 2012 fue reconocida a nivel nacional con competencia internacional por sus programas educativos de calidad y sus aportes en la solución y prevención de problemas sociales. Dentro de su oferta de estudios se pueden encontrar estudios de licenciatura, maestría y posgrados. Además de, tener un 100 % de profesores de tiempo completo con grado de maestría y un 38% de doctorado. De los cuales, se constituyen cinco cuerpos académicos especializados en distintas líneas entre ellas la salud, pobreza, migración, etc., que trabajan en conjunto para llevar a cabo proyectos con pertinencia en la sociedad actual.

Cuerpo Académico Salud y Sociedad

El cuerpo académico salud y sociedad se consolidó el día 8 de noviembre del año 2011, de acuerdo a los lineamientos establecidos por el Comité evaluador externo del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP).

El área de conocimiento en el que se enmarcan las actividades del Cuerpo Académico Salud y Sociedad son las ciencias sociales y la disciplina del cuerpo académico es sociología. Este cuerpo académico tiene como propósito fortalecer la línea de generación y aplicación innovadora de conocimiento denominada: salud y sociedad, cuyo objetivo es congregar actividades de investigación, docencia, gestión académica y tutorías que profundicen en el estudio cualitativo del proceso salud-enfermedad-atención (SEA) desde un enfoque sociocultural.

Las temáticas a desarrollarse tienen que ver con las múltiples dimensiones que afectan este

² Universidad Autónoma de Nuevo León

proceso, tomando como base la organización, la desigualdad, así como la vulnerabilidad social, centrándose en problemáticas dentro de la familia, los estilos de vida saludable, la obesidad, el género, la salud sexual y reproductiva, la bioética y el derecho, con la finalidad de generar conocimientos que se traduzcan en respuestas inter y multidisciplinarias, aportando soluciones basadas en evidencias científicas a problemáticas de salud pública.

Específicamente, el Cuerpo Académico dedicado a la investigación en Salud y sociedad presentó el proyecto de intervención social: “Manejo integral de la obesidad mórbida a través de un grupo de ayuda mutua”, dirigido a mujeres con obesidad mórbida. Dicho proyecto de intervención, contribuyó como forma de contacto inicial con la población que después formaría parte del presente proyecto de intervención social “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia” y de esa manera ubicar e invitar a cada una de sus familias.

Misión

La misión de FTSyDH tiene como misión formar a profesionales del trabajo social y desarrollo humano, investigadores y humanistas del área social, altamente calificados y competitivos a nivel nacional e internacional, que contribuyen al desarrollo pleno del ser humano que responda a las expectativas y retos de la sociedad.

Visión

Como visión la FTSYDH se perfila al 2020 como una dependencia universitaria socialmente responsable y de clase mundial: por sus programas educativos de calidad acreditados nacional e internacionalmente, por su contribución al desarrollo integral del ser humano y por sus aportes al estudio de la realidad social, y/o solución de los problemas sociales del estado y del país.

Valores

Por supuesto, la FTSYDH guía su quehacer centrado en valores dentro de los que se encuentran: la calidad en el servicio, el compromiso, el humanismo, la solidaridad, la honestidad, la laboriosidad y justicia. Lo anterior, como elementos indispensables para el buen funcionamiento de la institución y el cumplimiento de los objetivos que ahí se plantean. Sin dejar de lado que todos sus docentes y administrativos se deben regir bajo las mismas reglas como una guía de unificación y trabajo conjunto.

CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA DEL PROYECTO

3.1. Selección de las familias participantes

Para la selección de las familias que participaron en este proyecto, se usó el “Método de voluntarios” que es común en la investigación cualitativa. Dicho método se puede emplear durante o después de conocer a la población, así como ajustar la cantidad de participantes en cualquier momento y no busca generalizar los resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Se invitó de forma verbal a todas las mujeres que pertenecían en ese momento al el proyecto de intervención social “Manejo de la integral de la obesidad mórbida a través de un grupo de ayuda mutua”, a formar parte del presente proyecto “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia”. De un total de 10 mujeres fueron 8 las que aceptaron participar junto con su familia.

3.1.1. Métodos de registro

Cada una de las mujeres que aceptó participar completó el “Registro de Familia” (ver apéndice B) que incluye los nombres de cada uno de los integrantes de su familia y la edad, domicilio y teléfonos de casa y/o celular. Luego, en el apartado para visitas se determinó la fecha y hora en la que se acudiría con la familia para la presentación formal del proyecto, firma del “Consentimiento informado” (Ver apéndice A) y por último, la toma de medidas antropométricas iniciales para su registro en el formato correspondiente (Ver apéndice C).

Una vez que se concluyó con el registro de las ocho familias, se inició con la visita a cada una de ellas de acuerdo a la fecha y hora programadas. La primer visita consistió en presentar formalmente el proyecto de intervención, así como al personal que estaría a cargo, llevando consigo el formato de consentimiento informado, mismo que explicó de forma resumida el proyecto de intervención y de forma verbal se aclararon dudas al respecto y se mencionó también la importancia de su valiosa participación al momento de firmarlo, en caso contrario, en que la familia en su totalidad no deseara participar en el proyecto, se agradecería su tiempo y se descartaría como población para el proyecto. Como segundo paso, se procedió a la toma de las medidas antropométricas registrando peso (kg) y estatura (cm), utilizando para el peso una báscula marca Royal con capacidad de hasta 150 kg y para la estatura una cinta métrica con una longitud máxima de 3 metros.

Al obtener el peso y estatura de los integrantes de cada familia, se calculó el IMC para indicar el rango en el que se encontraban y determinar su estado nutricional (bajo peso, normal, sobrepeso u obesidad). El cálculo al igual que la toma de peso y talla se realizó como parte de la evaluación diagnóstica y de la evaluación final con la familia.

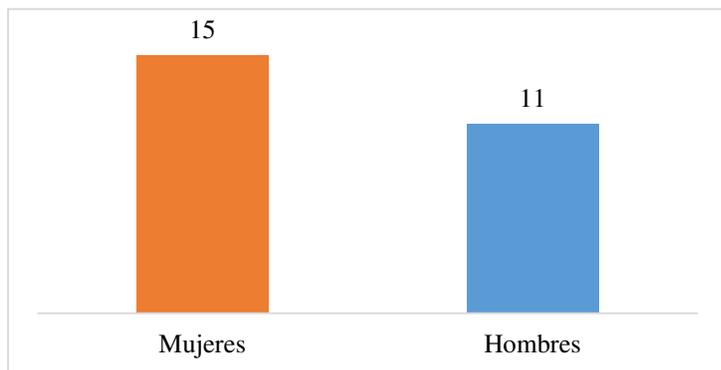
3.1.2. Descripción de familias participantes

Se trabajó en este proyecto de intervención social con ocho familias que sumaron un total

de 26 personas de las cuales la distribución por sexo se muestra en la figura 1 donde se puede apreciar que el predominio fue de mujeres.

Figura 1.

Distribución por sexo



En la figura 2 se puede observar la distribución de los integrantes por cada una de las ocho familias, con el común de tener entre dos y tres integrantes cada una, sin embargo una de ellas sumaba siete integrantes.

Figura 2.

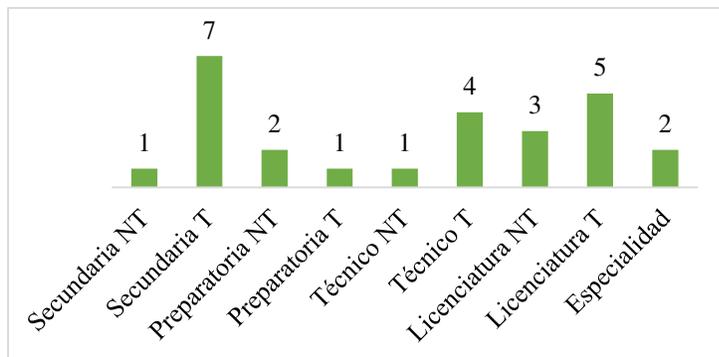
Integrantes por familias



Con respecto al nivel de escolaridad, en la figura 3 se desglosa que de secundaria no terminada (NT) se contaba con una persona de las ocho familias, de ahí en adelante siete personas con secundaria terminada (T), cuatro personas con nivel técnico e incluso cinco con licenciatura y dos que cursaron una especialidad.

Figura 3.

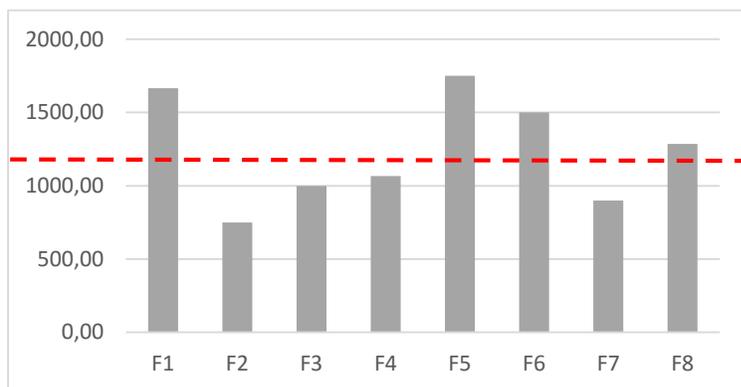
Nivel de escolaridad



Para este proyecto fue importante ubicar a cada una de las familias de acuerdo al ingreso destinado a la compra de alimentos, ya sea para preparar en casa o de consumo en la calle. Tomando en cuenta que para el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2015), una persona que habita una zona urbana como en este caso, considere cubierta su canasta básica de alimentación, debe contar con \$1, 283.98 pesos mensuales por persona. En la figura 4 se observa lo que cada familia reporta aproximadamente por persona para la compra de alimentos. Se encontró que sólo cuatro de las ocho familias se posicionaron por arriba de la cantidad estipulada por el CONEVAL. En ese aspecto, la canasta básica de acuerdo a la cantidad estipulada debería estar conformada por tortilla de maíz, panes y pastas, arroz, cereales para el desayuno; carne de res, de cerdo, embutidos, carne de pollo o pollo rostizado, pescado, leche, queso, yogurt, huevo de gallina; papa, verduras como el chile, tomate y cebolla, frutas como la manzana, naranja y plátano; azúcar, aguas o jugos y refrescos; y algo extra para consumo de alimentos fuera de casa.

Figura 4.

Gasto mensual aproximado por integrante de familia



3.2. Resultados de la evaluación inicial

El diagnóstico de este proyecto sirvió para tener un panorama de las prácticas alimentarias de las mujeres y la perspectiva que tienen de sus familias, además de los conocimientos generales que tienen en torno al tema de la alimentación. Por tanto, el diagnóstico se dividió en dos partes: una con las mujeres que pertenecen al grupo de ayuda mutua y otra con las familias de estas mujeres, proceso que se describe a continuación:

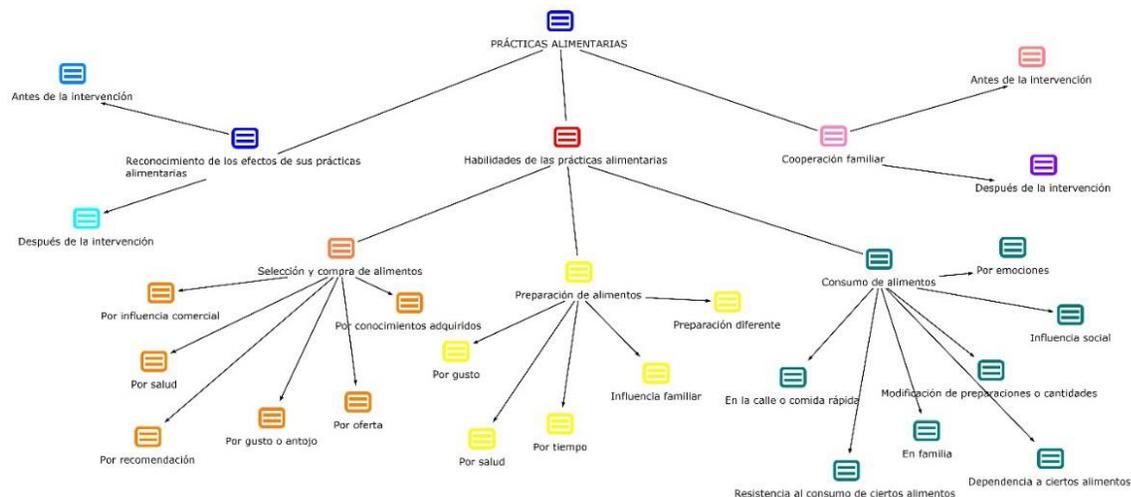
3.2.1. Hallazgos con las ocho mujeres que acudían al grupo de ayuda mutua

Como se mencionó anteriormente, se llevaba alrededor de un año trabajando con el grupo de mujeres con obesidad mórbida y en esa interacción con las participantes surgieron comentarios como “Mi marido no me ayuda, llega a la casa y me invita a las tortas de pierna” o “En mi casa no hay apoyo, a mi esposo no le gustan las verduras y pues preparar dos comidas diferentes pues no”. Por lo anterior, nace la inquietud de un proyecto de intervención social que junto a su tratamiento integral dentro del grupo de ayuda mutua las ayudara a lograr un mayor avance en su disminución de peso corporal.

Se utilizó el grupo focal³ como herramienta para valorar algunos aspectos importantes de las mujeres y sus familias en relación con las prácticas alimentarias. El grupo focal se dividió en tres sesiones y se utilizaron las preguntas: ¿Qué entendemos por prácticas alimentarias?, ¿Cómo selecciona sus alimentos al momento de comprarlos? ¿Cómo prepara sus alimentos diariamente? y ¿Con quién come sus alimentos? El análisis de la información obtenida se organizó con ayuda del Software MAXQDA versión 2011 y lo representan las categorías de la figura 5.

Figura 5.

Mapa general de las prácticas alimentarias



³ Se describe de manera extensa en el apartado 4.2 Tipo de evaluación.

De las categorías observadas en la figura 5 el reconocimiento sobre los efectos de sus prácticas alimentarias fue relevante en algunos de los discursos que demuestran como las mujeres ya reconocían algunos efectos con respecto su alimentación, lo anterior debido a su participación previa en el proyecto de intervención “Manejo integral de la obesidad mórbida mediante un grupo de ayuda mutua”. Para distinguir al participante de cada uno de los discursos se utilizó su posición como miembro de familia es decir, mamá, papa, hijo, hija, hermana, hermano, etc., para luego colocar el número de familia a la cual pertenece.

En los discursos, se observa una preocupación por su salud o la de su familia debido a alguna práctica en su alimentación, relacionada con enfermedad o malestar físico en base a los siguientes discursos antes de la intervención: “Sí, porque si me gustaba mucho guisar con mucho aceite, el huevo estrellado con bastante aceite para que no se me pegara y pues les **afectaba** a mis hijos también” (Mamá, F7)... “Utilizo cominos, pimienta, ajo, cebolla, laurel pero en poca cantidad porque luego mi esposo empieza a repite y repite” (Mama, F1)...“Mi esposo tiene mucho **reflujo**, pero le dijeron que no se acueste **recién cenado**” (Mamá, F6).

Una de las participantes reconoció un síntoma físico:

”Dije mejor tostadas, yo llevaba los frijoles y la lechuga, le puse el queso y se me hizo fácil echarle la salsa de la que tenían ahí y ándale que anoche ya me andaba, hasta me tuve que tomar un sal de uvas (auxiliar para indigestión), traigo hasta acá (cuello) el picor” (Mamá, F1).

Otra de ellas, reconoció que su vecino utiliza productos light para el cuidado una enfermedad crónica y lo expresa de la siguiente manera:

“El otro día un vecino me trajo un hot cake porque quería que le arreglara un suéter y me dijo pero **cómaselo es integral**, la miel y todo lo que le puse **es light** y me lo comí con un café. Y tenía mermelada pero me dijo que era light como su mamá es diabética de esa usan” (Mamá, F3).

Y por último, una de las participantes reconoce que el consumo de ciertos alimentos afecta a la salud en ciertos padecimientos crónicos:

Pero sí vemos que a papá le afecta algo (la alimentación), así más bien por él, no sé si te dijeron pero papá ha estado malo últimamente, a lo mejor sentimos que sí le **afectan** ciertas cosas (alimentos) por su presión alta o porque padece del corazón cosas así” (Hija mayor, F8).

Del reconocimiento de las mujeres, también se detectaron discursos con relación a la comida y el aumento de peso corporal, debido a algunas de sus prácticas en el proceso de alimentación como se verá enseguida: “Hay sí, digo me quedó bien sabroso el arroz y otra cuchara

me sirvo y eso de la semana pasada, luego reaccioné de que **ha de ser eso por lo que subí** (de peso), me serví otra cuchara más” (Mamá, F6)...“Afecta bastante porque me di cuenta que la semana que **subí** (de peso) es porque me sirvo otro poquito una cucharita y media y ya, pero era más entonces no era el plato era más y **ahora aumenté**” (Mamá, F4)...“Que tú digas galletas Chokis (galletas con chispas de chocolate) o así no, entonces **¿por qué estamos así?** (señalándose a sí misma con obesidad) jajaja (risas)” (Mamá, F7)...“Dije tengo ganas de una papitas de esas Chips (marca de papas fritas), pero **yo no pensé me van a engordar** yo me las comí y al parecer **no aumenté**” (Mamá, F2)...“Por decir, ahora yo me quedo con esa idea en la mañana, digo: ok si me preparo **cualquier cosita que sea dulce se me va a formar en grasa**” (Mamá, F2)...“Yo considero que **no estoy bajando de peso porque estoy consumiendo más proteínas**, porque siempre que tomo café le pongo leche” (Mamá, F1).

Finalmente, una de las participantes formula una relación entre el consumo de alimentos y el aumentar o disminuir de peso:

“Pero bien raro fíjate, ahora que voy para allá (McAllen) es desayuno, comida y cena hamburguesas o así pero esta vez no. Nos fuimos y sólo compré en el camino galletas de avena y nada más. Allá me comí un pedazo de carne con verduras en el Denny’s⁴ y, ya de regreso ya hamburguesas, qué cosas **cuando he comido más cosas y mugrero bajo y ahora no**” (Hija mayor, F8).

Si se revisan detenidamente los discursos anteriores, el reconocimiento de estas mujeres en su alimentación y salud denota algunos conocimientos previos a la intervención de este proyecto.

Igualmente, en la figura 5 se observa otra categoría que se refiere a la cooperación familiar, en ésta se presentan los siguientes discursos relacionados con el apoyo o nula cooperación que tienen estas mujeres por parte de sus familias, previa intervención social de este proyecto: “Mi esposo **me ayuda** mucho con la comida, casi siempre son caldos, caldo de res caldo de pollo, todo es cocido ya no hacemos nada dorado, pollo hervido” (Mamá, F1)...“De hecho, mi hija que está en la prepa es la que vive con nosotros, está bien contenta porque bajó tres kilos y medio porque **está comiendo casi lo mismo que yo** y cenando, desayunándose hasta también los licuados” (Mamá, F7)... “Siento que me estreso por todo, me preocupa ¿qué come mi marido y mi hijo?” (Mamá, F6).

En otras palabras, una de las participantes comenta que:

“Es que no es lo mismo ya tener hecha la ensalada porque yo veo que sí se antoja, porque pueden ver ahí la lechuga o la fruta y nadie agarra, ah pero yo hago las tiritas de la zanahoria, la jícama, lechuga, tomate, pepino y así todo y cualquier cosita de mayonesa o

⁴ Restaurante familiar de servicio completo en los Estados Unidos

limón y sal, o le pongo la almendra, nuez fileteada y **si se les antoja pero porque la ven hecha** y el día que hice la vasija se acaba” Mamá, F4.

En resumen, los discursos sobre la cooperación familiar muestran algunos casos en los que algún integrante de la familia se convierte en apoyo de la mujer para llevar a cabo su tratamiento en el control de peso por lo que también se ve beneficiado. En cambio, en otros de los discursos los integrantes de la familia no se muestran interesados en su alimentación, dejando en la mujer la responsabilidad de la preparación de los alimentos.

3.2.2. Hallazgos con las ocho familias participantes del proyecto

En el acercamiento con cada una de las ocho familias de las mujeres que acudían al grupo de ayuda mutua, se realizó un sondeo para conocer los conocimientos previos acerca de algunos conceptos de alimentación. A continuación, se coloca primero el concepto teórico basado en diversas normas oficiales mexicanas o algunos autores referentes a la alimentación y luego las ideas que expresaron las familias al respecto.

La **alimentación** de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana No. 043 se define como el conjunto de procesos biológicos, psicológicos y sociológicos relacionados con la ingestión de alimentos mediante el cual el organismo obtiene del medio los nutrimentos que necesita, así como satisfacciones intelectuales, emocionales, estéticas y socioculturales (Diario oficial de la federación, 2015). Al respecto, en su mayoría las familias mencionan que para ellos la alimentación es “lo que comemos”; es “estar sanos”; “energía”; “hábitos” o; simplemente “comer”. Hubo también quienes mencionaron que la alimentación es “**mantenimiento de la vida**” o “lo que te llevas a la boca”.

El **alimento** definido por la Norma Oficial Mexicana No.051 es cualquier sustancia o producto, sólido, semisólido, natural o transformado, que proporciona al organismo elementos para su nutrición (Diario oficial de la federación, 2015). En este concepto, predominó la idea que el alimento es “lo que vamos a comer”; “la comida” o “**algo alimenticio**”.

El **nutriente o nutrimento** es para la Norma Oficial Mexicana No.043 toda sustancia presente en los alimentos que juega un papel metabólico en el organismo y son principalmente proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, agua, etc. (Diario oficial de la federación, 2015). En cuanto a la definición de nutriente o nutrimento la respuesta que prevaleció entre las familias fue “lo que nutre” seguido de; “**lo que le sirve al cuerpo**”; también se mencionó como nutriente a “**las vitaminas y la fibra**”.

La **nutrición** es conjunto de procesos mediante los cuales el cuerpo utiliza, transforma e incorpora una serie de sustancias que recibe del exterior, con el objetivo de obtener energía, construir, reparar estructuras y regular los procesos metabólicos (Cervera y otros, 2004). De este concepto sobre nutrición, hubo opiniones diversas unas que se refieren a “calidad y cantidad”;

“conjunto de nutrientes”; “comer o alimentarse correctamente”; “una sana alimentación”; incluso hubo quienes dijeron que la nutrición es “lo bueno de los alimentos”, entre otros.

La **dieta** definida por la Norma Oficial Mexicana No. 043 es conjunto de alimentos y platillos que se consumen cada día, y constituye la unidad de la alimentación (Diario oficial de la federación, 2015). Las definiciones de dieta fueron muy y variadas encontrando quién dijo que era “saber comer/alimentarse”; “elección correcta de alimentos”; “combinación de alimentos” o; “cantidad adecuada”. Por el contrario, se encontraron ideas de que la dieta es “comer menos” o “no comer de más”; “**régimen de alimentación**” hasta llegar a la idea que es “matarte de hambre”.

El proceso de reorientar una práctica alimentaria, tiene que ver con el conocimiento previo de la teoría para después poder llevarlo a la práctica en su alimentación diaria. Por eso, fue importante que las ocho familias con las que se implementó el proyecto conocieran los términos básicos para su alimentación y así comprendieran el porqué de una sana alimentación, antes de hacer las cosas. De esa manera, se intentó que las familias interiorizaran y aplicaran sus conocimientos que más allá de “comer menos” o “matarse de hambre”, fuera el aprender a comer y cuidar el cuerpo.

3.2.3. Problemática encontrada de acuerdo a las familias

En base a la utilización del modelo Centrado en la Tarea⁵, las familias participantes lograron definir en sus propios términos, la situación problemática que ejerce una mayor influencia en sus prácticas alimentarias. De lo encontrado en sus discursos, los dos aspectos más relevantes para las familias fueron en primer lugar el “social” que es el acudir a eventos sociales como cumpleaños, carnes asadas, meriendas o fiestas en general, dónde se pueden encontrar una gran variedad de alimentos altos en calorías y que no entraban según sus discursos en una “dieta”.

En segundo lugar el “sensorial” que va de la mano con los antojos, algunas veces influenciados por medios de comunicación, y en un tercer lugar, el “emocional” ya que algunos de los participantes declaran comer cuando se encuentran tristes, enojados o ansiosos y, generalmente se trata de alimentos altos en calorías o que les producen satisfacción al paladar. Y por último, en cuarto lugar está el “cultural” que para los participantes se refiere a la forma de preparar los alimentos y que viene de generación en generación, ya que preparaban los alimentos como les enseñaron sus madres.

3.3. Diseño del proyecto

El proceso de alimentación es uno de los aprendizajes que se adquieren de forma inicial en la familia y actualmente una mala alimentación ha traído consecuencias para la salud, como lo son

⁵ Este modelo busca que sea el participante quien defina la problemática para lograr un mayor compromiso con las tareas que habrá de llevar a cabo para resolverla. El modelo en forma detallada se muestra en el apartado 3.3 Diseño del proyecto.

algunas enfermedades o padecimientos de carácter físico, mental y social. Por esta razón, es de vital importancia tomar en cuenta una intervención desde lo social para mejorar la salud. Anteriormente se pudo observar (Ver tabla 1) que las acciones encaminadas a la prevención y/o tratamiento del sobrepeso y obesidad es de manera individual, enfocado al cambio de hábitos tratando de ayudar a la persona que solicita la atención del profesional en nutrición de forma impositiva, otorgándole un menú o dieta restrictiva, que se modifica en el lapso de una semana o más. Sin embargo, considerando que las personas son seres sociales, el hecho de entregarles un menú o dieta restrictiva, no siempre se cumple, debido a que la persona se inserta en sus actividades cotidianas y al contacto con otras personas.

Un aspecto de interés para este proyecto, es que cada una de las ocho familias, entiendan su proceso de alimentación y antes de modificar un hábito se verifique que las prácticas que lo formaron sean las correctas. De esta forma, se puede lograr un cambio que favorezca una correcta alimentación, dando la oportunidad de que sean esas personas las que principalmente tomen las decisiones basadas en el conocimiento que adquieran. En pocas palabras, la presente intervención pretende incidir en el proceso de alimentación de la familia por medio de las prácticas alimentarias, utilizando las herramientas que tiene cada una de ellas para mejorar su estado nutricional.

El presente proyecto se basó en la teoría y práctica de la interpretación, específicamente utilizando la etnometodología desarrollada por Garfinkel en el año de 1967, como una teoría que estudia la forma en que las personas enfrentan situaciones de la vida diaria y tiene como meta aclarar cómo se crea la vida cotidiana de una construcción social. Asimismo, la teoría considera que las personas poseen competencias prácticas, lingüísticas y de interacción que se pueden observar y registrar. Sobre todo, trata de apartar las propias creencias e ideas y enfocarse solamente en la forma en que un grupo maneja, resuelve o reproduce su estructura social (Álvarez-Gayou, 2003).

El enfoque antes mencionado, parte de la idea que los significados de las interacciones son dependientes del contexto en el que se desarrollen, y su forma de analizarlo es fundamentalmente mediante el discurso natural y la interacción. Siguiendo con lo anterior, para la etnometodología fue necesario que el evaluador realizara un análisis de los datos por medio de grabaciones audio, tomando en cuenta la conversación entre los participantes, en donde intentó explicar las prácticas y colaboración de quienes conversaron (Álvarez-Gayou, 2009).

Por lo anterior, y siendo que se trabajó sobre las prácticas alimentarias de la familia, se consideró pertinente una intervención social de acuerdo a los criterios del modelo “Centrado en la Tarea” (Ver tabla 2) que está diseñado para ayudar en la resolución de dificultades que experimentan las personas en interacción con sus situaciones sociales. Igualmente, el modelo es efectivo en el trabajo con grupo o familia por periodos de 6 a 12 sesiones en donde se establecen las tareas y plazos para su cumplimiento de forma cooperativa. Debido a, que este modelo de

intervención está orientado a proporcionar una respuesta práctica, breve y eficaz es que se retoma como pertinente para el presente proyecto de intervención social (Viscarret, 2007).

De manera similar, Du Ranquet (1996), describe a dicho modelo como forma de intervención por objetivos, en él se propone tratar los problemas que son percibidos por las personas interesadas y determinando los objetivos por ellas mismas. Igualmente, es un modelo de intervención social a corto plazo, en el cual influye de manera importante la motivación de los participantes y su esperanza de cambio, donde su participación dependerá de la experiencia del profesional y la comunicación entre ellos.

En base a lo descrito del modelo centrado en la tarea a continuación en la tabla 2 se concentran sus características generales según Viscarret (2007) y adaptado al presente proyecto de intervención.

Tabla 2.

Modelo de intervención centrado en la tarea

Localización del problema	El problema fue localizado por los propios participantes del proyecto utilizando la técnica de clarificación, fue entonces que de las Prácticas alimentarias cada familia definió la que estaba provocando un desequilibrio nutricio en su hogar.
Objetivos	La formulación de objetivos se realizó por medio de la técnica de clarificación en conjunto con la familia, como ayuda para la reorientación de prácticas alimentarias hacia un estado nutricio en equilibrio.
Limitación temporal	La limitación temporal se definió en base a las tareas que el responsable propuso para el seguimiento de las prácticas alimentarias en la familia y en este caso fueron de 4 sesiones con duración de 60 minutos para cada familia distribuidas a lo largo de 3 meses y una sesión final con todas las familias llamado Rally familiar.
Tareas	Las tareas fueron propuestas por el responsable del proyecto y en convenio con cada una de las familias tomando en cuenta la limitación temporal.
Contrato	Como una forma de compromiso entre el responsable del proyecto y la familia en el cumplimiento de cada una de las tareas propuestas se elaboró una hoja de registro de tareas (Apéndice D) en la cual se plasmó la firma de cada integrante.

Fuente: Elaboración propia

De las técnicas empleadas por el modelo “Centrado en la Tarea” propuestas por Viscarret (2007) y que fueron de utilidad para este proyecto de intervención se encontraron las que a continuación se describen ya con un enfoque específico para el proyecto.

1. Clarificación: con ella se intentó que la familia comprendiera su situación particular, ayudados de una sesión introductoria donde se habló de la alimentación y sus conceptos básicos, así como darles a conocer su Índice de masa corporal (IMC) individualmente, esto para que conocieran su estado nutricional.

2. Aireación: consistió en tratar que la familia liberara sus sentimientos y/o emociones, particularmente, enfocados en la alimentación dentro de su hogar.

3. Información y consejo: la familia tuvo sobre la mesa el conocimiento del problema relacionado a su proceso de alimentación, por lo tanto, fue necesario proporcionar la información que los reorientara positivamente en cada una de sus prácticas alimentarias, misma que se impartió y explicó en las sesiones correspondientes con cada una de las familias.

4. Acompañamiento y alianza: en esta parte de intervención del modelo, se trató de ir caminando de la mano con la familia, de forma que se generara confianza entre las partes y se pudiera tener un vínculo para resolver dudas, aclarar actividades, etc.

5. Estimulación: por último, ésta técnica trató de evitar una dependencia por parte de la familia y el profesional, ya que éste sólo fungió como motivador de la familia en los momentos pertinentes y haciendo que se sintiera estimulada a seguir.

Es importante señalar, que este modelo recomienda que cada una de las tareas que se llevan a cabo sea escrita o grabada como parte útil para recoger información por parte del profesional. Además de, los compromisos firmados por los integrantes de la familia al momento de iniciar una nueva tarea y establecer los compromisos.

3.3.1. Nombre del proyecto

“Reorientación de prácticas alimentarias en la familia”.

3.3.2. Objetivo General

Reorientar las prácticas alimentarias de ocho familias del Municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León.

3.3.3. Objetivos Específicos

- Reconocer los efectos de las prácticas alimentarias.
- Adquirir habilidades en la selección, preparación y consumo de alimentos.
- Mejorar la cooperación familiar en el proceso de alimentación.

A continuación y de acuerdo a los objetivos que guiaron el presente proyecto, se establecieron en

la tabla 3 una serie de metas y plazos para su cumplimiento.

3.3.4. Objetivos, metas y plazos

Tabla 3.

Objetivos, metas y plazos

Objetivo	Meta	Indicador	Plazo
Reconocer los efectos de las prácticas alimentarias en el proceso de alimentación.	Las familias reconocieron al menos un síntoma o enfermedad relacionado a su alimentación.	Grupo focal y grabaciones de audio	3 meses (Sep. – Nov. 2014)
Adquirir habilidades en la selección, preparación y consumo de alimentos	Aumento de al menos cinco puntos en la Encuesta de Valor sobre las Prácticas Alimentarias (EVSPA) por familia.	EVSPA y prueba estadística de los signos de Wilcoxon.	3 meses (Sep. – Nov. 2014)
Mejorar la cooperación familiar en el proceso de alimentación.	Incremento en el interés y/o la participación familiar en el proceso de alimentación.	Grupo focal y grabaciones de audio	3 meses (Sep. – Nov. 2014)

Fuente: Elaboración propia

3.3.5. Localización del proyecto

El proyecto fue desarrollado en el domicilio particular de cada una de las ocho familias, siendo en su totalidad pertenecientes al municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León. Específicamente de las colonias: Hacienda los Morales, La Talaverna, Jardines de Anáhuac, Las Puentes 14° Sector, Ciudad Ideal, Anáhuac La Escondida, Iturbide y Pedregal de Santo Domingo.

3.3.6. Beneficiarios del proyecto

Los beneficiarios del proyecto no se limitaron a la población participante compuesta por las ocho familias sino que se extendió su influencia hacia el contexto en que éstas se desenvuelven como se muestra a continuación:

1. Las ocho mujeres con obesidad mórbida que acudían para su tratamiento a un grupo de ayuda mutua en el Municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León.
2. Las ocho familias de las mujeres y participantes de este proyecto que radican en el municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León.
3. Familiares y amigos de las ocho familias participantes de este proyecto de intervención social.

Los beneficiarios del proyecto fueron todas aquellas personas que de una u otra manera vieron cambios positivos en su estado nutricional. De forma directa fueron cada una de las ocho mujeres y sus familias, pero al considerar que todos somos seres sociales e inmersos en una sociedad se puede inferir que indirectamente se vieron beneficiados algunos familiares, amigos y vecinos de los beneficiarios directos, ya que éstos actuaron como promotores del cambio.

3.3.7. Recursos: humanos, financieros y técnicos

Todo proyecto requiere para su realización una serie de recursos entre ellos humanos, materiales, financieros y técnicos, mismos que se desglosan en la tabla 5 que a continuación se presenta:

Tabla 4.

Presupuesto detallado del proyecto

Recurso	Descripción	Precio unitario	Total
Humano	Profesional	\$ 9,000.00	\$ 9,000.00
Material	Consumibles de oficina		\$ 2200.00
Financiero	Efectivo	\$ 2400.00	\$ 2400.00
Técnico	Equipo de cómputo y antropométrico		\$ 15000.00
Total			\$ 28600.00

Fuente: Elaboración propia

3.3.8. Actividades y calendarización

Cada una de las actividades realizadas en la implementación y operación de este proyecto de intervención social contó con una temporalidad. En el siguiente cronograma se visualizan las actividades desarrolladas en tiempo y forma, iniciando con la agenda de visitas con los horarios que las familias dispusieron, la elaboración del material de apoyo y papelería necesaria para su ejecución, la evaluación inicial con la toma de medidas antropométricas, además de las sesiones para cerrar con una evaluación final y la recopilación de toda la información para su análisis.

Tabla 5.

Cronograma de actividades

Mes	Agosto 2014				Septiembre 2014				Octubre 2014				Noviembre 2014			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Agenda de visitas a domicilio																
Elaboración del material de apoyo																
Evaluación diagnóstica/inicial																
Presentación con familias, antropometría y firma de consentimiento informado.																
Sesión 1 “Alimentación y salud”																
Sesión 2 “Selección de alimentos e inventario de alacena”																
Sesión 3 “Combinación correcta de alimentos y preparaciones saludables”																
Sesión 4 “Consumo responsable de alimentos y estrategias para el consumo fuera del hogar”																
Sesión 5 “Cooperación familiar”																
Sesión 6 “Integración de las prácticas alimentarias” con la participación en un Rally familiar.																
Evaluación final																
Recopilación de información obtenida y análisis.																

Fuente: Elaboración propia

3.4. Implementación y operación

En el siguiente apartado se describen las actividades realizadas durante la implementación y operación del presente proyecto de intervención. Cabe destacar que, para una correcta intervención se requirió de un profesional en nutrición que realizara cada una de las actividades con el máximo desempeño, siguiendo cada uno de los pasos que a continuación se presentan y que se pueden consultar de forma resumida en el apéndice F sobre la operación del proyecto.

3.4.1. Actividades para la operación del proyecto

Las actividades que se desarrollaron en el domicilio de cada una de las ocho familias durante la operación del proyecto fueron cuatro, sumando un total de 32 visitas en un periodo de tres meses (septiembre a noviembre 2014) y una reunión adicional como cierre del proyecto llamada “Rally familiar” en la cual se reunieron todas las familias (ver apéndice F). Es importante señalar, que como forma de observación directa y registro, se tomaron fotografías y se grabaron en audio cada una de las sesiones impartidas. Para mayor detalle, a continuación se describe cada una de las sesiones:

Sesión 1: Alimentación y salud

En esta primera sesión sobre “Alimentación y salud” el objetivo fue que las familias reconocieran el efecto que tienen cada uno de los alimentos en su estado físico o de salud. La información que abordó el responsable del proyecto durante su visita incluyó los siguientes apartados y actividades:

1. Explicación de conceptos básicos sobre alimentación como: nutrición, alimento, nutriente, dieta, etc.
2. Presentación de las leyes de la alimentación.
3. Explicación de los tipos de nutrientes y los alimentos principales.
4. Descripción de los factores que influyen en la alimentación (Internos y externos).
5. Determinación del IMC de cada integrante de la familia.
6. Ilustración sobre los síntomas frecuentes al tener un exceso de peso corporal.
7. Establecimiento de la tarea para la familia, la cual consistió en registrar en una libreta los síntomas que cada uno de los integrantes presentó en un lapso de 15 días posteriores a la sesión.

Al finalizar cada una de las sesiones, se registraron las tareas en el formato correspondiente (ver apéndice D) para la realización por parte de cada familia en el periodo de 15 días antes de la próxima visita de intervención del proyecto, misma que debió cumplirse para pasar a la siguiente sesión.

Sesión 2: Selección de alimentos e inventario de alacena.

El objetivo de esta sesión fue que la familia lograra adquirir conocimientos que pudiera poner en práctica en su proceso de alimentación por medio de la habilidad para seleccionar los alimentos que habrían de conformar su alacena. A continuación, se enlistan las actividades que

pretendieron lograr el objetivo:

1. Revisión del cumplimiento de la tarea anterior.
2. Llenado de la sección 1 (Antes) de la Encuesta de valor sobre Prácticas Alimentarias (EVSPA) por el responsable del proyecto (ver apéndice E).
3. Toma de fotografías de alacena y refrigerador.
4. Definición de los nutrientes por grupo de carbohidratos, proteínas y grasas y los alimentos que conforman cada uno de los grupos.
5. Enlistar los pasos para una correcta selección de alimentos.
6. Revisión de una etiqueta nutrimental para explicar su correcta lectura.
7. Establecimiento de la tarea para la familia, la cual consistió en anotar en forma de lista cada uno de los alimentos con los que contaban en casa, divididos en los grupos de alimentos que se abordaron durante la sesión.

Sesión 3: Combinación correcta de alimentos y preparaciones saludables

En esta sesión, la familia obtuvo los conocimientos suficientes sobre la combinación correcta de alimentos y los relacionó con las preparaciones más frecuentes en casa, excluyendo aquellos alimentos que no formaran un platillo saludable y completo.

1. Revisión del cumplimiento de la tarea anterior.
2. Llenado de la sección 2 (Antes) de la EVSPA por el responsable del proyecto.
3. Llenado de la sección 1 (Después) de la EVSPA por el responsable del proyecto.
4. División de los alimentos por grupo con ayuda del material didáctico “Nutrikit” (ver apéndice G) para fomentar la participación familiar.
5. Desglose de las recetas o preparaciones comunes de la familia y relación con los grupos de alimentos antes vistos.
6. Establecimiento de la tarea para la familia en relación con el tema visto durante la sesión que consistió en que la familia continuara escribiendo recetas que para ellos cumplieran con los grupos de alimentos y pertenecieran a cada tiempo de comida (desayuno, comida y cena), tomando en cuenta sus gustos y alimentos disponibles en casa.

Sesión 4: Consumo responsable de alimentos y estrategias para el consumo fuera del hogar.

En esta sesión, el objetivo a lograr fue que la familia fuera capaz de tomar una decisión basada en los conocimientos ya adquiridos sobre los alimentos y su combinación tanto dentro como fuera del hogar. Los temas relacionados fueron los siguientes:

1. Revisión del cumplimiento de la tarea anterior.
2. Llenado de la sección 3 (Antes) de la EVSPA por el responsable del proyecto.
3. Llenado de la sección 2 (Después) de la EVSPA por el responsable del proyecto.
4. Integración de todas las etapas en el proceso de alimentación que incluyen selección, preparación y consumo de alimentos.
5. Fundamentación sobre la importancia del desayuno.
6. Explicación sobre la digestión y metabolismo de los nutrientes para una correcta nutrición.
7. Definición sobre ¿qué es el metabolismo? y estrategias para lograr una absorción óptima de los nutrientes por el organismo.
8. Establecimiento de la tarea para la familia que en esta ocasión se tomó como su asistencia al “Rally Familiar” en el cual se integraron las prácticas alimentarias.

Sesión 5: Rally familiar

El Rally familiar se llevó a cabo en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, como forma de integración de las prácticas alimentarias. Además de llevar a cabo una convivencia con las ocho familias y un espacio para el agradecimiento de su participación y premiación de la familia que logró mayor avance hacia su objetivo, también se recrearon las prácticas alimentarias contando con actividades al respecto como se describe a continuación:

Se colocaron tres mesas de trabajo cada una correspondiente a las prácticas alimentarias de selección, preparación y consumo de alimentos.

1. En la mesa correspondiente a la selección de alimentos se les pidió separar los alimentos de acuerdo al grupo correspondiente, esto con la participación de todos los integrantes de la familia, con ayuda del material didáctico Nutrikit. Luego se otorgó una puntuación de acuerdo al número de alimentos colocados correctamente y se registró en una ficha de puntuación que la familia tenía.

2. En la mesa correspondiente a la preparación de alimentos, se colocó una hoja en blanco, en la cual la familia tenía que anotar una receta balanceada y completa, con la correcta combinación de alimentos. Al igual que en la mesa anterior, se colocó una puntuación en su ficha.

3. Se colocó también una mesa en la cual se pretendió mostrar la importancia de la cooperación familiar en la alimentación, en ella todos los integrantes de la familia tenían que preparar un sándwich en el menor tiempo posible pero con una buena presentación y así lograr la mayor puntuación.

4. La última mesa correspondía al consumo de alimentos, aquí el responsable del proyecto llenó la Sección 3 (Después) de la EVSPA y realizó la suma de los puntos de la ficha de puntuación de cada familia para seleccionar a la familia ganadora con la mayor cantidad de puntos.

5. Al finalizar el rally, se hizo entrega de reconocimientos a cada familia por su participación, a la mayor disminución de peso corporal y a la familia ganadora del Rally familiar (ver apéndice H). Después, se dedicaron unas palabras de agradecimiento y se les invitó a compartir un refrigerio y tomar fotografías para el recuerdo.

En conjunto, las cuatro sesiones a domicilio y el Rally familiar pretendían lograr el objetivo general y los específicos de este proyecto de intervención social “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia”, bajo el modelo de intervención centrado en la tarea, como parte de una nueva forma de intervención social en el campo de la alimentación. Para validar esta actividad estuvo presente parte del comité de evaluación del presente proyecto y para otorgar una mayor seriedad y realce al evento.

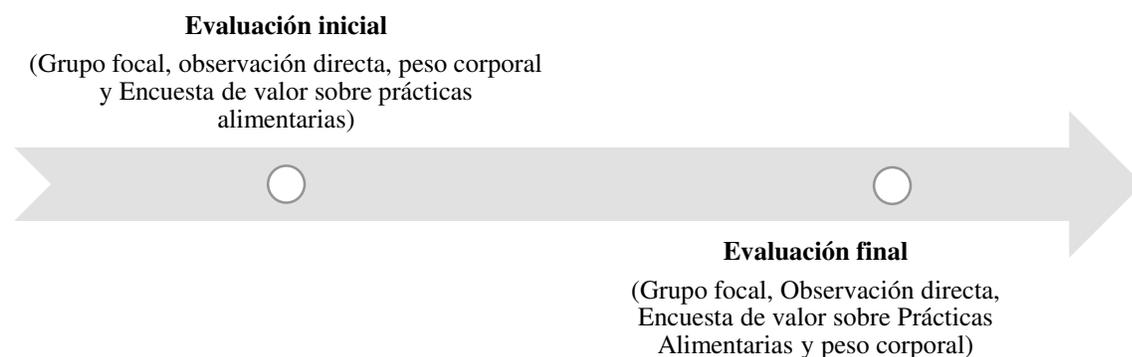
CAPÍTULO 4: EVALUACIÓN DEL PROYECTO

4.1. Etapas de evaluación

La evaluación del proyecto se planificó en dos etapas, tomando en cuenta una evaluación inicial y una evaluación final, utilizando para ambos momentos herramientas tanto del enfoque cuantitativo como cualitativo como se puede observar en la figura 7.

Figura 6.

Etapas de la evaluación del proyecto



Fuente: Elaboración propia

La descripción de cada uno de los métodos de evaluación así como los instrumentos utilizados para cada uno de ellos se describe de forma detallada en los siguientes apartados.

4.2. Tipo de evaluación

La evaluación del proyecto “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia” se realizó bajo un enfoque mixto, cuyo propósito general y según Greene, Benjamín y Goodyear (2001) es proporcionar una mejor comprensión de los fenómenos sociales que se estudian. Además, los autores presentan cuatro ventajas de un enfoque mixto: 1) Mejora la validez y credibilidad de las inferencias, 2) Mayor amplitud de hallazgo, 3) Entendimientos más interesantes y, 4) Aumento del valor de la conciencia y la diversidad. Entonces y de acuerdo con lo anterior, se explica cada uno de los métodos de evaluación utilizados en este proyecto y que conforman el enfoque mixto.

4.2.1. Evaluación cuantitativa

La evaluación cuantitativa se apoya en el método científico para la obtención de conocimiento y se ayuda de los procedimientos utilizados en la estadística para reunir, medir, clasificar, codificar, computar, analizar y resumir información numérica que se adquiere sistemáticamente (Ritchey, 2008). En otras palabras, el método científico es un procedimiento que

basa su validez en las observación de la naturaleza, está abierto a la crítica pública y cuando se emplea de forma apropiada puede incluso romper con las propias creencias (Maxim, 2002). En el método científico, se diseña una hipótesis acerca del estudio que se realiza y el resultado debe aceptar dicha hipótesis o rechazarla según sea el caso. Además, el método científico se apoya en hechos existentes y datos reales que en su momento coincidan con las afirmaciones expuestas sobre el fenómeno estudiado (Pagano, 2011).

Para el análisis de los datos cuantitativos, se utilizó la prueba paramétrica t de Student para muestras relacionadas tomando como dato numérico el peso de los integrantes de cada familia de forma individual y luego por familia. Dicha prueba, ayuda a comparar un conjunto de datos en dos momentos diferentes antes y después, y se utiliza cuando los datos cumplen una normalidad de dispersión (Pagano, 2011). Por lo tanto, mientras mayor sea la t obtenida es mayor la probabilidad de rechazar la hipótesis nula que describe que no hubo cambio. Para el análisis de los datos obtenidos en la Encuesta de valor sobre prácticas alimentarias (EVSPA), se utilizó la prueba no paramétrica de los signos de Wilcoxon, útil para muestras pequeñas y cuando los datos no cumplen con una normalidad de dispersión. Esta prueba, se recomienda como alternativa de la prueba t de Student y requiere que los puntajes sean cuando menos de escala ordinal (Pagano, 2011).

En el caso del presente proyecto, los datos comparados con cada una de las pruebas antes mencionadas fueron obtenidos antes de la intervención del proyecto y después de la misma. Para el peso corporal, se utilizaron medidas antropométricas de cada uno de los integrantes de las ocho familias. Mientras que, para la evaluación de las habilidades se utilizó la EVSPA para observar el nivel de cambio en cada una de las prácticas alimentarias de selección, preparación y consumo de alimentos antes y después de la intervención del proyecto.

Peso corporal

De los datos cuantitativos, se tomó el peso como una forma de evaluación inicial para conocer a las familias participantes y tener un parámetro de comparación al final del proyecto, además de, realizar en un futuro una evaluación del impacto de las prácticas alimentarias en las que intervino este proyecto. El peso es un dato simple que ayuda a conocer los efectos de la alimentación ya sea correcta o incorrecta. Para ello, se utilizó una báscula marca Royal con capacidad máxima de 150 kg siguiendo las indicaciones descritas por el Manual de Antropometría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán (2004). De manera importante, se registró el peso individual y luego una sumatoria por familia ya que el objetivo era que en conjunto cada familia se motivara visualizando los kilogramos como un todo. Los datos obtenidos del peso individual y por familia, se analizaron bajo el paquete estadístico SPSS versión 22 utilizando la prueba de t de Student con un nivel de confianza de 95.0%.

Las indicaciones breves para la toma de medidas antropométricas se describen a continuación:

Para la toma del **peso** la persona debe vestir ropa ligera y sin algún material o accesorio que pese (llaves, monedas, celular, anillos, reloj, cinturón), descalzos, de pie, postura erguida y vista al frente, los brazos extendidos a los costados, las palmas tocando ligeramente los costados del muslo, piernas sin flexionar, luego se anota la cantidad de kg que la báscula registre.

Para la toma de la **estatura** la persona debe estar de espaldas, con la vista al frente en plano horizontal. El piso y la pared sobre la cual se realizará la medición debe ser rígida, plana y lisa (sin bordes), donde se colocará la cinta y se registrará la estatura en metros tomando en cuenta la parte superior más prominente de la cabeza.

Índice de masa corporal (IMC)

El IMC ayudó a determinar el estado nutricional de los participantes tanto en forma individual como por familia antes y después de la intervención del proyecto, utilizando el peso y estatura de los integrantes de las ocho familias, datos necesarios para el cálculo del IMC. Es importante mencionar que el IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla lo que determina el sobrepeso u obesidad de una persona (Tabla 6). Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (OMS, 2013).

Tabla 6.

Clasificación IMC según la OMS

Peso/Talla ²	
Resultado	Interpretación
< 18.5	Bajo peso
18.5 – 24.9	Normal
>25	Sobrepeso
>30	Obesidad

Encuesta de Valor sobre las Prácticas Alimentarias (EVSPA)

Para la evaluación de las prácticas alimentarias de la familia, se diseñó una Encuesta de valor sobre las Prácticas Alimentarias (EVSPA) que ayudó a conocer si hubo cambio o no después de la intervención del proyecto. Tomando en cuenta las habilidades de selección, preparación y consumo de alimentos en las ocho familias. La EVSPA incluía una lista de prácticas sobre selección, preparación y consumo de alimentos basada en las recomendaciones de algunas de las normas oficiales mexicanas de la Secretaría de Salud correspondientes al tema de la alimentación (Diario Oficial de la Federación (DOF), 2013). Así mismo, se otorgó una puntuación a cada una de las prácticas enlistadas; siendo 2 puntos si la respuesta es que la familia “Sí” realiza dicha

práctica, 1 punto a la familia que lo realiza “A veces” y 0 puntos a la familia que “No” lo realiza. La determinación de la respuesta dependía del juicio del profesional de nutrición al momento de observar el proceso de alimentación de la familia y sus discursos.

Al final, se realizó una suma de los puntos por las respuestas obtenidas y se comparó la EVSPA aplicada al inicio con la que se aplicó al final para determinar el grado de cambio en las prácticas alimentarias de la familia. Para la validación de la EVSPA se recurrió al juicio por expertos quienes evaluaron la pertinencia de cada uno de los apartados para su aplicación en el proyecto. Se recibieron observaciones generales sólo en estructura y gramática de las oraciones, mismas que fueron corregidas. Los datos obtenidos de la EVSPA se analizaron bajo el paquete estadístico SPSS versión 22 utilizando una prueba de los signos de Wilcoxon con un nivel de confianza de 95.0%.

4.2.2. Evaluación cualitativa

La evaluación cualitativa de este proyecto fue muy importante debido a la teoría bajo la cual se dirigió el trabajo. Se analizaron cada uno de los discursos e interacciones que se llevaron a cabo con las familias participantes, ya que además del peso corporal, se reflejó el aspecto social que afecta su proceso de alimentación. La evaluación que de acuerdo a Flick (2007), es de gran relevancia para el estudio de las relaciones sociales orientada a analizar casos concretos en tiempo y espacio a partir de las expresiones y actividades de las personas en sus contextos. Fue así, que se seleccionaron instrumentos de evaluación como el grupo focal y la observación directa que dejaron fluir la información desde los participantes hacia el responsable del proyecto para su posterior análisis.

Grupo focal

La técnica de grupo focal fue de gran apoyo tanto para la evaluación inicial, como para la evaluación final. Se reunió a las ocho mujeres que habían aceptado su inclusión en el proyecto antes y después de la intervención del mismo. El grupo focal, según Álvarez-Gayou (2003) es de gran utilidad para propiciar la interacción entre las personas, mediante la conversación acerca de un tema que en este caso fue sobre prácticas alimentarias en su familia. Se realizaron dos reuniones, una antes y otra después de la intervención del proyecto cada una con duración de dos horas aproximadamente. El objetivo principal era captar la forma de pensar, sentir y vivir del grupo. Para promover el diálogo entre las participantes del grupo se plantearon las siguientes preguntas: ¿Qué se entiende por prácticas alimentarias? ¿Cómo seleccionan sus alimentos al momento de comprarlos? ¿Cómo preparan sus alimentos diariamente? y ¿Con quién come sus alimentos? Preguntas con las que se pretendió conocer las interacciones familiares con respecto a la alimentación de cada una de estas mujeres con su familia bajo su perspectiva.

Se obtuvo información relevante para los objetivos sobre el reconocimiento de los efectos de sus prácticas alimentarias, las habilidades con las que contaban para la realización de su proceso

alimentario y la cooperación familiar. Al tratarse el grupo focal de un instrumento cualitativo, su validación se basó sólo en la congruencia de las preguntas con el tema del cual se trató surgiera un proyecto de intervención. Es importante mencionar, que para el análisis de la información de tipo cualitativo obtenida del grupo focal, se utilizó el software MAXQDA versión 2011 útil para el análisis de datos, ya que ayudó a categorizar los discursos utilizando diferentes colores para cada una de las categorías lo que facilitó su interpretación, de acuerdo a categorías previamente establecidas y provenientes de los objetivos planteados desde el diseño de la intervención.

Observación directa: Fotografías y grabaciones de audio

Con cada una de las ocho familias se utilizó la observación directa de cada una de las sesiones de intervención por medio de fotografías y grabaciones de audio. Las fotografías según Mead, como lo cita Flick (2012) en su libro, son formas de registro detallado de los hechos y que proporcionan una presentación más amplia de los estilos y detalles. En este proyecto, las fotografías se emplearon para mostrar o presentar los descubrimientos realizados por el responsable del proyecto en el campo de trabajo con cada una de las ocho familias (Álvarez-Gayou, 2012). Por otra parte, de las grabaciones de audio se rescataron los discursos e interacciones entre los integrantes de la familia que luego, en forma textual permitió su análisis por medio del software ya mencionado MAXQDA versión 2011.

4.3. Análisis de la evaluación

El análisis de la información recabada por cada uno de los métodos anteriormente descritos se realizó desde un enfoque mixto. Primero un análisis cuantitativo tomando en cuenta los datos numéricos como el peso y los resultados de la EVSPA y segundo, un análisis cualitativo obtenido de herramientas como el grupo focal, fotografías y grabaciones de audio. Enseguida se muestra el análisis de cada uno de ellos.

4.3.1. Análisis Cuantitativo

Prueba *t* de Student para el peso corporal (kg)

Se utilizó la Prueba *t* de Student con el peso para comparar el antes y después de la intervención. Primero con el peso individual y luego con el peso por familia, otorgando un nivel de significancia del 95.0%. Es así, que se pueden observar en la tabla 7 los datos del peso obtenidos individualmente de cada uno de los 26 participantes del proyecto y que conformaron las ocho familias.

De acuerdo a los resultados obtenidos por el paquete estadístico SPSS versión 22, la media del peso antes de la intervención fue de 91.78 ± 21.4 DE⁶ mientras que, para el peso después de la intervención se obtuvo una media de 91.29 ± 20.7 DE. Ahora bien, en el caso del cálculo del peso

⁶ Desviación estándar

individual antes y después de la intervención la media de la diferencia entre ambos pesos fue de .49 (con un valor inferior de -.55 y superior de 1.53 y con una $DE \pm 2.59$) y $t=.968 (>.05)$ por lo que no se encuentra significancia estadística en el peso antes y después de la intervención (Ver tabla 8). Cabe destacar, que la diferencia de peso de las familias no fue un objetivo planteado en el presente proyecto, pero se utilizó para describir a las familias y sus integrantes. Además, como forma de motivación para el grupo ya que se premió a la que mayor peso logró perder durante su reorientación de prácticas alimentarias.

Tabla 7.

Peso corporal individual antes y después de la intervención

PARTICIPANTE	PESO ANTES	PESO DESPUÉS	DIFERENCIA
1	109.9	109	-0.9
2	98.3	93.3	-5
3	77.9	77.4	-0.5
4	87.6	87.7	0.1
5	130.5	130.5	0
6	93.2	92.2	-1
7	96	96.5	0.5
8	98	99.2	1.2
9	60.7	63.1	2.4
10	88.5	87.5	-1
11	116.4	109.5	-6.9
12	125	118.8	-6.2
13	75.9	77.9	2
14	87.3	88.8	1.5
15	102.2	100.8	-1.4
16	99.2	97.4	-1.8
17	68.6	68.6	0
18	71.8	70.9	-0.9
19	82.2	77.3	-4.9
20	137.9	140.5	2.6
21	100.8	102.5	1.7
22	92.1	93.2	1.1
23	44.7	45.8	1.1
24	97	97.8	0.8
25	68.8	70.5	1.7
26	76	77	1

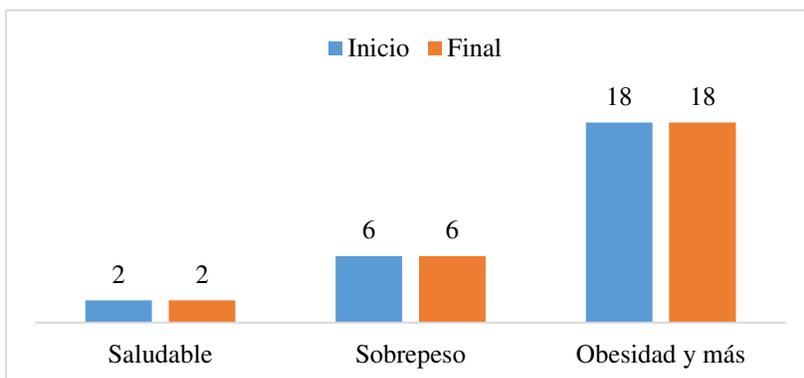
Tabla 8.Prueba *t* de Student para peso individual

Prueba de muestras emparejadas				
		t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Peso1 - Peso2	.968	25	.342

Del mismo modo, con la toma de medidas antropométricas como el peso y la estatura de cada uno de los 26 participantes del proyecto, se calculó del IMC. Fue entonces, que se encontraron los resultados que se muestran en la figura 7 que muestra el antes y después de los participantes de manera individual y que señalan a más de la mitad de las personas con obesidad, seis con sobrepeso y sólo dos del total con un peso normal. También, es notable que esa condición se mantuvo después de realizada la intervención del proyecto y ninguno de los participantes modificó su estado nutricional.

Figura 7.

Estado Nutricio de acuerdo al IMC



En relación al sexo y coincidiendo con las estadísticas nacionales que reporta la ENSANUT (2012), es mayor el número de mujeres que presentan obesidad en relación con los hombres (Ver figura 8).

Figura 8.

Sobrepeso y obesidad en mujeres y hombres



Una de las ideas de motivación para las familias de este proyecto, se basó en sumar el peso de los integrantes de cada familia y poner sobre la mesa un objetivo común, no tratarlos individualmente sino, lograr que trabajaran en conjunto para su reducción de peso. Como resultado, en la tabla 9 se muestra cada uno de los pesos por familia antes y después de la intervención y su diferencia.

Al someter los datos de la tabla 9 a la prueba *t* de Student, arrojó una media de 298.31 ± 135.08 DE para el peso por familia antes de la intervención y una media de 296.71 ± 139.10 DE para el peso por familia después de la intervención. Mientras que, para la diferencia de peso por familia antes y después se obtuvo una media de 1.6 (con un valor inferior de -4.4 y superior de 7.6 y con una DE ± 7.18) y una $t=.63$ ($>.05$) por lo que no hay significancia estadística entre el peso por familia antes y después de la intervención (Ver tabla 10). Dato que no interfiere en el cumplimiento de los objetivos de este proyecto.

Tabla 9.

Peso por familia antes y después de la intervención

FAMILIA	PESO ANTES	PESO DESPUÉS	DIFERENCIA
1	286.1	279.7	6.4
2	218.1	218.2	-.10
3	189.2	188.7	.50
4	247.2	249.8	-2.60
5	241.4	228.3	13.10
6	265.4	267.5	-2.10
7	321.8	314.2	7.60
8	617.3	627.3	-10.0

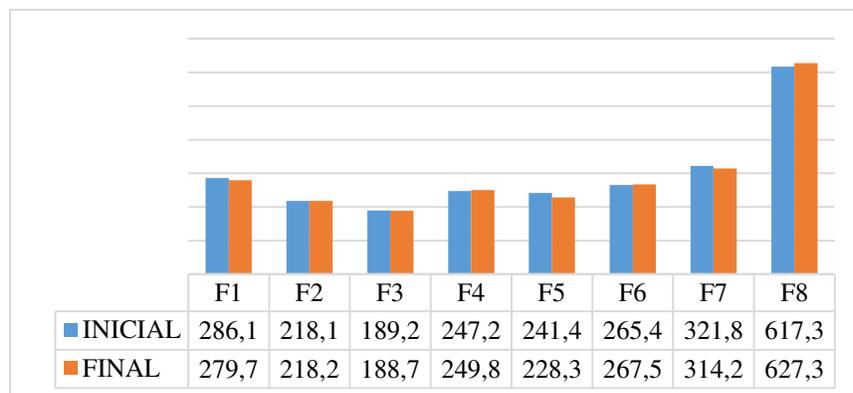
Tabla 10.Prueba *t* de Student para el peso por familia

Prueba de muestras emparejadas		t	gl	Sig. (bilateral)
Par 1	Antes - Después	.630	7	.549

De acuerdo a, los resultados del peso inicial y final de cada familia por la prueba *t* de Student se determina que no fueron significativos pero, se debe tomar en cuenta el tamaño de la muestra para realizar la prueba y la dispersión de los datos cuando algunas de las familias si bajaron y otras al contrario subieron de peso. De manera visual, en la figura 9 es relevante la disminución de peso en la Familia 5 (F5) y por el contrario el aumento de la Familia 8 (F8), a pesar de haber reorientado sus prácticas al final de la intervención de este proyecto.

Figura 9.

Peso en kilogramos por familia



Prueba de los signos de Wilcoxon para EVSPA

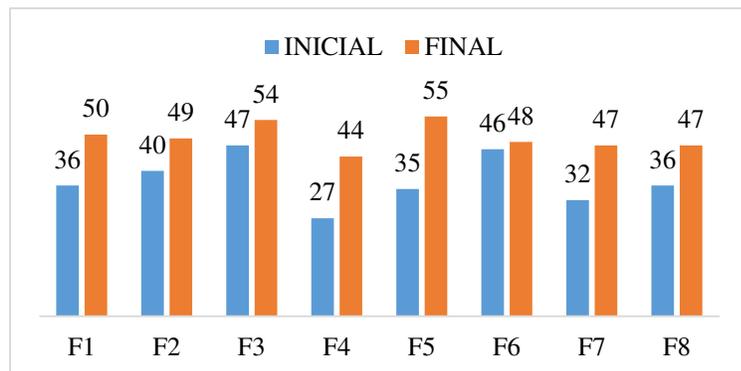
La prueba de los signos de Wilcoxon fue de gran ayuda para el análisis de los resultados obtenidos por la EVSPA. De acuerdo a la prueba, se cuenta con dos opciones 1) No hubo cambio en las prácticas alimentarias de las ocho familias después de la intervención del proyecto y 2) Sí hubo cambio en las prácticas alimentarias de las ocho familias después de la intervención del proyecto.

Para iniciar, se encuentran los resultados totales de las ocho familias (Ver figura 10) es decir, tomando en cuenta las tres categorías de la EVSPA antes y después de la intervención. Como

se puede ver, es notable el cambio en las puntuaciones de todas las familias a excepción de la familia seis (F6) que sólo aumentó dos puntos.

Figura 10.

Prácticas alimentarias totales



Los resultados obtenidos gracias a la prueba de los signos de Wilcoxon (Ver tabla 11) muestran significancia entre los datos antes y después de la intervención del proyecto por lo que el cambio en las habilidades desarrolladas se confirma en las prácticas alimentarias de las ocho familias.

Tabla 11.

Prueba de los signos de Wilcoxon para prácticas alimentarias

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre rangos con Total1 y Total2 es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los signos para muestras relacionadas	.012	Rechaza la hipótesis nula.

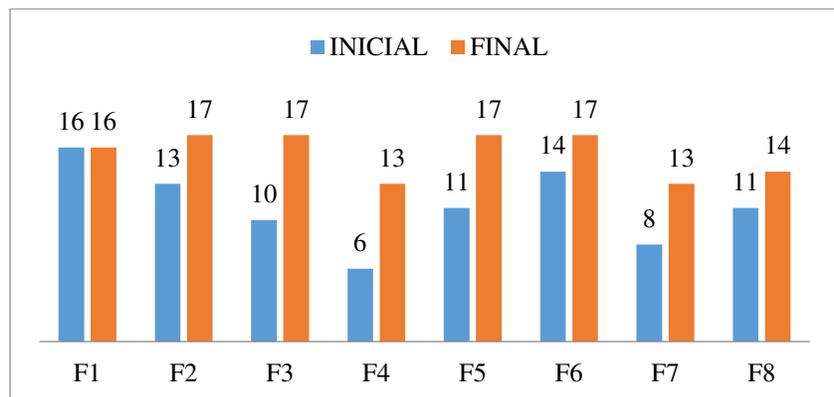
Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Ahora, pero ya de forma individual por cada una de las prácticas alimentarias que conforman la EVSPA se muestra en primer lugar la figura 11 correspondiente a la selección de alimentos. Cabe recordar, que la puntuación máxima en cada una de las categorías era de veinte puntos por lo tanto, se puede observar que algunas de las familias como la tres (F3), cuatro (F4) y siete (F7) obtuvieron la menor puntuación en comparación con el resto de las familias en cuanto a la selección de alimentos en su hogar. Mientras que, al final de la intervención fueron las familias dos (F2), tres (F3), cinco (F5) y seis (F6) quienes aumentaron la mayor cantidad de puntos en su

selección de alimentos. Por último, se destaca que la familia uno (F1) no obtuvo una puntuación baja al inicio pero aun así no aumentó al final de la intervención.

Figura 11.

EVSPA: Selección de alimentos



El resultado de la prueba de los signos de Wilcoxon para la selección de alimentos (Ver tabla 12) demuestra que sí hubo cambio en cuanto a la selección de alimentos por las familias participantes obteniendo en conjunto una $p = .018$.

Tabla 12.

Prueba de los signos de Wilcoxon para selección de alimentos

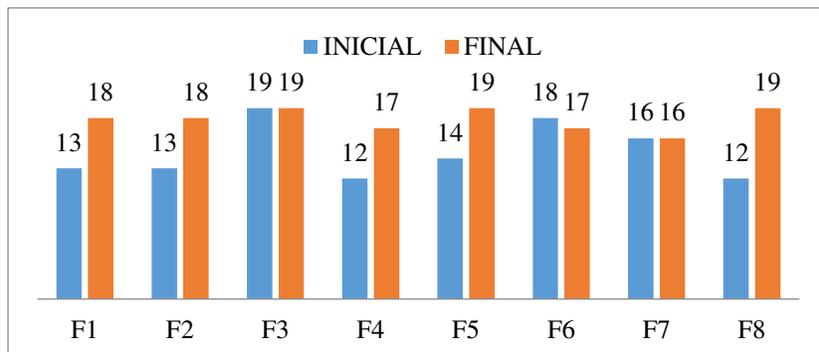
Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Seleccion1 y Seleccion2 es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.018	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Para la práctica de preparación de alimentos, se muestran los datos por familia en la figura 12, donde se pueden observar cambios positivos en las familias uno (F1), dos (F2), cuatro (F4), cinco (F5) y ocho (F8). Cambios negativos en la familia seis (F6) la cual bajó un punto después de la intervención y ningún cambio en las familias tres (F3) y siete (F7) a pesar de no tener puntuaciones bajas.

Figura 12.

EVSPA: Preparación de alimentos



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos referentes a la preparación de alimentos por familia, muestra una significancia de .040 (Ver tabla 13), por lo que demuestra que si hubo un cambio positivo en la preparación de alimentos de las familias participantes luego de la intervención del proyecto.

Tabla 13.

Prueba los signos de Wilcoxon para preparación de alimentos

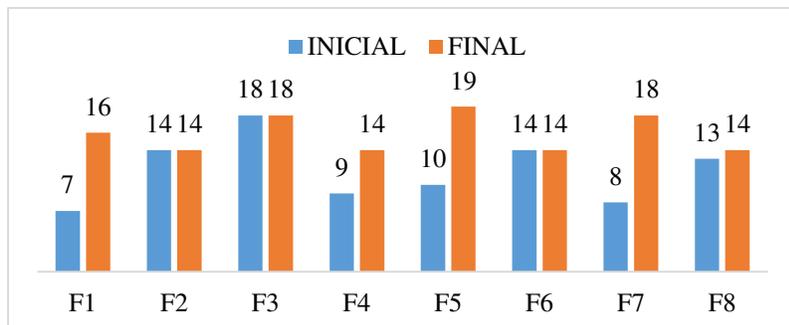
Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Preparacion1 y Preparacion2 es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.040	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

Por último, del consumo de alimentos como parte de las prácticas alimentarias se obtuvieron los resultados que se observan en la figura 13. En ella, las puntuaciones más bajas antes de la intervención las obtuvieron las familias uno (F1), cuatro (F4), cinco (F5) y siete (F7) y en las que más cambio se observó después de la intervención del proyecto fueron las familias uno (F1), cinco (F5) y siete (F7). Además, se encontraron familias que no aumentaron sus puntuaciones a pesar de la intervención y entre ellas están las familias dos (F2), tres (F3) y seis (F6).

Figura 13.

EVSPA: Consumo de alimentos



Luego, de la prueba de los signos de Wilcoxon se encontraron cambios que sí fueron significativos con un resultado de .042, por lo que se demuestra que se realizó un cambio en la práctica alimentaria que respecta al consumo de alimentos de las ocho familias participantes del proyecto (Ver tabla 14).

Tabla 14.

Prueba de los signos de Wilcoxon para Consumo de alimentos

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Consumo1 y Consumo2 es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.042	Rechace la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significancia es .05.

4.3.2. Análisis Cualitativo

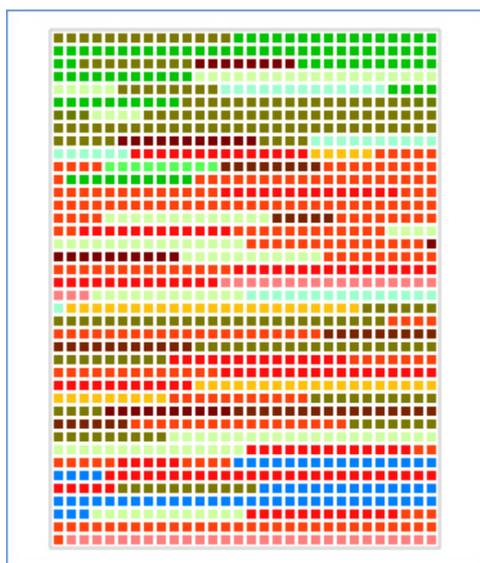
Dentro de la evaluación cualitativa, se inició con un grupo focal como ya se describió anteriormente tomando en cuenta sólo a las ocho mujeres de las familias de este proyecto de intervención. De acuerdo a las dimensiones, categorías y subcategorías definidas dentro del Software MAXQDA se obtuvieron los siguientes retratos de cada uno de los grupos en forma general (Ver figuras 14 y 16). Para reconocer a cada uno de los participantes se les colocó una etiqueta de acuerdo a la posición que representan en su familia es decir, mamá, papá, hijo mayor, hijo menor, hermano, etc., y se le agregó el número de familia a la cual pertenecen quedando un ejemplo de la siguiente manera: Mamá, F7 correspondiente a la mamá de la familia número siete, y se encontrará al terminar cada discurso.

Grupo focal inicial

Del grupo focal inicial, se puede destacar en el retrato (Ver figura 14) que las categorías dominantes por color son las relacionadas al consumo de alimentos (café claro), luego la selección de alimentos por salud (naranja), la selección de alimentos por gusto (rojo) y la preparación de alimentos por gusto o antojo (verde claro). En contraste, las categorías que tuvieron menor cantidad de discursos fueron el tiempo en la preparación de alimentos (amarillo) y la selección de alimentos por oferta (azul claro). El obtener un retrato completo del grupo focal inicial sirve como punto de comparación visual para cada una de las categorías con las que se trabajó antes y después de la intervención.

Figura 14.

Retrato del grupo focal inicial

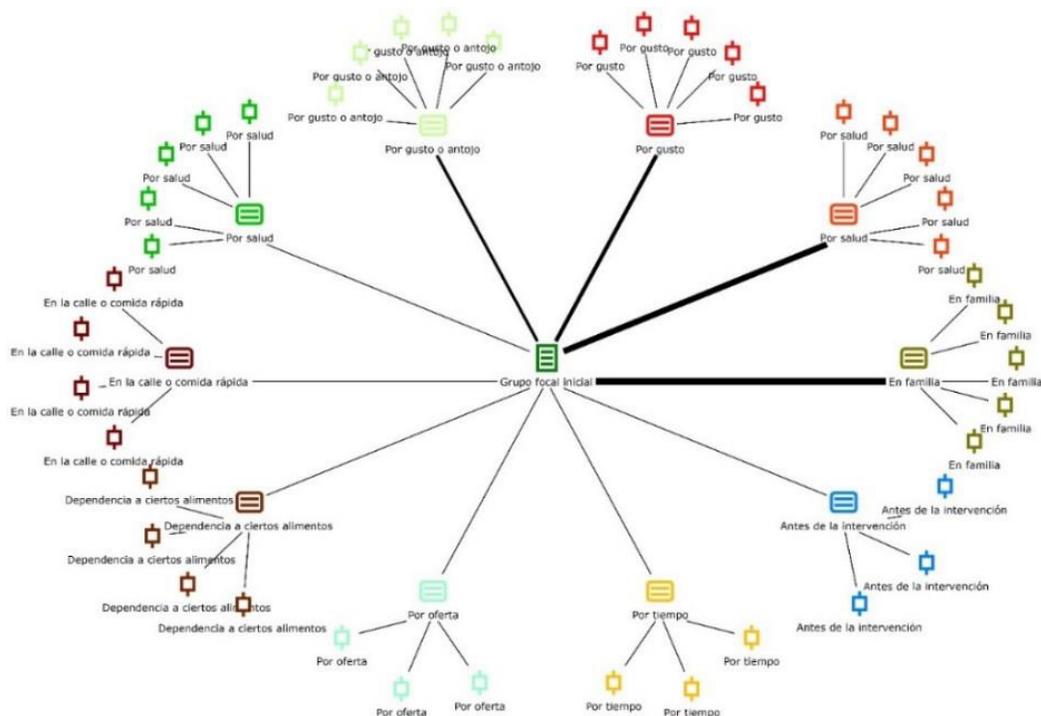


Del mismo modo, pero a mayor detalle podemos observar en el mapa (Ver figura 15) las categorías correspondientes al grupo focal que se aplicó al inicio sólo con las mujeres, siendo el consumo en familia la categoría con mayor cantidad de discursos (se aprecia con la línea más gruesa), luego la selección de sus alimentos por salud, seguido por gusto y en ese orden la preparación de alimentos por gusto o antojo. En cambio, las categorías que representan la menor cantidad de discursos (línea más delgada) fueron el tiempo en la preparación de alimentos y el seleccionarlos por oferta.

Retomando cada una de las categorías predominantes en cantidad de discursos, la categoría referente al consumo de alimentos en familia se colocó en primer lugar. Los discursos surgieron en respuesta a la pregunta ¿Con quién come sus alimentos? Y se dividieron en dos subcategorías como se describe más adelante en cada uno de los discursos.

Figura 15.

Mapa del grupo focal inicial



El consumo diario en familia del cual surgen los siguientes discursos de las participantes: “Los que comemos ahí son mi esposo de 52 años y mi hija de 14 (años) de **lunes a viernes** (Mamá, F1)... Acostumbramos los **siete días de la semana** a desayunar, comer y cenar juntos (Mamá, F7)”.

El consumo en familia los fines de semana se distingue por los discursos: “**Domingo** es el único día que comemos juntos por cuestiones de trabajo (Mamá, F6)... **Los domingos** tengo casa llena (Hija mayor, F8)”.

En segundo lugar, de la pregunta ¿Dónde y cómo seleccionan sus alimentos? Se mostró que para las mujeres es importante una selección de alimentos por salud, aunque también mencionan que seleccionan o seleccionaban sus alimentos por gusto y lo señalan en los discursos referentes a selección de alimentos por salud como: “Compro en HEB⁷ o en SORIANA⁸ **busco lo más fresco** frutas y verduras y la carne (Mamá, F1)... Antes no compraba tanto pescado, el sábado

⁷ Tienda de auto servicio

⁸ Tienda de auto servicio

es de cajón comprar pollo, ya consumimos más pollo y pescado que antes (Hija mayor, F8)... Compro tacos trato, de decirle al taquero que **no los pase por el aceite** (Mamá, F7)”.

De la selección de alimentos por gusto comentaron que “Ya no me voy al pan y a las tortillas, **antes era comprar pan**, 2 kg de tortillas, muchos embutidos, chorizo, latas, atún, champiñones, hojuelas de papa, aceite de oliva o Nutrioli⁹ (Mamá, F1)... Antes comprábamos cada quien sus cosas, ahora consumimos más atún, más pescado, más pollo, ya no galletas ni bolillos, **ahora ya escogemos lo que es más sano para nosotros** (Mamá, F1)”.

En tercer lugar, por orden de saturación de discursos está la categoría de preparación de alimentos en la cual la pregunta ¿Cómo preparan sus alimentos en casa? ayudó a conocer que las mujeres los preparan de acuerdo al gusto o antojo y en ella se encuentran los siguientes discursos: “Antes **cocinaba** papas con **mucho aceite** para que no se peguen y luego lo reciclaba para utilizarlo más de rato (Mamá, F4)... Antes eran los chiles rellenos y que **doble empanizado** y las milanesas empanizadas y las papas ya saben cómo (Mamá, F7)... Antes **sí usaba mucho aceite**, en los frijoles, en el huevo, me comía el pellejito del pollo (Mamá, F2)... También antes **usaba mucho aceite 2 o 3 litros por quincena**, no podían faltar los frijoles refritos con totopos, salchichas doradas, ayer fue huevo con salchicha para las niñas con tortillas de harina y para mi quesadillas (Mamá, F1)... Mi cambio es el consumo de aceite porque los frijoles cuando los iba a freír pues le ponía el **chorro de aceite** (Mamá, F2)... Los frijoles refritos eran bien sabrosos, los frijoles que le llaman chinos que se despegan del sartén (Mamá, F4)... Era mucho de lampreado **porque me gusta** (Mamá, F7)... Sí, porque **sí me gustaba mucho guisar con mucho aceite**, el huevo estrellado con bastante aceite para que no se me pegara (Mamá, F6)... Antes consumíamos **mucho lo empanizado**, lo lampreado, las papas fritas, las hamburguesas (Mamá, F7)”.

En una de las participantes se pudo observar que la preparación de alimentos ya se realiza en función de cuidar su peso corporal y se muestra a continuación:

“En esta semana se me antojaron chiles rellenos pos’ nada más asé el chile poblano lo limpie y todo y le encasqueté puro queso panela y así o sea nada más para **quitarme la tentación** pero pues ya se quitó todo lo frito” (Esposa, F5).

Tomando en cuenta los discursos anteriores, se puede notar una repetición en la palabra “antes” y es importante recordar que las ocho mujeres participantes del proyecto, ya tenían un año de trabajo con el grupo de ayuda mutua por lo que algunos de sus discursos son en referencia a los conocimientos ya adquiridos durante ese periodo. No obstante, al momento de revisar los discursos del grupo focal final después de la intervención de este proyecto, se podrán encontrar algunos otros discursos que también se modificaron en favor de nuevos conocimientos y habilidades adquiridos

⁹ Marca de aceite vegetal

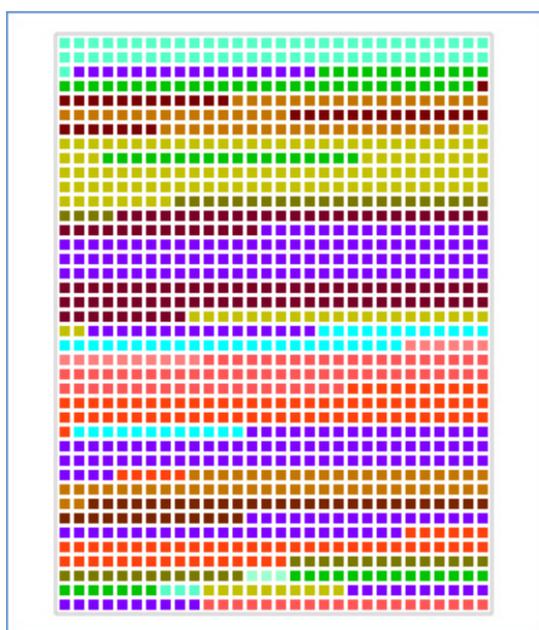
durante el proceso.

Otro punto importante, es que en la mayoría de los discursos expresados por las mujeres, se menciona el consumo elevado de aceite o grasa en sus preparaciones cosa que reconocen como negativa para su salud. Sin embargo, forma parte de las preparaciones que más antojo les generaban o como estrategia para evitar que se pegaran en la sartén.

Grupo focal final

Figura 16.

Retrato del grupo focal final



En el segundo retrato, que corresponde al grupo focal final se puede observar (Ver figura 16) una variación en los colores lo que indica una modificación en los discursos obtenidos de cada una de las categorías anteriores siendo en mayor cantidad la que representa a la categoría de la cooperación familiar después de la intervención (morado), seguido de la modificación de las preparaciones o cantidades de alimentos (café claro) y por emociones (amarillo) en orden de saturación de discursos. Al contrario, las categorías que sumaron menor cantidad de discursos en este grupo focal fueron la influencia social o familiar en el consumo de alimentos (morado oscuro y rosa respectivamente) y el consumo de alimentos en la calle o comida rápida (rojo oscuro).

Luego, se pueden distinguir en la figura 17 cada una de las categorías ya mencionadas anteriormente como predominantes con cada uno de los discursos más representativos de ellas. En primer lugar, destaca la categoría de la cooperación familiar después de la intervención (línea más gruesa) lo que significa un mayor apoyo por parte de las familias hacia el proceso de alimentación

a excepción de uno de los discursos como se puede ver a continuación: “Ahora ya me trae (el esposo) esos Veggies chips¹⁰ que antes ni sabía que existían ya de perdido sin tanta grasa (Mamá, F6)... Yo siento que necesitas motivación eso es muy importante, ahorita gracias a Dios mi familia me está apoyando mucho, me dicen **¡tú puedes!** (Mamá, F1)... Mi hija me dijo que se estaba yendo a las arboledas, que hay clases a las ocho y me dijo **vamos mamá** (Mamá, F7)... Yo **tengo que estar sana** porque yo me preocupo por las cosas de mi hermano, de mi mamá pero también me preocupo por la mía (Mamá, F6)... **No hay cooperación**, todo mundo está a dieta el lunes pero ya para el martes andan que si vamos a las tostadas y se cayó todo el sistema (Hija mayor, F8)”.

Otras de las participantes comentan:

“La más chiquilla (hija) me dice mamá cómo mis hermanos si pueden comprar una cerveza, un fin de semana se gastan no sé 500 pesos entre los tres y tú te vas a gastar esos 500 pesos en un mes y ellos en un ratito, porque no pensar en ti quererte un poquito, no pienses, esto es por tu salud, **la alimentación es por tu salud**. En este caso es mi hija de 17 años y luego escucha mi esposo y me dice sí **échale ganas** y cuando estoy comiendo me ve y me dice te doy tu vaso de agua, antes saca un refresco ahora no” (Mamá, F7).

“**En mi casa sí se siguen cuidando**, ya la grasa no, no tanto refresco, mi esposo sí pero ya se mide y luego pues anda bien gustoso porque como andaban pendientes los exámenes de laboratorio y salió bien, porque ya vez que él es de menudo, barbacoa, chicharrones de la Ramos¹¹. Si se fija que sí es mucha grasa, **se está midiendo** con la coca, dejó de comprar pingüinos¹²” (Mamá, F7).

“**A mi marido su cargo de conciencia no lo deja** pero me lo dice o me dice ¿porque te lo vas a comer así ahorita tú? Es que a mí no me pasa la lechuga me siento conejo, pues me siento marranita le dije más vale que te sientas conejo ándale y dice bueno” (Mamá, F2).

La siguiente categoría que mostró un número de discursos elevado fue la referente a la modificación de las preparaciones o en la cantidad luego de la intervención del proyecto, encontrando que algunas de las familias si modificaron su forma de preparar la comida o redujeron la cantidad de su porción. Los discursos más destacados se muestran a continuación: “Ahorita **la comida ya es más casera** y de repente no creas sí se da uno sus escapaditas pero ya sientes como que remordimiento (Mamá, F7)... **Mi esposo ahora en la mañana ya está comiendo fruta** porque hasta en el trabajo le dijeron: en lugar de traer cacahuates tráete fruta, y ahora si va y compra a Soriana¹³ y lleva la sandía y coctel para los del trabajo (Mamá, F6)... Yo no estoy tan peleada con la comida porque por ejemplo **yo sí lo como pero poquito** (Mamá, F3)... El otro día que fui a

¹⁰ Botana parecida a las papas fritas pero en presentación saludable.

¹¹ Carnicería local

¹² Pastelito de chocolate relleno de crema

¹³ Tienda de autoservicio

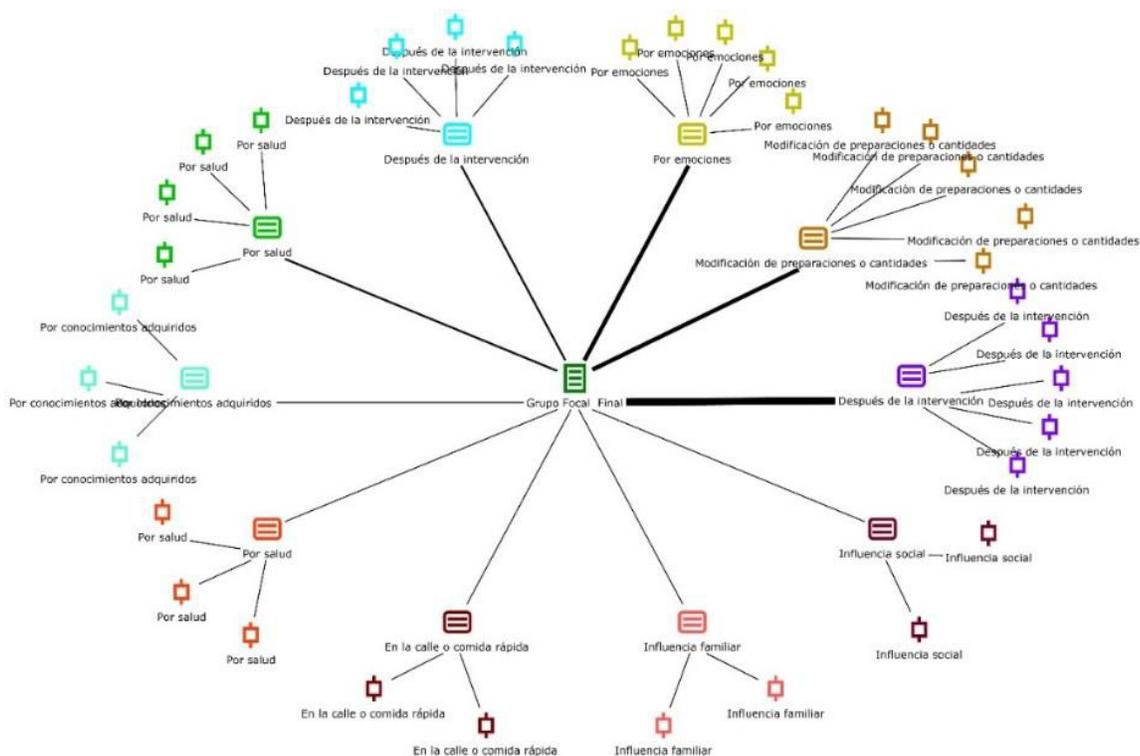
comer una hamburguesa **no tomé refresco ni pedí papas** (Hija mayor, F8)...Si me como una tortilla no me como el arroz, por decir si yo comí arroz ya no como tortilla (Mamá, F3)”.

Una de las participantes comenta las acciones que lleva a cabo:

“Es que a veces vas a algún lado y van a llevar cosas que yo no como y esto (su comida) **siento que me lo puedo yo llevar y no comer de lo que la gente coma**, por si se presenta una reunión o algo” (Mamá, F2).

Figura 17.

Mapa del grupo focal final



Otro aspecto importante, que no se había contemplado al inicio de este proyecto fueron las emociones o sentimientos que llevan al consumo de alimentos, ya que al trabajar con prácticas alimentarias estamos hablando de una acción rápida que se puede estar trabajando constantemente. Pero al llevar a cabo la reunión del grupo focal final algunas de las ocho mujeres expresaron lo siguiente: “Otra cosa que he notado es que cuando está comiendo uno por desesperación, come uno muy aprisa y lo siento cuando estoy **comiendo con ansiedad** (Esposa, F5)... Aunque hayamos aprendido a comer le tenemos **miedo** a la comida” (Mamá, F6).

Sin embargo otras de las participantes mencionan:

“Al principio yo creo que **me mortificaba mucho** en hacer la dieta, hacer la dieta, y no se trata de eso, es saberte alimentar, y ya después lo que hice es que no me mortifiqué me lo tomé más ligero y dije voy a comer” (Mamá, F4).

“Yo siento en lo personal que intento y hasta **estoy presionándome** que yo puedo que no me va a ganar la tentación y hago el caldito y empiezo con el desayuno bien y todo pero me gana el problema y me tensiono más, de que ¡chin! me doblé y no pude seguir” (Mamá, F7).

“Vamos a decir que hice el almuerzo y la comida bien, pero ya para la tarde me comí el pan y ya para la noche sin poder dormir de ¿por qué me doblé? y me hace que **me estrese** más y más y más. Y **es ansiedad a comer** en lo personal” (Mamá, F7).

DIMENSIONES, CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

En este apartado, se puede observar cada uno de los mapas que describen las principales dimensiones que guían cada uno de los objetivos de este proyecto, luego las categorías y subcategorías que surgieron tomando en cuenta un panorama general tanto de las mujeres como de sus familias. La información de la cual se obtienen los discursos proviene de los grupos focales con las mujeres antes y después de la intervención como ayuda para hacer un comparativo.

Dimensión 1: Reconocimiento sobre los efectos de las prácticas alimentarias

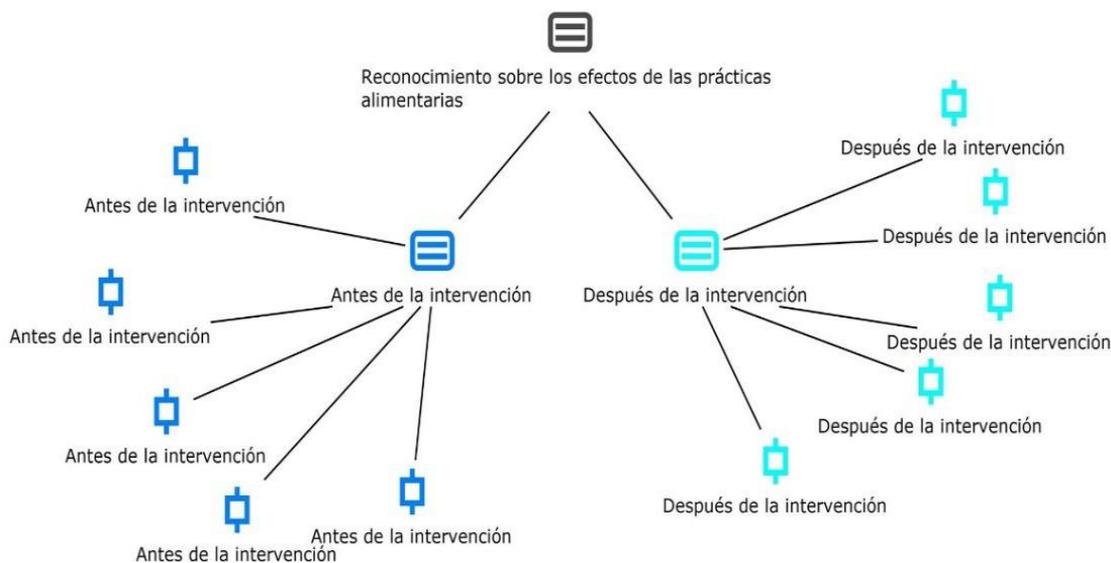
El reconocimiento sobre los efectos de las prácticas alimentarias es la primera dimensión que surgió antes y después de la intervención con las familias (Ver figura 19) se pudo conocer gracias a los discursos tomados de las ocho mujeres antes y después de la intervención. Era importante conocer antes de la intervención cómo es que estas mujeres percibían el proceso de alimentación en sus familias. Pero también, saber si al final su percepción había cambiado o se había notado algún cambio con su familia. Los discursos fueron tomados del grupo focal inicial con las mujeres y del grupo focal final, aplicado también sólo con ellas. La intención de conocer los discursos antes y después, era observar si ocurrió algún cambio en sus discursos en cuanto al reconocimiento de sus prácticas alimentarias en su salud.

En la figura 18, se muestra el mapa de la dimensión del reconocimiento sobre los efectos de las prácticas alimentarias y las categorías analizadas de antes y después con las ocho mujeres

que respondieron a los dos grupos focales. Luego en la tabla 15, se desglosan cada uno de los discursos más representativos correspondientes a algunas de las ocho mujeres.

Figura 18.

Mapa del reconocimiento sobre los efectos de las prácticas alimentarias



De acuerdo a la tabla 15, los discursos se pueden observar muy similares antes y después es decir, las mujeres ya reconocían algún efecto negativo o positivo relacionado con su alimentación actual o pasada que les ocasionaba síntomas en su salud. Lo anterior, debido a que las mujeres ya tenían un trabajo previo en relación a su alimentación y estilo de vida, por lo que los cambios no se pudieron hacer evidentes. Se puede destacar, que las mujeres reconocen los efectos que las prácticas alimentarias negativas tienen sobre su salud, sin embargo, no siempre realizan el cambio positivo y están conscientes de ello al declarar que saben que están haciendo las cosas mal.

Esta situación pudiera suceder ya que como lo comentaron ellas mismas al detectar la necesidad de una intervención familiar, el apoyo de su familia en el proceso de alimentación es de vital importancia para mantener los cambios a largo plazo. De igual manera, el tener mayor cantidad de personas involucradas en el proceso de alimentación puede generar mayor motivación para seguir o por el contrario mayor complicidad al momento de no cumplir.

Tabla 15.

Discursos del reconocimiento sobre los efectos de las prácticas alimentarias antes y después

Participante	Antes	Después
Mamá, F6.	“Sí, porque sí me gustaba mucho guisar con mucho aceite, el huevo estrellado con bastante aceite para que no se me pegara y pues les afectaba a mis hijos también”.	“Yo siento que no hemos aprendido bien , porque luego uno come y dice la estoy regando”.
Mamá, F4.	“Afecta bastante porque me di cuenta que la semana que subí (de peso) es porque me sirvo otro poquito una cucharita y media y ya, pero era más entonces no era el plato era más y ahora aumenté ”.	“Porque lo que estoy comiendo yo sé que está mal ”.
Mamá, F2.	“Que tú digas galletas Chokis (galletas con chispas de chocolate) o así no, entonces ¿por qué estamos así? (señalándose a sí misma con obesidad) jajaja (risas)”.	“Porque estamos enfermas, obesidad igual a enfermedad , estamos enfermas somos obesas anónimas”.
Mamá, F1.	“Dije mejor tostadas, yo llevaba los frijoles y la lechuga, le puse el queso y se me hizo fácil echarle la salsa de la que tenían ahí y ándale que anoche ya me andaba, hasta me tuve que tomar un sal de uvas (auxiliar para indigestión), traigo hasta acá (cuello) el picor”.	Espagueti ya no, esa vez que me comí el plato de fideo que mal me sentí ”.
Hija mayor, F8.	“Pero si vemos que a papá le afecta algo (la alimentación), así más bien por él, no sé si te dijeron pero papá ha estado malo últimamente, a lo mejor sentimos que si le afectan ciertas cosas (alimentos) por su presión alta o porque padece del corazón cosas así”.	“Y no importa si está uno delgado , porque si como de una cosa me puede dar esto o de otra me puede dar aquello”.
Mamá, F7.	“Por decir, ahora yo me quedo con esa idea en la mañana, digo: ok si me preparo cualquier cosita que sea dulce se me va a formar en grasa ”.	“Por ejemplo: cuando uno come bien sano hace bien bonito del baño ”.

Dimensión 2: Habilidades en las prácticas alimentarias

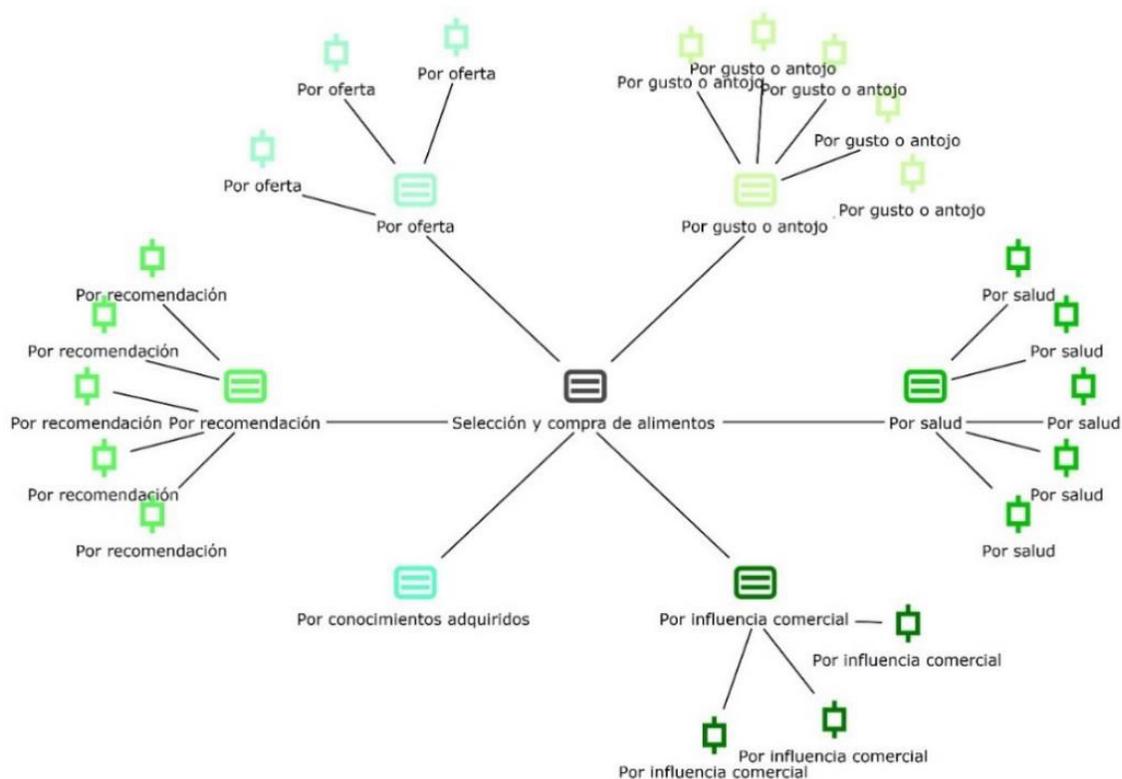
Las habilidades en las prácticas alimentarias fue la segunda dimensión que surgió luego del análisis de la información y en ella se distinguen 3 categorías como selección, preparación y consumo cada una de ellas con sus respectivas subcategorías.

Selección de alimentos

Esta primer categoría generó seis distintas subcategorías que son: por salud, por gusto o antojo, por oferta, por recomendación, por conocimientos adquiridos y por influencia comercial, que a la vez se pueden tomar como factores que intervienen en el proceso de alimentación y que surgen desde los participantes de este proyecto por medio de la técnica de clarificación del modelo centrado en la tarea. En la figura 19 se muestra la incidencia de discursos por cada una de las subcategorías y se describen más adelante algunos de los discursos más representativos en los que ya intervienen algunos integrantes de las familias.

Figura 19.

Mapa de la selección y compra de alimentos



Por salud. En esta subcategoría se tomaron en cuenta discursos en los que se visualizara alguna preocupación por los beneficios o consecuencias que un alimento le puede provocar a la

salud de la persona. Dentro de ellos, los discursos incluyen alimentos seleccionados por su contenido de vitaminas, fibra o algún otro nutriente. También, el no seleccionar alimentos por antojo o abstenerse de seleccionarlo cuando ya era un hábito para la persona. Entonces, podemos ver los siguientes discursos y que representan esta categoría: “Yo ya me acostumbré a que pasa (camioneta del pan) y se para y ya **no tengo las ganas** de comprarle, porque yo sí compraba pan de dulce (Mamá, F3)... Ahora **traemos todo eso de lo light**, mira el yogurt 0% grasa... **No necesariamente tienes que gastar mucho para comprar comida sana**, ella (la hermana) llega y me dice mira gasté 39 pesos y todo lo que compré (Hijo mayor, F8)... **Nunca compro pastas**, sólo pan integral y arroz (Esposa, F5)... Yo **la verdad sí compro más frutas y verduras**, lo que es de temporada, plátanos mandarinas... y **en las etiquetas me fijo** que no tengan tanto sodio, en eso si estoy más que identificada viendo siempre cuantas calorías, cuanta grasa (Mamá, F7)... Yo por ejemplo, ya **me fijo mucho que no traigan azúcar**... En vez de comprarle (a su hija) Negritos¹⁴ le compre galletas de avena de Quaker¹⁵ todo se come ella (Hija mayor, F7)... En ocasiones vamos a desayunar a restaurantes, **yo intento elegir fruta con yogurt y queso cottage** (Mamá, F6)”.

Entre otros discursos que mencionan:

“Ya hice muchos cambios nuevos por ejemplo, antes compraba margarina ahora no, ya es mantequilla, el aceite ya es del de oliva, **haciendo cambios saludables ya me di cuenta que la salud es lo importante...** **Siempre tengo mucha fruta** y cuando andamos en el súper ahora me llevé a mi hija y le digo: ándale para que veas que contienen los productos, ella con las galletas ya sabes, ahora no compramos cereal le dije mijita ya no” (Mamá, F1).

“Los quesos ya que sean light, la leche light, si quiero comprar francés (pan) pido del integral, el aceite que sea Nutrioli o que sea de soya, la mayonesa light, atún light, las almendras, las nueces ya casi todo procuro light, el yogurt que yo consumo también es light, procuro el jamón también y los quesos que no tengan mucha grasa, chorizo de pavo jamón de pavo. **Me fijo en que sean productos light y que no sean grasosos**” (Mamá, F7).

Por gusto o antojo. Aquí, principalmente se pueden observar la selección de alimentos altos en contenido de azúcar o grasa y preparaciones tradicionales que generan un cierto grado de placer al consumirlas. Entonces, y como mencionaba Contreras (2002) el uso de los alimentos va más allá de nutrir el cuerpo y tiene connotaciones de bienestar, de ejercer poder, negocios, expresar amor y cariño entre otros como lo demuestran los siguientes discursos: “**Mi esposo compra sus pingüinos** (Mamá, F7)...**Antes no nos cuidábamos**, de hecho mi papá es el que no se cuida se escapa a la tienda por sus galletas (Hija mayor, F7)... **Compraba 2 ó 3 litros de aceite Nutrioli**¹⁶

¹⁴ Pan dulce con cubierta y relleno de chocolate.

¹⁵ Marca de cereales y galletas.

¹⁶ Marca de aceite vegetal

por quincena porque todo lo hacía frito o lampreado (Mamá, F1)...Compraba mucha chatarra cacahuates, frituras (Papá, F7)... **Antes compraba 8 litros de coca**¹⁷ y era estar tomando coca de la normal después compré la light (Mamá, F1)... Sólo el niño (hijo) **sí compra su bolsa de papas** pero así no mucho (Hija mayor, F8)...Cuando vas **con hambre le hechas de todo al carrito** (Hijo mayor, F8)...Te voy a ser bien franco porque **sí traigo pan** (Hijo mayor, F8)... Porque ya me la sé, **cuando no como estoy más antojada y agarro cosas** y es más de lo que está en la barra que chorizo, longaniza y ahí andan detrás de ti (Mamá, F1)...Yo (esposo) para que me entienda, **compro uno de seis pingüinos, unas conchitas y unos cacahuates** y eso me dura toda la quincena solo para mí, no les doy (Papá, F7)".

Finalmente dos participantes comentan al respecto:

“Antes era **cada quien su caja de galletas** con chocolate con chispas y los cereales muy diferentes a los que ahora consumimos, que el Chocokrispies¹⁸ que las Zucaritas¹⁹ y ahora ya no” (Mamá, F1).

“Sí me desayuno un sándwich pues con papitas, porque así no se me antoja sólo en la mañana, o sea con papitas y luego papitas en la mañana y esas me llevan a la coca o al jugo. Entonces digo, bueno en la mañana un yogurt pero luego me fastidia yo prefiero leche sola o con Chocomilk²⁰, **la leche sola me lleva al pan o a la galleta**, porque con sándwich no” (Hija mayor, F7).

Por oferta. Otro aspecto importante para las familias, es seleccionar alimentos por el precio en el mercado debido al ingreso económico que cada una reporta. Al respecto, en sus discursos mencionan seleccionar sus alimentos en el lugar que comparado con otro similar ofrezca los precios más bajos en el mismo producto y como se puede observar los siguientes discursos hacen alusión a ello: “Mi mandado lo compro en Wal-Mart, frutas, la carne, a menos que vea la naranja **en oferta** en otra parte (Mamá, F1)...Compró la verdura en el HEB o a veces en el mercadito, el pollo y la carne también en el HEB mi hijo ahí trabaja y aprovecha (Mamá, F6)...**Donde se me presenta una oferta los compro** ahí, pero antes no checaba si contenían azúcares sobre todo la sal y calorías (Mamá, F1)... Lo que está caro en el súper lo compro en el mercadito (Mamá, F4)... No compro casi pechuga porque también **es muy cara**, compro muslo (Mamá, F2)".

Otra de las participantes refiere que:

“Yo le digo que a mí sí me gusta, pero **está muy caro** y cuando lo trae le digo: mira te costó esto y no nos va a durar nada él compra el Wonder²¹, **yo compro el chafita** pero está

¹⁷ Refresco de cola

¹⁸ Cereal de arroz inflado con chocolate

¹⁹ Hojuelas de maíz azucaradas

²⁰ Polvo sabor chocolate

²¹ Marca de pan integral

más grande, me dura más, adorna más el lonche” (Mamá, F2).

Por recomendación. Se tomaron en cuenta los discursos en los que se menciona a alguna persona ya sea profesional, promotor de supermercado, conocido o familiar que recomiende un alimento motivando a su selección. Fue así, que se encontraron los siguientes: “El doctor de mi esposo **le recomendó** el Mazola²² y ése es el que compro (Mamá, F1)...De la sal ya **me recomendaron** que utilice más la de grano (Mamá, F4)...También estoy utilizando sal baja en sodio, pero **me recomendaron** el Vegesal²³ (Mamá, F6)...Vamos aprendiendo, por ejemplo **mi suegra me dijo que el aceite de oliva es mejor** que no lo caliente, ya que se hace igual a uno normal, entonces ahora lo utilizo para aderezar (Mamá, F6)”.

Como se puede observar en los discursos, las recomendaciones son varias y en la mayoría de las ocasiones se toma en cuenta para la selección del alimento.

Por conocimientos adquiridos. Surgió debido a que las ocho mujeres parte del proyecto ya contaban con un proceso previo de aprendizaje en su alimentación y al revisar algunos de los discursos se pudo constatar si el conocimiento adquirido se interiorizó para un cambio positivo en su alimentación. Al respecto, se pueden observar los siguientes discursos: “La despensa, **que ya sabíamos lo que comprábamos**, ya no había comida chatarra, el aceite de oliva, lo que es integral” (Mamá, F7).

Del mismo modo otra participante dice que:

“**Se nos quedó muy grabado**, este pan integral tiene estas calorías esto tiene menos, eso nos ayudó mucho porque vimos la etiqueta que no es lo mismo que a veces no le alcanzamos a leer que porciones que esto que lo otro, ya no lo escoges nada más al ahí se va” (Mamá, F2).

Son pocos los discursos recuperados en este sentido, lo que puede determinar que no se han adoptado cambios en los hábitos de alimentación a pesar de los conocimientos que adquirieron durante su tratamiento.

Por influencia comercial. Destaca principalmente a los medios masivos de comunicación que buscan que los productos que se ofrecen conecten con la población, se integre socialmente y sea aceptado como símbolo de felicidad (Vélez y Gracia, 2003). Así como lo mencionan los autores, los discursos que a continuación se presentan confirman la influencia comercial en la selección de alimentos: “**Como en el comercial** de los Snickers²⁴ que te pareces a mi suegra ya le

²² Marca de aceite vegetal

²³ Sustituto de sal

²⁴ Marca de chocolate con cacahuete

dan su chocolate y se le quita (Papá, F2)...A veces compramos **lo que dice** que supuestamente no tiene azúcar o colesterol etc. pero no siempre es lo mejor (Mamá, F6)”.

En este aspecto otro participante comenta:

“Yo lo que sí papitas y esas están de sodio hasta el tope, pero es que el antojo y luego le **pasan a uno los anuncios** de Mc Donald’s²⁵ que hasta se le está escurriendo, ve uno una muchacha que para mí es completamente anoréxica y la muchacha se le escurre la grasa de la hamburguesa” (Papá, F2).

Preparación de alimentos

Como segunda categoría de las habilidades en las prácticas alimentarias y la cual arrojó cinco distintas subcategorías. En las cuales, las familias aportaron información importante por medio de sus discursos durante la intervención del proyecto. Dichos discursos fueron rescatados por grabaciones de audio en cada una de las visitas a su casa. Las subcategorías (Ver figura 20) fueron la preparación de alimentos por salud (color naranja), por gusto (color rojo), por tiempo (color amarillo oscuro), las preparaciones diferentes (color amarillo claro) y por influencia familiar (color rosa) y son descritas a continuación.

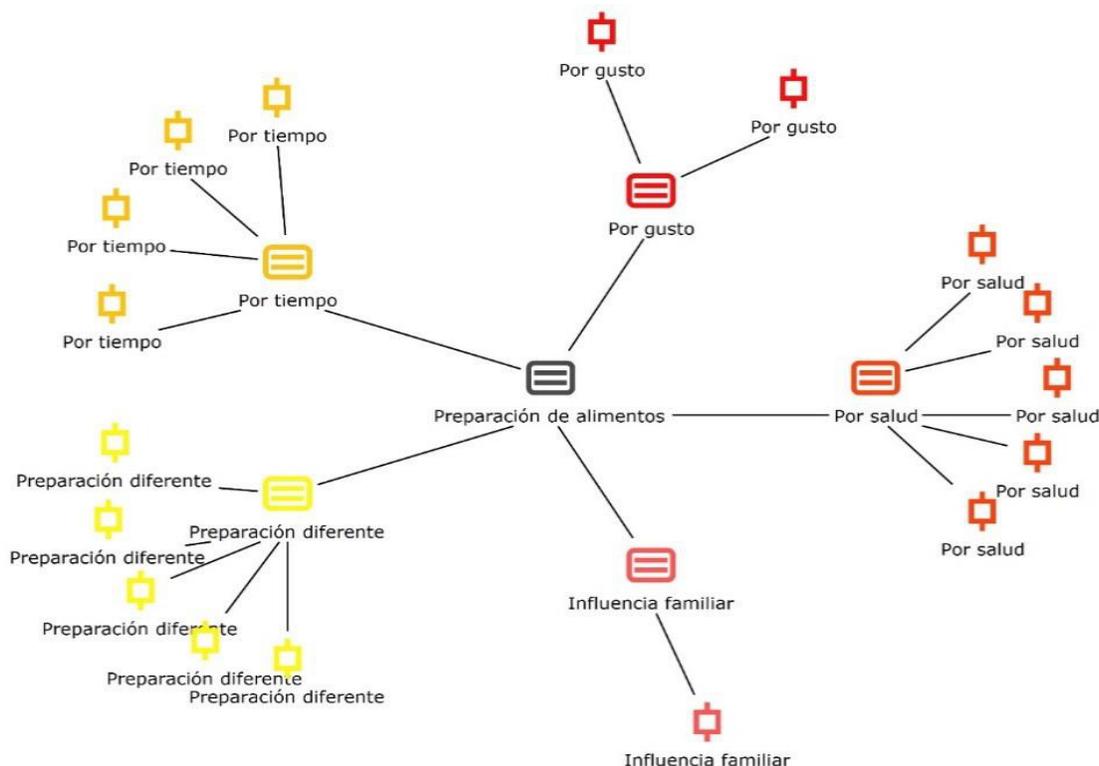
Por salud. Es una parte importante para las familias por lo tanto algunas de sus preparaciones son en función de ello. Las características principales encontradas en los discursos son la disminución de preparaciones con alto contenido de grasa como los empanizados, lampreados o fritos. Por el contrario, se pueden encontrar discursos en los que se mencionan preparaciones a vapor, a la plancha en aluminio que no necesitan de la adición de aceite o en muy poca cantidad como se muestra en sus discursos: “**No cocino con mucho aceite**, no hago carnes doradas ni utilizo mucho aceite (Mamá, F3)...Yo **siempre cocino al vapor** y desde antes siempre he cocinado en el horno (Mamá, F3)...Ya me dura más el aceite, porque ya cocino al vapor, condimentos: sal, pimienta, comino, sal de mar... (Esposa, F5)...Desde que entré aquí, compramos una vapererita y ahí **cocemos la verdura**, cocemos brócoli, zanahoria, ejotes (Mamá, F7)... O sea realmente el plato fuerte de él (esposo) y mío es la comida entonces trato de que **no haya empanizados** que es lo que creo yo me estaba engordando, el empanizado, las papas fritas, la tortilla de harina (Mamá, F7)...Le pongo al sartén primero agua y luego ya muelo los frijoles o sea, en **lugar de ponerle aceite los muelo con agua** o sea, ése es ahora el cambio (Mamá, F4)... Ahora es la milanesa sola, **nada mas a la plancha** para ya no utilizar más aceite (Hija mayor, F8)... Ya **guiso con aceite de oliva** y sartenes de teflón (Mamá, F6)...Uso un poquito **menos de sal** (Mamá, F4)...Porque ese día llegué y había hecho un chorro así como de que verduras con poquita carne, pero has de cuenta que eran **puras verduras** y sabía bien rico (Hijo mayor, F8)... Por ejemplo desde que vino usted que no hemos **asado nada** (Papá, F7)...Yo sí preparo el arroz **nada mas con el tomate molido** pero cuando ella viene a comer (hija mayor) no le gusta (Mamá,

²⁵ Restaurante de comida rápida

F7)... No, **empanizados ya no**, desde que estoy en esto (proyecto) nada, hacemos por decir las pechugas de pollo nada más así” (Mamá, F4)... Pero **no guiso con mucho aceite** verdad, nunca he guisado con mucho aceite, a la carne siempre le quito los gorditos nunca he consumido mucha manteca de puerco ni nada (Mamá, F3)... Pero ahora para mí pues es, este, pues los calditos, la lechuguita **cosas a vapor** es lo que ha cambiado (Mamá, F2)... Yo ya no refrió los frijolitos (Mamá, F4)”.

Figura 20.

Mapa de la preparación de alimentos



Igualmente tres participantes más comentaron:

“Yo preparo y nada mas somos mi hija y yo, yo siempre he cocinado **sin grasa, a vapor o en el horno** y come lo que yo como. Ahora amigas de ella que quieren bajar les dice mi hija que yo hago las comidas de mi dieta y les estoy vendiendo hasta ahorita ya son cuatro, hago en la mañana y se lleva todo y dejo mi comida” (Mamá, F3).

“Antes lampreaba, empanizaba, con el aceite suficiente para que se hiciera bien, y lo ponía en servilletas para que absorbiera el aceite. **Ahora todo lo pongo en aluminio** el pescadito con chile morrón verduras ajito y lo tapaba y así el pollo también” (Mamá, F1).

“Comemos pescado, chiles asados **sin lamprear** con atún con queso, a mi hija le gusta mucho el gravy²⁶ y los champiñones pero ya le dije que no está bien, ya está comiendo más saludable” (Mamá, F1).

Tomando en cuenta lo anterior, es importante notar los cambios que algunas de las familias han realizado en su proceso de alimentación, que son en su mayoría preparaciones en base a grandes cantidades de aceite o muy condimentadas. El cambio se hace evidente, al tener discursos que hablan del cambio de utensilios para la preparación de los alimentos o los que se refieren a una mayor utilización de las verduras para complementar sus platillos.

Por gusto. La preparación al igual que en la subcategoría anterior se inclinó por el gusto de preparar alimentos con alto contenido de aceite. Es importante destacar que las preparaciones con grasas o aceites enaltecen el sabor de los alimentos lo que puede provocar un mayor placer al consumirlos preparados de esta manera. Y luego, casi al final de los discursos aparece uno que se refiere a la preparación de alimentos con sabor dulce, como se ve a continuación: “Antes cocinaba papas con **mucho aceite** para que no se peguen y luego lo reciclaba para utilizarlo más de rato (Mamá, F4)... Antes eran los chiles rellenos y que **dobles empanizados** y las milanesas empanizadas y las papas ya saben como (Mamá, F1)... Antes **sí usaba mucho aceite** en los frijoles, en el huevo, me comía el pellejito del pollo (Mamá, F4)... Mi cambio es el consumo de aceite, porque los frijoles cuando los iba a freír pues le ponía el **chorro de aceite** (Esposa, F5)... **Era mucho de lampreado porque me gusta** (Mamá, F1)... Sí, porque **sí me gustaba mucho guisar con mucho aceite**, el huevo estrellado con bastante aceite para que no se me pegara (Mamá, F6)... Sí era de mucho aceite, los frijoles refritos con manteca de puerco, la sopa de fideo con manteca de puerco (Mamá, F4)... Antes consumíamos **mucho lo empanizado**, lo lampreado, las papas fritas, las hamburguesas (Mamá, F1)... Mire por ejemplo, esos frijoles en bola con unas tripitas bien fritas (Papá, F7)... Por eso dicen que no comas cosas de niño si eres un adulto, pero a mí **me gusta mucho el Chocomilk**, porque no me gustaba la leche y siempre me la da con Chocomilk (Papá, F7)”.

Otra de las participantes comentó:

“En esta semana se me antojaron chiles rellenos, po’s nada más asé el chile poblano lo limpie y todo y le encasqueté puro queso panela y así o sea, nada más para quitarme la tentación pero pues ya **se quitó todo lo frito**” (Mamá, F1).

Retomando los discursos anteriores se puede observar que el principal cambio que adoptan las familias al momento de iniciar con un plan de alimentación o algún proceso de aprendizaje en salud es el consumo de aceites o grasas. También, se puede observar como la palabra “me gustaba o me gusta” se repite en cada uno de ellos.

²⁶ Salsa elaborada para acompañar puré de papa o carnes

Por tiempo. En la preparación de alimentos puede ser un determinante para el tipo de preparación que se realiza en casa. Lo anterior, de acuerdo a que en los últimos años la mujer se ha incorporado al campo laboral y que a pesar de eso sigue siendo la encargada principal en muchas de las ocasiones de las tareas domésticas, entre las que se incluye la preparación de alimentos (Cabello y otros, 2010). Por lo tanto, era de importancia para este proyecto, rescatar los discursos en los que se menciona el tiempo como un factor determinante de la alimentación en la familia y fueron los siguientes: “Nunca he sido de hacer los guisos con mucho aceite, mas bien es la forma en que combinaba los alimentos y no ponerle atención a lo que iba a comer, **no tenía horarios de comida**” (Mamá, F2)... “Yo por cuestiones de trabajo, para mí era bien fácil nomás dorar una milanesa empanizada, empanizar las milanesas porque **era lo más rápido para mí** para llevar de lonche entonces era mucho consumo de aceite (Mamá, F4)... Yo (esposo) por ejemplo el pingüino lo uso cuando **ella no tiene tiempo**, me desayuno un yogurt y un pingüino y me voy a trabajar (Papá, F7)”.

Tres participantes más dijeron que:

“A mí se me complica el desayuno porque salgo de mi casa a las 7 de la mañana y a las 10 de la mañana ya desayuno, entonces **yo no puedo preparar un almuerzo**, ni siquiera puedo hacerme un licuado en la mañana corro y salgo” (Hija mayor, F7).

“Yo sí como entre comidas, lo que viene siendo el pepino, la jícama bueno ahorita pepino ya no, porque ya se me hizo como que no, pero la jícama y la zanahoria sí, **cuando no tengo tiempo**, bueno más bien que me da flojera agarro la zanahoria nada más, la pelo y estoy así” (Mamá, F4).

“Yo me tomo un café, a veces le pongo galletas de avena o un plátano o sea **algo rápido** porque me salgo o si estoy aquí en la casa me pongo a hacer quehacer y me olvido de hacer para mi sola no, **me da mucha flojera hacer**” (Mamá, F1).

En el caso particular de las ocho familias de este proyecto, la falta de tiempo para la preparación de alimentos no fue una cuestión relevante debido a que seis de las ocho mujeres se dedican al hogar, una trabaja por su cuenta y sólo una de ellas trabaja como empleada.

Preparación diferente. En una sola familia y en un mismo tiempo de comida se hizo evidente el hecho de que se prepararan distintos tipos de platillos y eso al revisar los discursos siguientes. En ellos, se puede encontrar una similitud al momento de que algunos de los integrantes comentan que no les gusta cierto alimento o preparación, por lo tanto se tienen que preparar dos o más platillos para un mismo tiempo de comida como sigue: “Yo le pregunto qué quieres de comer y me dice **haz lo que quieras** esa palabra la odio porque no es lo que sea, **cocino algo y no le gusta**” (Mamá, F7)...A él le hice enchiladas suizas, ella se hizo ensalada y yo me hice caldo tlalpeño (Mamá, F7)... Yo le digo **que la sopa me la haga pero que tenga especias**, no me gusta

que nada más tenga cebollita, ta' buena pero a mí me gusta que tenga algún sabor (Papa, F7)... Yo le hago de comer, y él (esposo) llega a su trabajo y como lo que quiere, tacos, etc. (Mamá, F7)".

Otro más mencionó:

“Empanizados, ni nada de que enchiladas, tacos, flautas cosas así al menos para mí aunque hay personas que les gusta eso y yo **hago cosas diferentes para mí**, yo prefiero hacer un guisado o que sea algo a la plancha para mí o el pescado y ellos si quieren comer tacos pues que coman” Mamá, F7.

Influencia familiar. Como se revisó al inicio un modelo colectivo representa la pauta nutricional de cierta sociedad, se incorpora a los individuos y está sujeto a las historias personales. Además, determina la supervivencia de un grupo o sociedad dependiendo de la satisfacción de sus necesidades alimentarias y en la búsqueda de alimento (Garine, 2002). Al respecto, los siguientes discursos muestran como la familia genera en el individuo influencia para selección de cierto alimento y su preparación: “¡Ah! pero mi hermano en la noche me dice: ¿qué quieres cenar? porque yo quiero un taco grande de harina de ahí de la parrilla (Mamá, F2)...Porque **su mamá lo acostumbro así**, yo le dije que venga tu mamá a cocinar porque yo no voy a utilizar las especies así (Mamá, F7)... Yo antes tomaba mucha coca porque mi esposo tomaba mucha (Esposa, F5)... Tienen que verme comer algo a mí, una manzana o un plátano y ya van y agarran ellos (Mamá, F4)".

Una participante comentó lo siguiente:

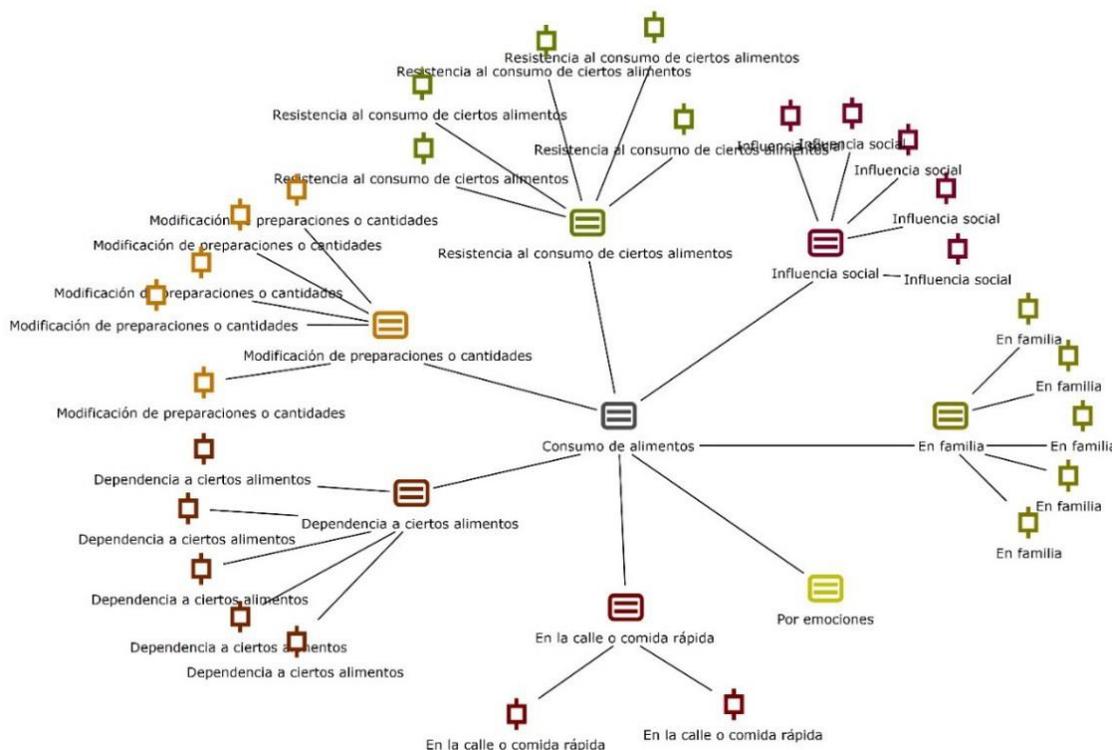
“En mi casa sí ha habido mucho cambio, mucha más fruta, verdura, muchas ensaladas y sí se ha visto reflejado porque nos tocó juntarnos con gente de la familia que teníamos mucho tiempo sin ver y fue de: ¡wow! qué cambio el de ustedes, eso pues bien padre. Y vamos que yo se los he comentado que **el más difícil de mi casa es mi papá** y aún así dice que se le antojan las ensaladas de atún. La comida ya no es el pollo frito, es más sano” (Hija mayor, F8).

Consumo de alimentos

Es la tercer categoría de las habilidades en las prácticas alimentarias que surgió en este proyecto y como se observa en la figura 21 se obtuvieron seis distintas subcategorías. Primero, la subcategoría del consumo de alimentos en familia, luego la influencia social en el consumo de alimentos, la resistencia al consumo de ciertos alimentos por algunos de los integrantes de la familia, la modificación positiva de las preparaciones o cantidades de alimentos, la dependencia a ciertos alimentos, el consumir alimentos en la calle o de preparación rápida y por último las emociones al momento del consumo. Cada una de ellas se describirá más adelante tomando en cuenta cada uno de los discursos más relevantes que la conforman.

Figura 21.

Mapa del consumo de alimentos



En familia. El compartir un momento en compañía fue uno de los puntos relevantes para este proyecto al tratarse de un proyecto con familias. En esta subcategoría, se encontraron discursos diversos que van desde el significado de comer en familia hasta los días más comunes de consumo en familia y se pueden observar a continuación: “Para mí el **estar con la familia y estar feliz es comer, comer y comer** porque es una familia viciosa de la comida, sin motivo llegan con un pastel, con empanadas (Hija mayor, F8)...Estoy comiendo hasta las cuatro, ya cuando llega mi esposo porque definitivamente **no me gusta comer sola**, estiro la fruta para más tarde y ya cuando llega él como (Mamá, F2)...Ellas (esposa e hija) sí **comen juntas** los siete días (Papá, F1)...Mi esposo a veces no viene a comer, cuando tiene mucho trabajo viene y come solo ya casi a las 3 de la tarde, **nosotras (mamá e hija) sí comemos juntas** (Mamá, F1)...Así **todos los días en la noche comemos juntos** menos los fines de semana cada quien agarra su rumbo (Mamá, F7)...Sólo el sábado y domingo todos **los demás días como sola** (Mamá, F3)...Pero ahora lo estoy esperando a él para comer porque antes yo estaba comiendo y dejaba de lo mío tantito y lo esperaba y continuaba con lo que estaba comiendo, porque **no me gusta comer sola** (Mamá, F2)”.

Es importante, ver como mencionan el no querer comer solos como parte fundamental para el consumo en familia pero también, como en ocasiones es un factor determinante para que se

eleve o modifique el consumo de alimentos.

Influencia social. Al igual que en la familia, la sociedad o grupo en que se desenvuelve el individuo puede generar cierta influencia en su selección de alimentos. También, los eventos sociales o reuniones que se llevan a cabo algunas de las cuales son hábitos o costumbres familiares. Lo anterior, se puede encontrar en los siguientes discursos: “Lo que pasa es que el sábado **tuvimos fiesta** y tenemos unos chicharrones ahí, tostadas porque las trajeron el sábado, pero nunca compramos (Esposa, F5)...Es que él (esposo) por ejemplo, a lo mejor **los sábados de reunión** es cuando él (esposo) quiere (Esposa, F5)...Por eso le digo yo a mi esposo: ya **no me traigas cosas** porque yo estoy comiendo sano (Mamá, F6)...A mí me ha pasado que llevo jícama y pepino a las **carnes asadas** y agarran los niños o los nopales y los chiles toreados se acaban (Mamá, F1)...Por ejemplo mañana **cumple años** el esposo de una compañera del trabajo y van a llevar champurrado con tacos tipo la Siberia²⁷ (Hija mayor, F6)...Los tacos **el sábado toca** barbacoa (Papá, F6)...Me dicen: **pastel**... pero no, ya me conozco yo le tengo mucho pavor a los pasteles dije me voy a echar 2 ó 3 kg (Mamá, F2)”.

Otros más dijeron:

“Por ejemplo ahora que cumplí años **todos me querían llevar a comer** todos los días fui a comer y pues yo tenía remordimiento y el postresote ahí y el pastel y le aplaudimos, fueron tres días de desayunar, comer y cenar fuera claro que aumenté” (Mamá, F1).

“Es como un círculo vicioso cuando estás así no quieres comida saludable quieres cosas que te atraen digo, **¿Yo porque no me lo voy a comer? si mis amigas se lo están comiendo.** Tengo un grupo de amigas tragonas pero están flacas aunque no hagan ejercicio así son, yo soy la única que soy gorda y comen un montón, yo a veces no pido postre porque aparte está bien caro y ellas que si buñuelos, nieve, y yo esos no me los como” (Mamá, F1).

“**Cuando te invitan a algún lugar** dices: ¿qué voy a comer? voy a engordar y me van a pesar. Ayer fui a un baby²⁸ y dieron espagueti pero nada más me comí poquito porque tenía parmesano (queso) y me comí toda la lechuga, pero también dieron un cuernito con jamón y todo, nada más me comí lo de arriba le quité el queso asadero porque dije no me comí en todo el día mis tortillas, ya me freno” (Mamá, F2).

Resistencia al consumo de ciertos alimentos. El probar algo nuevo, no es fácil para algunos de los integrantes de las ocho familias y eso lo demuestran los discursos que están a continuación. En ellos se puede encontrar a alguno de los integrantes que se resiste al consumo de frutas o verduras o a probar distintas preparaciones como por ejemplo: “Es que **no le gusta nada,**

²⁷ Taco frito de pollo

²⁸ Evento social que se realiza por la llegada de un bebé

pero me imagino que todos los hombres son así (Esposa, F5)...No a mi hija **no le gustan muchas frutas** y aunque las tenga aquí en la mesa si no las conoce, ni sabe a qué saben no las agarra (Mamá, F1)...Y le digo mijita, ps no va a crecer se va a quedar así porque **no varía alimentos** de verdura nada mas me come el brócoli (Mamá, F1)...Como a él (esposo) **no le gusta probar** (Mamá, F7)...Le hago (al esposo) albóndigas, le hago ensalada y **nada le gusta** (Mamá, F7)...Él **casi no las consume** (verduras) pero nosotras sí, lo hice comer caldo tlalpeño ahí con el aguacatito (Mamá, F7)...Sí le pone calabacitas, ejotes, pero yo no, yo **no soy muy partidario de las verduras** (Papá, F2)...Le adorno con lechuga pero me dice: **no yo no soy conejo**, pero le digo: gordo es que tienes que, luego andas todo entripado (estreñado) (Mamá, F2)...A mí en **cierta forma me gusta la lechuga** pero que vaya finamente picada (Papá, F2)...El problema de mi marido es que cuando pregunta por el desayuno y le ofrezco fruta o barritas de granola, dice que **no va a llenar** y termina llegando al trabajo donde todas las mañanas comen tacos (Mamá, F6)".

Un hallazgo interesante dentro de esta subcategoría es que la mayor resistencia al consumo de verduras o frutas es por parte de los hombres y lo refieren ellos mismos en su discurso o algún otro integrante de la familia.

Modificación de preparaciones o cantidades. Se descubrió que en el proceso de disminución de peso de un paciente, no sólo es relevante el cambio en el tipo de alimentos sino también la cantidad o forma de preparación de los mismos. En este aspecto, las familias mencionaron en sus discursos una disminución en cantidad de algunos de sus alimentos como forma de ayudar en su disminución de peso corporal luego de la intervención del proyecto: "Dices hay me pasé en esto y ya en la noche dices **voy a comer menos o más ligerito** (Mamá, F6)...El refresco, yo no tomaba agua, era puro refresco y **ahorita ya no tomo refresco** si acaso tomo de sabor pero por lo general es agua (Hijo, F4)...Y ahora dice: si como cacahuates nada mas dime chaparra, **cuántos son los que me tocan**. Es que es bien cacahuatero (Mamá, F6)...Yo no estoy tan peleada con la comida porque por ejemplo **yo sí lo como pero poquito** (Mamá, F2)...**Todo así como poquito**, no como antes que no me ponía límites, atáscate y ahorita no, trato de que si lo pruebo pero nada mas (Esposa, F5)...Ellos anoche estaban cenando y **yo me serví en un platito menos cantidad** que ellos, antes sí me servía y me cenaba dos hamburguesas lo reconozco ahora estoy intentando comer saludablemente más opciones (Mamá, F7)...El otro día que fui a comer una hamburguesa **no tomé refresco ni pedí papas** (Hija, F3)...Si me como una tortilla no me como el arroz, por decir si yo comí arroz ya no como tortilla (Mamá, F3)".

Dependencia a ciertos alimentos. El sabor de cierto alimento, su olor, su preparación o la compañía en que se consume puede generar en el individuo una dependencia. De esa manera, lo mencionaron algunos de los integrantes de las ocho familias que participaron en este proyecto. De sus discursos, todos mencionan alimentos procesados en forma de botana o de bebida: "Lo que **no he podido dejar** es la coca light soy muy viciosa (Hija mayor, F7)...La coca **sólo el fin de semana** en mi casa (Mamá, F3)...Uno de los propósitos más grande fue el de **eliminar de estar tomando refresco** ese es un propósito que era bien difícil para mí lo he logrado y espero seguir logrando

(Mamá, F1)...Ahorita en la mañana se levanta mi esposo y **agarra la Coca** y le digo ¿ya desayunaste? Le digo es lo primero que le vas a meter a tu cuerpo (Esposa, F5)...No come tortillas y **le encanta el pan francés** eso sí (Mamá, F1)...Ella (hija mayor) **toma mucha Coca** y su esposo también” (Mamá, F7)...Ya **lo hago por rutina**, agarro mis cacahuates, mis chicharrones de cerdo, los fritos o Ruffles²⁹ de los azules que luego se los acaba mi nieta (Papá, F7)”.

En otros discursos:

“Yo como le digo a la gente: **yo necesito** una Pepsi³⁰ de 400 ml y unas barritas de fresa de Marinela³¹, porque has de cuenta como un aditivo a la gasolina, para despertar y ponerme a trabajar” (Papá, F2).

“Por ejemplo en el caso de mi marido el sí come fruta porque a él le gusta mucho la fruta pero después de todo lo que cena él se come su fruta y leche, **toma mucha leche** y quiere entera él no quiere leche light, él su pan de dulce es después de la comida” (Mamá, F1).

En la calle o comida rápida. Hoy en día, es fácil consumir alimentos en la calle y en muchas de las ocasiones es mucho más económico así que regresar a la casa y preparar algo. Sobre todo, en las personas que tienen que salir a trabajar o hacer sus actividades fuera de casa. En esta subcategoría, las familias mencionaron qué días comen fuera de casa y en algunos hasta el lugar, motivo y tipo de alimento que comen fuera: “Los fines de semana vienen los casados y **salimos a comer** afuera (Mamá, F7)...Me invitaba mucho a **comer afuera** con él hasta que le dije que no ya no (Mamá, F6)...Pero es **mucho de comida rápida**, le gusta mucho... ándale una vez a la semana es la hamburguesita (Mamá, F1)... Ya ¿cuánto tengo que no como menudo? hace como 3 semanas ó 4 que **fuimos a Los Generales**³² (Papá, F7)”.

Por emociones. Dentro del consumo de alimentos surgieron los discursos que denotan sentimientos principalmente negativos con respecto a su alimentación. En general, enfocado a bajar de peso y no lograrlo hace que los discursos contengan expresiones de miedo, preocupación, presión, estrés, entre otros, como se puede ver a continuación: “Otra cosa que he notado es que cuando está comiendo uno **por desesperación** come uno muy aprisa y lo siento cuando estoy **comiendo con ansiedad** (Mamá, F1)...Aunque hayamos aprendido a comer le tenemos **miedo** a la comida (Mamá, F6)”.

De forma similar otros participantes mencionaron:

²⁹ Marca de papas fritas con queso

³⁰ Marca de refresco de cola

³¹ Marca de pastelitos y galletas

³² Bufet de comida mexicana

“Al principio yo creo que **me mortificaba mucho** en hacer la dieta, hacer la dieta, y no se trata de eso es saberte alimentar, y ya después lo que hice es que no me mortifiqué me lo tomé más ligero y dije voy a comer” (Mamá, F2).

“Yo siento en lo personal que intento y hasta **estoy presionándome** que yo puedo, que no me va a ganar la tentación y hago el caldito y empiezo con el desayuno bien y todo pero me gana el problema y me tensiono más de que chin me doblé y no pude seguir” (Mamá, F7).

“Vamos a decir que hice el almuerzo y la comida bien, pero ya para la tarde me comí el pan y ya para la noche sin poder dormir de ¿por qué me doblé? y me hace que **me estrese** más y más y más. Y **es ansiedad** a comer en lo personal” (Mamá, F7).

Cooperación familiar

Esta tercer y última categoría se evaluó al inicio y final de la intervención por medio de los discursos de las ocho mujeres participantes de este proyecto de intervención y que pertenecen a cada una de las ocho familias. Era importante encontrar un cambio en la cooperación de la familia después de la intervención de este proyecto. De las subcategorías de la cooperación familiar surgieron las de la figura 22 para antes (color rosa) y después (color lila) de la intervención. Cada uno de los discursos se desglosa en la Tabla 16 tomando en cuenta a la misma persona antes y después de la intervención.

Figura 22.

Mapa de la cooperación familiar antes y después

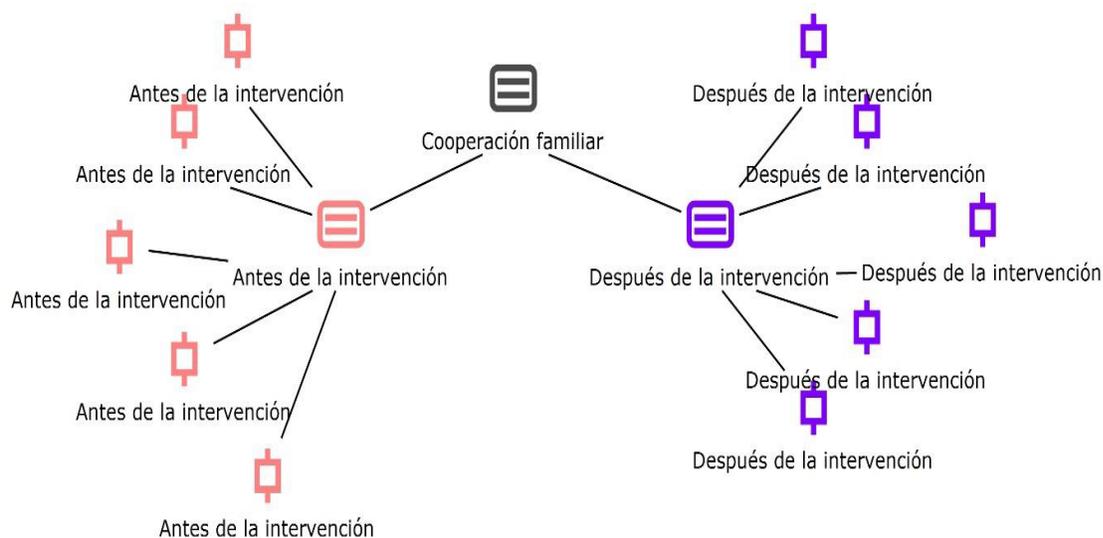


Tabla 16.

Discursos de la cooperación familiar antes y después

Participante	Antes	Después
Mamá, F6.	“Mi esposo me ayuda mucho con la comida casi siempre son caldos, caldo de res caldo de pollo, todo es cocido ya no hacemos nada dorado, pollo hervido”	“Ahora ya me trae (mi esposo) esos Veggies que antes ni sabía que existían ya de perdido sin tanta grasa”
Mamá, F7.	“De hecho mi hija que está en la prepa es la que vive con nosotros este, está bien contenta porque bajó tres kilos y medio porque está comiendo casi lo mismo que yo y cenando, desayunándose hasta también los licuados”	“Yo siento que necesitas motivación eso es muy importante, ahorita gracias a Dios mi familia me está apoyando mucho me dicen ¡tú puedes!”
Mamá, F2.	“Yo bajé 52 kg en Quitakilos pero tenía 27 años y me motivaban mis niños antes comían ellos que yo”	“A mi marido su cargo de conciencia no lo deja pero me lo dice o me dice ¿porque te lo vas a comer así ahorita ti eso? Es que a mí no me pasa la lechuga me siento conejo, pues me siento marranita le dije más vale que te sientas conejo ándale y dice bueno”
Hija mayor, F8.	“ No hay cooperación todo mundo está a dieta el lunes pero ya para el martes andan que si vamos a las tostadas y se cayó todo el sistema”	“ En mi casa sí se siguen cuidando , ya la grasa no, no tanto refresco, mi esposo sí pero ya se mide y luego pues anda bien gustoso porque como andaban pendientes los exámenes de laboratorio y salió bien porque ya vez que él es de menudo, barbacoa, chicharrones de La Ramos ³³ . Sí se fija que si es mucha grasa, se está midiendo con la coca, dejó de comprar pingüinos”
Mamá, F6.	“Siento que me estreso por todo, me preocupa ¿que come mi marido y mi hijo?”	“Yo tengo que estar sana porque yo me preocupo por las cosas de mi hermano, de mi mamá pero también me preocupo por las mías”

³³ Carnicería local

Análisis por familia

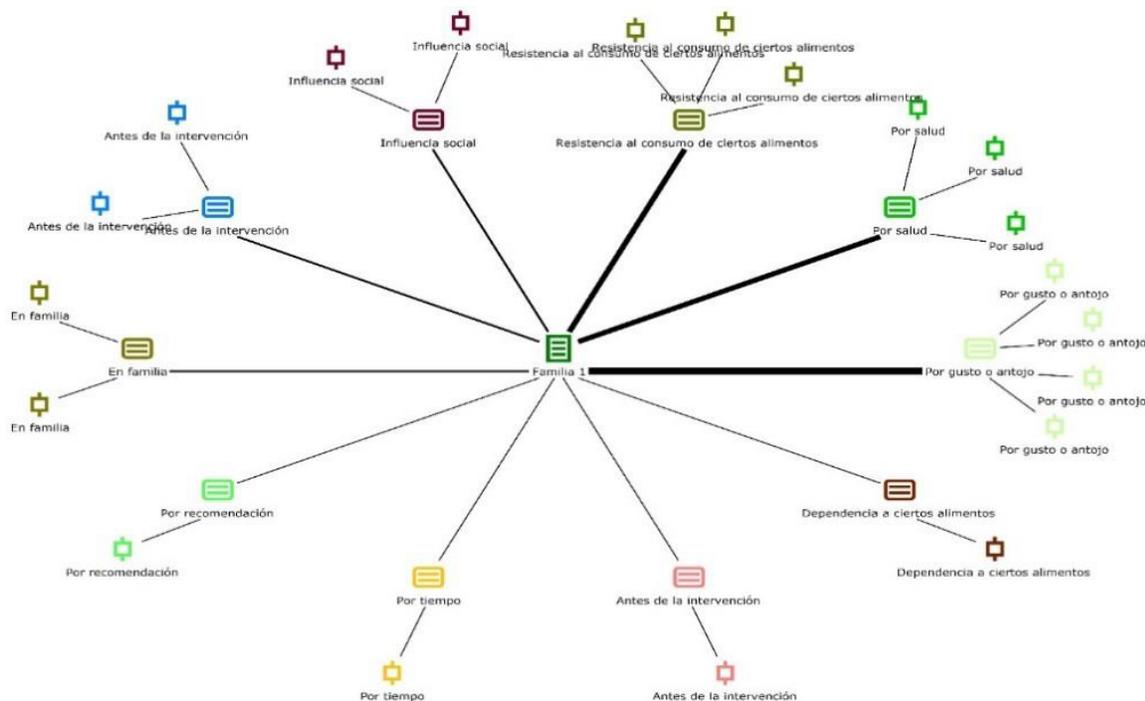
En este apartado, se describen las principales características de cada una de las ocho familias y el peso que lograron reducir en conjunto después de la intervención. Se muestra también el mapa de las principales categorías que representan a la familia y algunas de ellas explican los resultados obtenidos en su peso.

Familia 1

La familia 1 está conformada por la mamá (52 años), el papá (52 años) y la hija menor (15 años) su peso inicial en conjunto fue de 286.1 kg y final de 279.7 obteniendo una diferencia positiva al final de la intervención de 6.4 kg en conjunto. En este caso, se mostró un gran interés por parte de la mamá en modificar las prácticas alimentarias de su familia, caso contrario con el papá y la hija que se mostraban renuentes en las sesiones e incluso en algunas ocasiones el papá no acudió. Se pudo determinar de acuerdo a lo observado en cada visita que sí existía disponibilidad de alimentos en el hogar sin embargo, y como se observa en la figura 23, eran alimentos en su mayoría elegidos por gusto o antojo (línea gruesa) del papá o la hija. Algunos de los alimentos que elegía la mamá eran elegidos por salud tratando de comprar los que tuvieran mayor cantidad de fibra o menor grasa. También, en la familia 1 se encontró resistencia al consumo de ciertos alimentos, sobre todo frutas y verduras por parte de la hija.

Figura 23.

Mapa de saturación de discursos familia 1

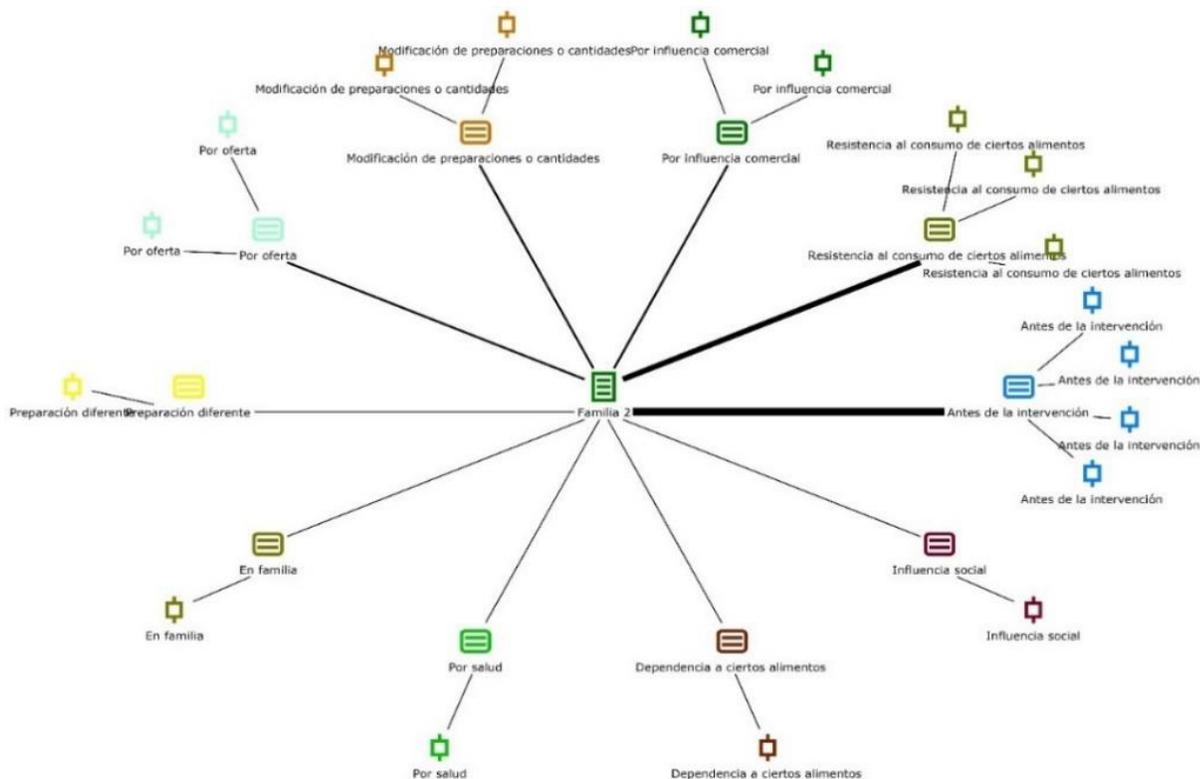


Familia 2

La familia 2 la conformaron la mamá (54 años) y el papá (57 años), en este caso los hijos ya no vivían con ellos pero aun así se tomó como familia y se trabajó con sus prácticas alimentarias. La sumatoria del peso corporal al inicio fue de 218.1 y al final de 218.2 con una diferencia final de +100 gr de peso. La familia 2 se mostró disponible en todo momento a las visitas de intervención, la limitante en este caso fue la poca disponibilidad de alimentos debido al bajo ingreso económico que según la información proporcionada no supera los mil pesos mensuales destinados a los alimentos. Es importante mencionar que la mamá cuenta con un nivel importante de incapacidad para realizar las actividades cotidianas del hogar por lo que depende de los alimentos que el papá pueda llevar. En sus discursos (Ver figura 24) antes de la intervención (línea gruesa) el papá comentaba que él debe consumir alimentos antes de salir de casa para no tener dolores de cabeza pero, el tipo de alimentos que consumía eran refrescos y galletas. Así mismo, es el papá quien se resiste al consumo de verduras (línea media) argumentando que no le gustan o que no es “conejo” y la influencia que generan en él los comerciales de televisión hace que tenga antojos y salga a comprar alimentos altos en calorías.

Figura 24.

Mapa de saturación de discursos familia 2

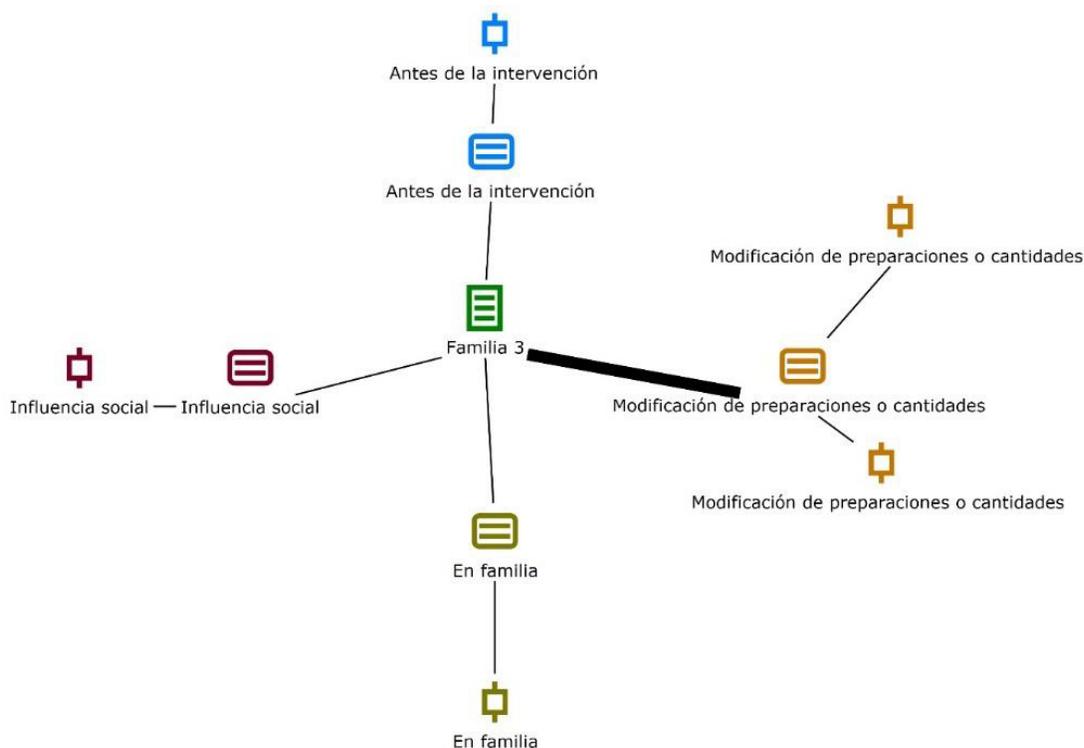


Familia 3

En la familia 3 encontramos a la mamá (65 años) y a la hija (41 años) quienes en conjunto pesaron al inicio 189.2 kg y al final 188.7 kg logrando una disminución de 500 gr de peso durante los tres meses de la intervención. En esta familia, los discursos fueron pocos pero en su mayoría se centraron en la forma en que fueron modificando algunas preparaciones de sus alimentos (Ver figura 25) . Por ejemplo, la hija menciona que al momento de pedir una hamburguesa ya no pide las papas fritas o la mamá ya no come arroz y tortilla al mismo tiempo. Una de las situaciones por las que pudieran no haber disminuido una mayor cantidad de peso se puede suponer debido a que en su refrigerador cuentan con alimentos que comen los nietos cuando van de visita (refrescos, embutidos, etc) y que en algún momento ellas pudieran estar consumiendo.

Figura 25.

Mapa de saturación de discursos familia 3



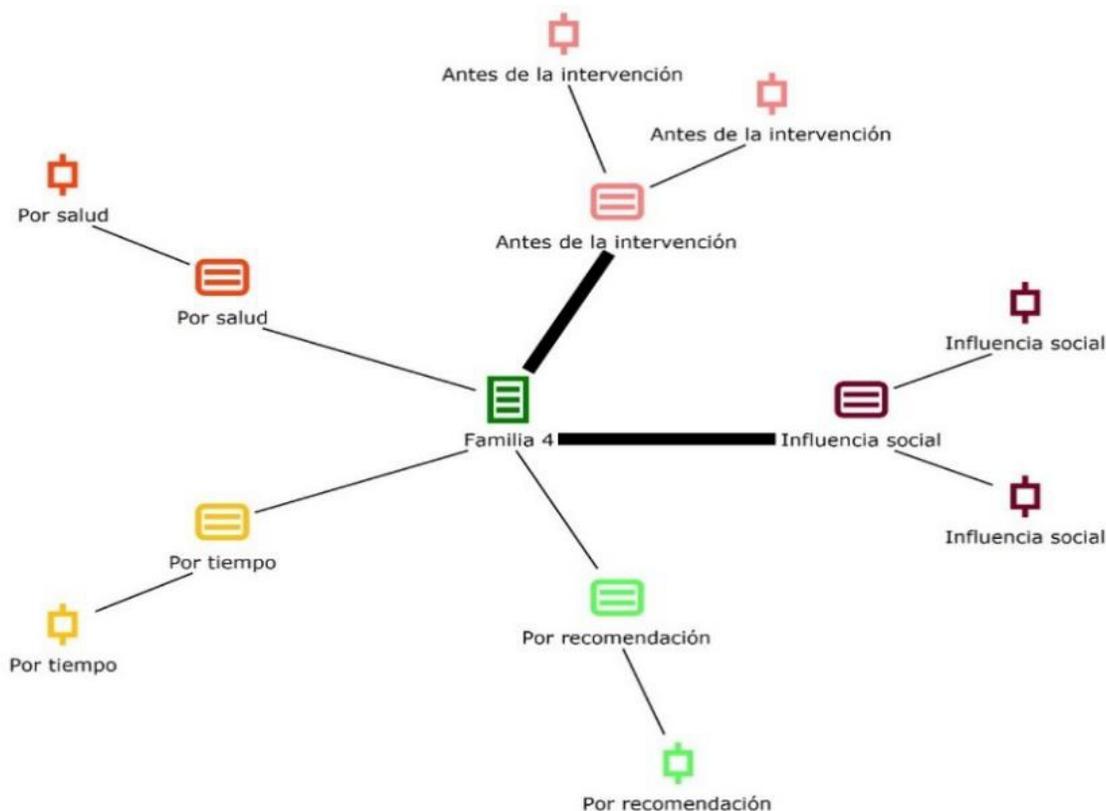
Familia 4

La familia 4 la componen la mamá (50 años), el hijo (23 años) y la hija (19 años) sumando un total de 247.2 kg al inicio de la intervención y 249.8 al final lo que deja un aumento de peso de 2.6 kg al final del proyecto. En esta familia, trabajan el hijo y la hija por lo que la mamá se dedica al hogar y es la responsable de la compra de alimentos, aún así tienen acceso a alimentos fuera de

su hogar. Uno de los principales factores influyentes en la alimentación de esta familia fue la influencia social como se observa en la figura 26 con la línea más gruesa. El hecho de ver a alguien más consumiendo cierto alimento, es lo que desencadena el querer comerlo en el hijo y la hija, lo que no ocurre cuando no lo tienen a la vista.

Figura 26.

Mapa de saturación de discursos familia 4



Entonces y a pesar de la disponibilidad que los integrantes de la familia tuvieron en cada una de las visitas los resultados en la reorientación de sus prácticas alimentarias no se vieron reflejados en su peso. Pero, al ser un peso en conjunto ocultó la baja de peso que si tuvo el hijo en particular.

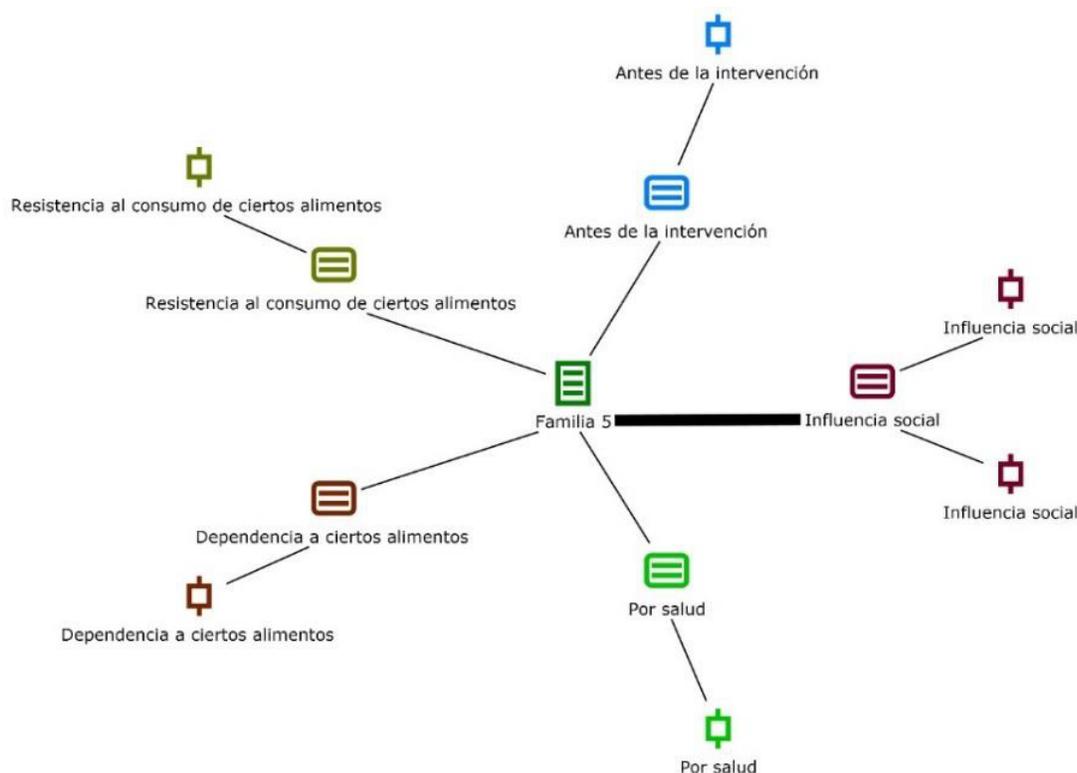
Familia 5

En la familia 5 están la esposa (28 años) y el esposo (31 años) pareja joven aún sin hijos. Entre los dos sumaron una cantidad inicial de 241.1 kg y una final de 229.3, lo que da una diferencia de 13.1 kg y los coloca como la familia con la mayor disminución de peso corporal de todas. En lo que respecta a ellos, sus discursos se enfocaron en la influencia social (línea gruesa figura 27) que genera prácticas negativas en su alimentación debido a los eventos sociales a los

que acuden o que se realizan en su hogar. Por ejemplo, en las reuniones de los sábados se compran chicharrones, tostadas, refrescos, etc., alimentos que en caso de algún sobrante se quedan durante la semana en su despensa. A pesar de lo anterior, la familia 5 fue la que logró una mayor disminución de peso en comparación con las demás familias y una de las posibles razones puede ser la motivación personal que tenía en particular esta familia con respecto a las demás.

Figura 27.

Mapa de saturación de discursos familia 5



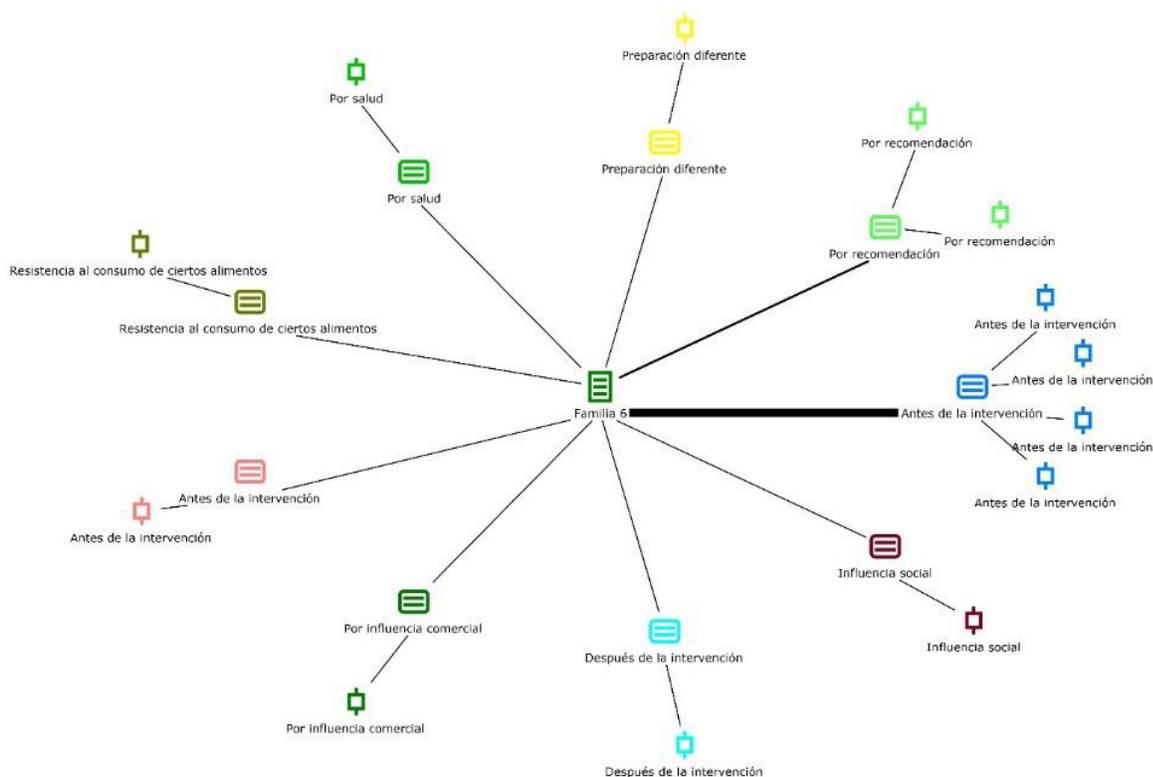
Familia 6

Por su parte, la familia 6 está conformada por la mamá (62 años), el papá (52 años) y el hijo (25 años) y la sumatoria de sus pesos corporales fue de 265.4 al inicio y 267.5 al final de la intervención, lo que deja un aumento de 2.1 kg de peso. Ciertamente, que la familia 6 aumentó su peso corporal luego de la intervención y analizando sus discursos se encontró que es la mamá la encargada de la alimentación en el hogar, pero la selección de los alimentos y su preparación está influida en gran medida por el papá quien se resiste a modificar ciertas prácticas alimentarias. Entre ellas están el consumo de alimentos sin limitar las porciones o tipos de alimentos y la resistencia al consumo de frutas y verduras. En la figura 28 la mayor carga de discursos pertenecen a la selección de alimentos antes de la intervención (línea gruesa) en los que ya se distingue una preocupación por seleccionar aquellos con menor cantidad de sodio, aceites de oliva, barras de

granola entre otros. También, en la familia 6 como en la familia 1 el papá fue el integrante más renuente o desinteresado en participar en las sesiones aunque en este caso sí estuvo presente.

Figura 28.

Mapa de saturación de discursos familia 6



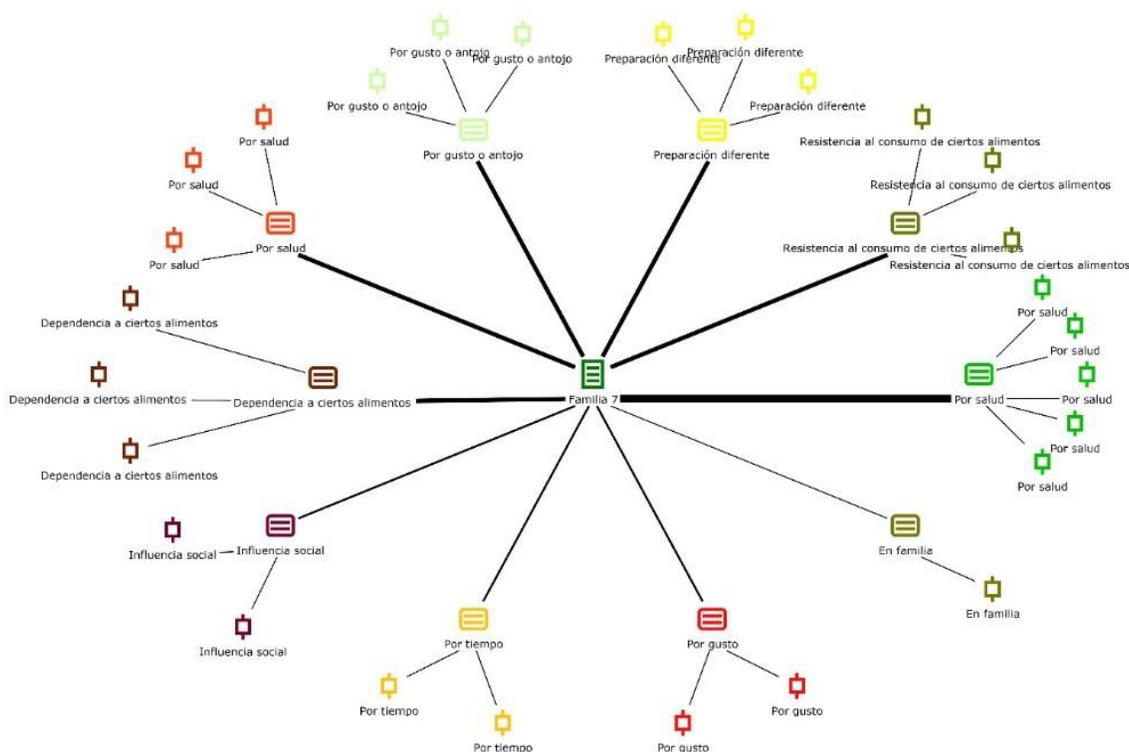
Familia 7

La familia 7 está integrada por la mamá (47 años), el papá (48 años), la hija mayor (24 años) y la hija menor (17 años). Entre los cuatro sumaron un total de 321.8 kg al inicio y 314.2 al final de la intervención lo que representa 7.6 kg menos. La familia 7 en particular, generó una gran cantidad de discursos y muy variados (Ver figura 29) desde la selección de alimentos por salud (color verde) como el predominante, pasando por la resistencia al consumo de ciertos alimentos, preparaciones diferentes, preparación por gusto, antojo o salud hasta la dependencia a ciertos alimentos. Cada una de las categorías mencionadas da una descripción general de algunos factores influyentes en la alimentación de ésta familia. Es decir, por salud la familia ha intentado hacer cambios en los productos que selecciona sustituyendo los comunes por el de tipo light, revisando ahora las etiquetas o comprando mayor cantidad de frutas y verduras. A pesar de eso, existe resistencia por parte del papá y la hija mayor para el consumo de verduras o platillos distintos a los que se preparan con regularidad. Entonces, se tienen que preparar los alimentos en distintas

formas para cada uno de los integrantes lo que genera un mayor uso de tiempo y dinero por la mamá encargada de esa tarea.

Figura 29.

Mapa de saturación de discursos familia 7



Del mismo modo, existe una controversia entre los alimentos que se preparan por gusto o antojo como lo es un sándwich acompañado de papas fritas por su textura crujiente y los que se preparan pensando en la salud como alimentos a la plancha. Esa ambivalencia en los discursos se debe a la interacción entre una parte de la familia que quiere realizar cambios y la otra que se resiste a cambiar. Y por último, la dependencia a ciertos alimentos en esta familia es porque el papá acostumbra comprar alimentos de consumo rápido y que no requieren preparación para tenerlos a la mano en caso de que la mamá no pueda prepararle algún alimento, lo que nuevamente hace evidente que la mamá de esta familia quien se encarga de la alimentación, al menos en su preparación.

Familia 8

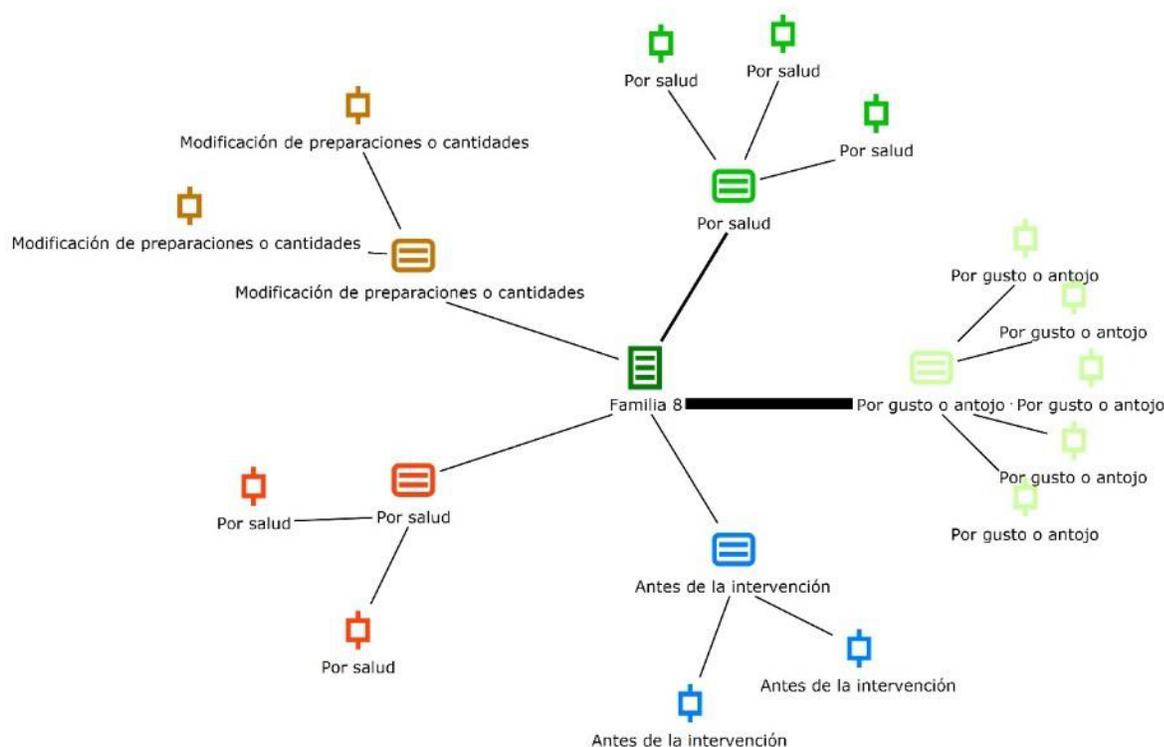
Por último, la familia 8 destaca del resto de las familias al ser una familia extensa conformada por el papá (63 años), la hija mayor (38 años), el hijo mayor (35 años), la hija menor (36 años), el hijo menor (33 años), la nuera (28 años) y el nieto (13 años), siendo en total siete

personas que pesaron en conjunto 617.3 kg al inicio y 627.3 kg al final, por lo que su diferencia de peso da 10 kilos más de peso después de la intervención. Los motivos para que esta familia en particular tuviera un aumento considerable de peso aún con la intervención se puede deber a que las reuniones que se realizan en familia son en base a la alimentación y así lo demuestran algunos de sus discursos que en su mayoría son en la selección de alimentos por gusto o antojo (Ver figura 30) por ejemplo, compran pan dulce para consumir con café y cereales azucarados para el nieto.

Otra situación relevante en la familia 8, es que los ingresos son variables es decir, provienen de distintas fuentes y de distintos integrantes de la familia por lo que cada quien decide qué comprar para su consumo y son en su mayoría alimentos que generen saciedad o sensación de estar llenos para soportar las jornadas de trabajo.

Figura 30.

Mapa de saturación de discursos familia 8



Observación directa: Fotografías

Las fotografías fueron tomadas con previa autorización de cada uno de los integrantes de la familia mediante la firma del consentimiento informado (Apéndice A). A continuación, se presentan principalmente las fotografías de las sesiones de inventario de alacena, de combinación de alimentos y de algunos platillos preparados por las familias, éstas últimas después de la

intervención de las sesiones. Es importante recalcar, que no se mencionan los nombres de las personas que aparecen en las fotografías como forma de proteger la privacidad de los participantes de este proyecto, solo se numeran para lograr una mejor descripción de ellas.

Inventario de alacena



En las fotografías anteriores se pueden observar distintas alacenas correspondientes a las ocho familias participantes en este proyecto. Dichas fotografías, se tomaron al momento de realizar la actividad de inventario de alacena en la cual los integrantes de las familias clasificaron sus alimentos por grupo. En algunas, los alimentos se encontraban en desorden e incluso en cajas o sucios, otros se encontraban acomodados pero no por grupo de alimento.

Por ejemplo, las fotografías 3 y 10 corresponden a la alacena de una familia cuya cocina estaba en remodelación razón por la cual sus alimentos se estaban en desorden. Luego, las fotografías 1, 5 y 9 corresponden a otra de las familias y fue la que tenía sus alimentos más

ordenados mientras que, en las fotografías 2, 4, 7 y 11 se puede observar una cantidad mínima de alimentos.

El objetivo principal de la toma de fotografías de la alacena de cada familia fue que ellas mismas observaran el acomodo de sus alimentos y trataran de modificarlo al término de la intervención del proyecto. También, fue necesario que reconocieran cada grupo de alimento para la adquisición de habilidades en la selección y combinación de los alimentos no sólo de forma teórica, sino aplicándolo en su propio hogar.

Selección de alimentos por grupo



En las imágenes de selección de alimentos por grupo, las fotografías muestran el trabajo en equipo de cada una de las ocho familias. En esa ocasión, utilizando el material didáctico Nutrikit (Apéndice G) como forma visual de trabajar con los distintos alimentos en tamaños y porciones reales. Además, las imágenes muestran a cada una de las diferentes familias en su ambiente.

Combinación de alimentos



En la actividad de combinación de alimentos, como ya se describió anteriormente se trató que cada una de las familias diseñara un menú combinado saludablemente y de acuerdo a sus costumbres y alimentos disponibles. Para ello, cada uno de los integrantes escribió sobre una hoja de papel bond un tipo de platillo que los demás integrantes de la familia le indicaron, colocando en cada lugar el grupo al que correspondía cada alimento. Entonces, en las fotografías se puede ver a una mamá, a una hija, a un papá, a un hermano, etc., como evidencia de su participación en dicha actividad.

Platillos preparados de acuerdo a la combinación de alimentos



Las fotografías anteriores reflejan algunos de los platillos preparados por las familias luego de la intervención del proyecto como forma de reflejar lo aprendido durante las sesiones. En su mayoría, corresponden a platillos preparados para la hora de la comida sólo el 2 y el 9 que pueden ser utilizados como desayuno o cena por ser más ligeros pero que aún así cumplen con la combinación de un carbohidrato, una proteína y una grasa. Por último, del total de los platillos sólo el 8 omitió agregar verduras por lo que se considera incompleto o no completamente saludable, ya que ese tipo de alimentos aportan las vitaminas, fibra y agua que el cuerpo necesita.

Rally familiar de integración de prácticas alimentarias



Finalmente, el proyecto concluyó con un Rally familiar plasmado en las fotografías que se presentan en la parte superior al cual acudieron las ocho familias participantes del proyecto. En cada una de las fotografías, se describe un aspecto importante del rally como la selección de alimentos, la combinación y la preparación de un sándwich. La convivencia se tornó muy amena y al final se entregaron los reconocimientos a cada una de las familias como agradecimiento a su participación.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS DEL PROYECTO

En este capítulo se retoman cada uno de los objetivos que guiaron la implementación de este proyecto “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia” y el nivel en el que se cumplieron luego de la intervención del proyecto y tomando en cuenta la evaluación inicial y final de acuerdo a las metas trazadas en el diseño del proyecto.

5.1. Cumplimiento con los objetivos

El objetivo general del proyecto fue Reorientar las prácticas alimentarias de ocho familias del Municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León, mediante el modelo de intervención social centrado en la tarea y los resultados obtenidos se muestran desde cada uno de los objetivos específicos que se describen a continuación y dan evidencia de su cumplimiento.

En el objetivo específico del **reconocimiento de los efectos de las prácticas alimentarias** por parte de los integrantes de las familias la meta de cumplimiento fue que las familias reconocieran al final de la intervención al menos un síntoma o enfermedad relacionada a su alimentación.

Como resultado, este primer objetivo con relación a la meta planteada se considera cumplido ya que la mayoría de los integrantes de las familias reconocen entre sus prácticas alimentarias algunas que les afectan o impactan en su salud o peso corporal. Entre ellas se mencionan el consumo elevado de azúcares, grasas o en general productos industrializados, recostarse luego del consumo, una baja ingesta de agua, entre otras. Denotando además, preocupación por los demás integrantes de la familia y los efectos que una práctica de alimentación personal puede tener en los otros.

En el objetivo específico correspondiente al **desarrollo de habilidades en la selección, preparación y consumo de alimentos** por parte de las familias participantes la meta propuesta fue el aumento de al menos cinco puntos en la EVSPA de cada familia al final de la intervención y un resultado significativo de cada sección por medio de la prueba estadística de los signos de Wilcoxon.

Como resultado, el aumento promedio en la EVSPA fue de 11.8 puntos, mientras que individualmente la familia que menos puntos aumentó obtuvo 2 y la que más aumentó su resultado en la EVSPA obtuvo 20 puntos. Por lo tanto, se puede determinar que la meta fue cumplida en cuanto a las prácticas alimentarias en general y que corresponden al proceso completo de alimentación tomando en cuenta la prueba estadística de los signos de Wilcoxon utilizando un nivel de confianza del 95.0%.

En conclusión, se puede afirmar el cumplimiento de la meta en el desarrollo de habilidades sobre las prácticas alimentarias de las ocho familias ya que todas presentaron aumentos favorables en sus prácticas alimentarias. Cada una de ellas selección, preparación y consumo evaluada por la EVSPA antes y después de la intervención social del proyecto.

Para el objetivo específico que trata de mejorar la **cooperación familiar** en el proceso de alimentación la meta que se planteó fue un incremento en el interés y/o la participación familiar en el proceso de alimentación.

La evaluación de este objetivo se realizó por medio de datos cualitativos obtenidos del grupo focal final y algunos discursos por parte de las ocho familias. Del mismo modo, se debe recalcar que las ocho mujeres que formaban parte de cada una de esas familias ya se encontraban participando en un grupo de ayuda mutua para el control de su peso corporal por lo que su interés en el proceso de alimentación familiar se hizo evidente desde el inicio. La importancia radicó en observar el interés por parte de algún otro miembro de la familia y la forma en que trataron de cooperar en su proceso de alimentación. Entre ellos, la participación masculina fue el cambio más relevante durante el proceso y así lo confirmaron la mayoría de las mujeres, quienes mencionaron que sus esposos se interesaron en hacer un cambio en su proceso de alimentación.

5.2. Impacto del proyecto en el ámbito personal, familiar y social

La intervención por medio de un proyecto social, se realiza con la firme convicción de generar un cambio en la sociedad. También, como forma de apoyar en la resolución de un problema determinado como en este caso en el peso corporal saludable mediante la reorientación de prácticas alimentarias en ocho familias del municipio de San Nicolás de los Garza, Nuevo León. De acuerdo a lo anterior, se describen cada uno de los ámbitos en los que el proyecto “Reorientación de prácticas alimentarias en la familia” trató de causar un impacto favorable.

5.2.1. Ámbito personal

Individualmente, cada uno de los integrantes de la familia pudo conocer su estado nutricional por medio de la evaluación antropométrica y establecer una meta para el control de peso saludable. En cada una de las sesiones adquirió la información necesaria para el desarrollo de habilidades que le permitieron lograr dicha meta. Durante el proceso de la intervención de este proyecto surgieron dudas individuales que fueron resueltas en el momento, ya que se utilizó la técnica de acompañamiento para motivar a los participantes. Además, la activa participación de cada integrante demostró un interés por hacer cambios positivos en su estado nutricional y por consiguiente en su salud.

5.2.2. Ámbito familiar

El impacto familiar respondió a una necesidad de unificación alimentaria, en la que no se tuvieron que preparar distintos platillos en un mismo tiempo de comida y aun así lograr que la familia en conjunto lograra un estado nutricional en equilibrio. Otro aspecto importante, fue la cooperación familiar en el proceso de alimentación tratando de elevar la participación y el conocimiento de todos los integrantes de la familia para que las prácticas alimentarias no recayeran

en uno solo de los integrantes y, de este modo, el hacer partícipe a toda la familia ayudó en la motivación constante de sus integrantes y los hizo cómplices para el logro común del objetivo.

Como resultado, algunos de los integrantes de las familias que no se encargaban de ninguna etapa del proceso de alimentación, se involucraron de forma positiva adquiriendo nuevos conocimientos y habilidades. Los más interesados fueron los hombres, quienes descubrieron nuevas formas de comer saludable sin estar a dieta. Finalmente, el tener una familia saludable se tradujo en un menor gasto económico que a la larga favorece a la disminución de problemas sociales y culturales que son de gran peso para la vida familiar (Muñoz, 2010).

5.2.3. Ámbito social

Socialmente, las ocho familias participantes de este proyecto actúan como agentes multiplicadores de prácticas alimentarias en su comunidad. Primero con sus familiares más directos, como ejemplo de nuevas formas de alimentación saludable en reuniones o eventos. Segundo, en la interacción con sus amigos difundiendo la información más relevante o que causó mayor impacto en la familia como forma de recomendación a los otros. Y tercero, con las personas cercanas como compañeros de trabajo o vecinos que se percaten de un cambio positivo en el peso de cada uno de los integrantes de la familia.

Por último, en este aspecto cabe recordar que como lo menciona Contreras (2002), los alimentos han sido utilizados para lograr relaciones personales y de negocios, expresar amor y cariño, hacer distinción a un grupo, hacer frente a stress psicológico o emocional, significar estatus social, recompensar o castigar, ejercer poder político y económico, entre otros. Por lo que es necesario no hacer una separación entre los alimentos y sus significados en la familia al momento de intervenir.

5.3. Alcances del proyecto

Luego de realizar la evaluación necesaria de este proyecto, es posible describir algunos de los alcances obtenidos y llegar a algunas conclusiones finales en referencia a las ocho familias con las que se implementó. Es pertinente destacar que la intervención del proyecto con las ocho familias resultó ser una experiencia enriquecedora y muy gratificante debido a que fue posible el acceso a cada uno de sus hogares.

De acuerdo al cumplimiento de los objetivos planteados al inicio del proyecto se puede admitir que hubo una respuesta positiva en las familias que estuvieron participando en el proyecto a lo largo de los tres meses de intervención logrando un alcance del 100% de lo planeado al inicio del proyecto. Situación que se puede afirmar de forma destacada por el reconocimiento que expresaron las familias en los efectos de las prácticas alimentarias en su salud, que forma parte de los objetivos cumplidos y ayudó a generar una necesidad de cambio. Sin dejar atrás, las habilidades que se desarrollaron en cada uno de los integrantes de la familia para su proceso de alimentación

como: el saber seleccionar sus alimentos, combinarlos de forma saludable y consumirlos de una manera responsable. Lo anterior, tomando en cuenta su contexto, utilizando sus propias herramientas y dejando la responsabilidad en el propio individuo.

El trabajo familiar resultó ser una técnica útil para la confrontación de las necesidades y gustos alimentarios de cada integrante de la familia para así tratar de unificar prácticas alimentarias que fueran de utilidad para todos. También, sirvió para que los cambios alimentarios estuvieran fuera de la convencional “dieta” y que la familia tuviera un apego mayor y a largo plazo en los cambios de su alimentación.

La cooperación familiar en el proceso de alimentación fue uno de los objetivos de gran alcance y que así manifestaron principalmente las mujeres que pertenecían a las ocho familias participantes. Situación importante que fomenta el trabajo en equipo y el logro de metas comunes, así como una cierta complicidad en las estrategias a seguir. Además de disminuir la carga que se generaba en el integrante de la familia que generalmente se encargaba de la selección, preparación y consumo de alimentos.

A pesar de que los cambios en el peso corporal no fueron evidentes en las ocho familias, algunas de ellas sí mostraron una disminución satisfactoria lo que les dio la confianza de seguir en el proceso para el logro de su meta. Más allá, las familias que lograron esa reducción en su peso corporal mostraron una motivación adicional relacionada con situaciones personales de gran trascendencia como el poder tener hijos o acudir a eventos especiales.

En ese sentido, es importante mencionar el rol que como trabajador social se llevó a cabo dentro del proyecto y con cada una de las ocho familias. Principalmente, el profesional se desempeñó como guía de un proceso de aprendizaje, acompañante y motivador, pero también, como promotor de salud proporcionando la información confiable y con respaldo para el desempeño de las actividades. De esa forma, se coincide con Gallardo (1976) quien divide el trabajo de todo trabajador social en una capacitación básica que se refiere al logro en la toma de conciencia de un grupo frente a su problemática pero también, la capacitación técnica como parte de su quehacer para preparar a dicho grupo a trabajar y participar activamente. Al mismo tiempo, fomentando la autonomía de cada familia en su proceso de alimentación para que al finalizar el proyecto no se dependiera del profesional para su continuación.

En lo que concierne a las políticas públicas, el cumplimiento de la política de salud se da al momento de prevenir y tratar el problema del sobrepeso y la obesidad. Con acciones encaminadas en la familia que apoyan a la política social en el bienestar familiar y que tratan que el gasto en salud por parte de estas familias sea el menor posible.

En resumen, los alcances del proyecto fueron satisfactorios de acuerdo al logro del total de sus objetivos y más importante aún el dejar la información necesaria para que cada una de las ocho

familias continúen su proceso por si sola a largo plazo y poder realizar en su momento una evaluación de impacto.

5.4. Limitaciones del proyecto

Como en todo proyecto, se presentaron algunas limitaciones tanto externas al proyecto como otras internas que de preverse en próximas implementaciones pueden generar mayores resultados.

Externas:

La influencia negativa que representa la oferta de productos industrializados con alto contenido de azúcares, grasas y/o conservadores.

Estos productos se ofrecen a bajo costo y al alcance de la mayoría de los bolsillos, sin mencionar su fácil o nula preparación por lo que son de fácil consumo.

La gran oferta de productos “mágicos” para la disminución de peso corporal lo que hace sentir una seguridad de poder bajar de peso en el momento que se adquieran sin tomarle mucho tiempo de esfuerzo o disciplina.

Internas:

La dificultad para trabajar con un mayor número de familias debido a que se acude a su domicilio y los trayectos o el tránsito puede dificultar el acudir a las visitas y el costo.

La disponibilidad de horarios por parte de las familias ya que se debe tener reunido al total de sus integrantes y con las múltiples actividades que realizan, en ocasiones es difícil o se logra sólo en fines de semana o ya por la noche.

El desinterés de alguno de los integrantes de la familia que provoque distracción o influencia en los demás integrantes de la familia.

El espacio en ocasiones limitado o poco confortable para que los integrantes de la familia estuvieran reunidos.

Los aparatos electrónicos como televisión o celular que provocaron distracción en algunos de los integrantes de las familias.

Como en todo proyecto, las limitaciones mencionadas anteriormente son aspectos no previstos en la implementación del proyecto pero, que enriquecen en este momento su planeación y ejecución futura.

5.5. Recomendaciones y sugerencias

De las recomendaciones para la realización futura de este proyecto, se puede describir en primer lugar la necesidad de contar con el apoyo de patrocinadores relacionados con la salud que otorguen cupones de descuento como supermercados, gimnasios, tiendas de ropa deportiva entre

otros, que sirvan de motivación para la familia. Así mismo, la asociación con organizaciones de la sociedad civil que traten el tema de la nutrición y/o la familia como forma de respaldo social.

En segundo lugar, establecer un manual de actividades para las familias que sea de fácil comprensión, ágil lectura y llamativo para el desarrollo de ejercicios en familia aun cuando el profesional no esté presente. Algunos de los ejercicios pueden ser de relacionar o agrupar alimentos por nutrientes, distinguir síntomas físicos de acuerdo a enfermedades relacionadas con la alimentación entre otros.

Y en tercer lugar, hacer partícipe a más de un profesional en la implementación del proyecto ya que un enfoque multidisciplinario puede ser de gran ayuda cuando los problemas de alimentación no se refieren sólo a una práctica alimentaria negativa. Por ejemplo, un psicólogo y un trabajador social que pueden aportar una visión distinta del problema o un diagnóstico integral mucho más enriquecedor que permita una intervención más efectiva.

5.6. Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en el presente proyecto de intervención social se puede concluir que la intervención de nutrición desde el aspecto social de la familia generó una nueva forma de contribuir a la prevención y/o tratamiento del sobrepeso y obesidad. De la misma manera, cada una de las familias retomó acciones en relación a su proceso de alimentación sin la necesidad de un menú estructurado que generalmente limita el consumo de alimentos. Sin embargo, se requiere de mayor tiempo que el destinado en este proyecto para que la intervención logre mayores resultados y que las familias interioricen cada una de las prácticas alimentarias de forma positiva.

Socialmente, el proyecto contribuyó a generar familias conscientes de su salud por medio de la alimentación y que al mismo tiempo actúen como promotores de prácticas alimentarias positivas en su entorno. De igual manera, el tener familias saludables impacta en una disminución de las estadísticas del sobrepeso y la obesidad que a largo plazo se traducen en un menor gasto en el sistema de salud. Sin embargo, es importante recalcar que su influencia fue en el espacio micro social por lo que su reproducción en otros contextos similares es posible realizando solo las adecuaciones pertinentes de acuerdo al tiempo, lugar o familias participantes.

Finalmente, en lo personal el proyecto generó grandes satisfacciones y conocimientos en torno a la familia, su proceso de alimentación y el lugar en que se lleva a cabo. El enriquecimiento de la visión profesional que inicialmente era clínica se conjuntó con lo social para lograr un modo distinto para la intervención en nutrición y el desarrollo de habilidades para ello.

Referencias bibliográficas

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. (2010). Recuperado de <http://promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf>
- Álvarez-Gayou, J. (2009). *Cómo hacer investigación cualitativa, fundamentos y metodología*. Barcelona, España: Paidós Ibérica.
- Ariza, M. y De Oliveira, O. (2001, Abril - Junio) Familias en transición y marcos conceptuales en redefinición. En *Papeles de Población*, Núm. 28.
- Black, M. y Creed-Kanashiro H. (2012) ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia, Núm. 29 (Vol.3), pp. 375.
- Burin, M. (2010). *Ámbito familiar y construcción del género*. En *Género y familia. Poder, amor y sexualidad en la construcción de la subjetividad*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Cabello, Ávila y Garay (2010). Percepción de las madres sobre una alimentación “saludable” y su relación con los hábitos alimenticios de sus hijos. En *Obesidad y prácticas alimentarias: Impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria* (págs. 61-82). Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cabello y Arroyo (2013). La obesidad paradójica: construcción de una imagen corporal contradictoria. Recuperado de: <http://www.comunitania.com/numeros/numero-6/martha-leticia-cabello-garza-y-maria-concepcion-arroyo-rueda-la-obesidad-paradojica-construccion-de-una-imagen-corporal-contradictoria.pdf>
- Carballeda, A. (2002) *La invención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Paidós.
- Cervera, P., Clapés, J. y Rigolfas, R. (2004). *Alimentación y Dietoterapia*. España: Editorial McGraw Hil Interamericana.
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos (2010-2015). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado de http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/7_Cartilla_PIDESCyPF.pdf
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2015). Recuperado de <http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Lineas-de-bienestar-y-canasta-basica.aspx>

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (1917). Recuperado de <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

Contreras, J. (2002). Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres. México, Distrito Federal: Editorial Alfaomega.

Contreras, J. y Gracia, M. (2006) Del dicho al hecho: las diferencias entre las normas y las prácticas alimentarias. En Antropología y nutrición. México, Distrito Federal: Editorial Fundación mexicana para la salud.

Diario oficial de la federación. (2015). Recuperado de <http://www.dof.gob.mx/>

- Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2005, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación.
- Norma Oficial Mexicana NOM-051-SCFI/SSA1-2010, Especificaciones generales de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados- Información comercial y sanitaria.
- Norma Oficial Mexicana NOM-251-SSA1-2009, Prácticas de higiene para el proceso de alimentos, bebidas o suplementos alimenticios.

Donzelot, J. (1977). La Policía de las familias. Familia, sociedad y poder. Buenos Aires: Editorial Nueva Visión. Checar autores

Du Ranquet, M. (1996). Trabajo participativo por objetivos o modelo centrado en la tarea. En Los modelos en Trabajo Social: Intervención con personas y familias. Madrid, España: Siglo XXI de España editores.

Durkheim, E. (2006). Las reglas del método sociológico. Madrid: Editorial Alianza.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. (2012). Resultados Nacionales. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>

Espejel, J., Camarena, D. y Sandoval, S. (2014, Julio - Septiembre) Alimentos tradicionales en Sonora, México: factores que influyen en su consumo. Revista de ciencias Administrativas y Sociales, 53, (24), pp.127 – 139.

Fellows, P. (2004) Los alimentos: su elaboración y transformación. Folleto de la FAO sobre diversificación, Núm. 5. Roma, Italia: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).

Flick, U. (2007). Introducción a la investigación cualitativa. Madrid, España: Ediciones Morata.

- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (1992). Conferencia Internacional Sobre Nutrición. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/v7700t/v7700t04.htm>
- Food and Agriculture Organization of the United Nations. (1879). 20° Asamblea General. Recuperado de <http://www.fao.org/world-food-day/history/es/>
- Gallardo, M. (1976). Metodología básica del trabajo social. Monterrey, Nuevo León. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Garine, I. (2002) Los aspectos socioculturales de la nutrición. En Alimentación y cultura Necesidades, gustos y costumbres. México, Distrito Federal: Editorial Alfaomega.
- Grenne, J., Benjamin, L. & Goodyear L. (2001). The merits of mixing methods in evaluation, Núm. 7 (Vol. 25), DOI: 10.1177/13563890122209504.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2010). Metodología de la Investigación. México, Distrito Federal: Mc Graw Hill.
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Subirán. (2004). Recuperado de http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/Antropometria_manu_alinnsz.pdf
- Lara, M., Mercedes, M. y Rovetto, A. (2009, Noviembre). Prácticas y representaciones sociales asociadas a esta patología en sectores de bajos recursos. *Obesidad en la pobreza*, Núm. 23 (Vol. 12), pp. 81-94.
- Lathman, M. (2002) Factores sociales y culturales en la nutrición. *Nutrición humana en el mundo en desarrollo*. Recuperado de <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s00.htm>
- Secretaría de Salud (2006). Ley General de Salud. Recuperado de: http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/legis/lgs/LEY_GENERAL_DE_SALUD.pdf
- Márquez, F., Hunot, C., Macedo, G., Bernal, M., Vizmanos, B. (2011). Contribuciones filosóficas, psicológicas, socioantropológicas y biológicas. En *Impacto de la transición alimentaria en el mundo. “Del hambre a la saciedad”*. Guadalajara: Editorial Universitaria Universidad de Guadalajara
- Martínez, A., Franco, K., Díaz, F., Cárdenas, A., Aguilera, V., Valdés, E. y López, A. (2011, Enero - Abril) El tamaño de la porción modifica el consumo de alimentos en estudiantes universitarios. *Acta Universitaria*, Núm. 1 (Vol.21), pp. 23-28.

- Maxim, P. (2002). Métodos cuantitativos aplicados a las ciencias sociales. México, Distrito Federal: Oxford University Press.
- Mills, W. (1961). La promesa. En La imaginación sociológica. México: Editorial Fondo de Cultura Económica.
- Muñoz, J. M. (2010). Políticas Alimentarias de México: una crítica de la evolución de la desnutrición a la obesidad en Obesidad y prácticas alimentarias: Impactos a la salud desde una visión multidisciplinaria (pp. 61-82). Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Naciones Unidas Derechos Humanos (1996-2015). Convención por los Derechos del niño. Recuperado de: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
- Nunes, C. (2007) Somos lo que comemos. Identidad cultural, hábitos alimenticios y turismo. Estudios y perspectivas en turismo, (Vol. 16), pp. 234 – 242. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/eyp/v16n2/v16n2a06.pdf>
- Objetivos de Desarrollo del Milenio. (2010). Recuperado de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf
- Objetivos de Desarrollo del Milenio. (2014). Informe. Recuperado de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Recuperado de <http://www.who.int/topics/obesity/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2013). Recuperado de <http://www.paho.org>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE, 2014). La obesidad y la economía de la prevención: “Fit not fat”. Recuperado de: http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf
- Ortiz, A., Vázquez, V. y Montes, M. (2005, Enero - Junio) La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. Estudios Sociales, Núm. 25 (Vol.13), pp.19.
- Ortiz, L., Delgado, G. y Hernández A. (2006) Cambios con los factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. Departamento de Atención a la salud, Núm. 3 (Vol. 142). Recuperado de <http://www.anmm.org.mx>
- Pagano, R. (2011). Estadística para las ciencias del comportamiento. México, Distrito Federal: Cengage learning editores.

- Pérez, S., Vega, L. y Romero, G. (2007, Enero - Febrero). Prácticas alimentarias de mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? *Alimentación y percepción corporal en mujeres rurales*, Núm. 1 (Vol. 49), pp. 61.
- Plan Nacional de Desarrollo. (2013-2018). Recuperado de <http://pnd.gob.mx/wp-content/uploads/2013/05/PND.pdf>
- Ramos, E., Lozano, C., Cantú, P., Salinas, G., De la Garza, Y. y Salazar, G. (2005). Patrón de consumo alimentario familiar en Nuevo León (México). RESPYN. Recuperado de <http://www.respyn.uanl.mx/vi/4/articulos/pcaf.html>
- Repetto, F., Filgueira, F., y Papadopulus, J. (2006) La política de la política social latinoamericana: Análisis de algunos retos fundamentales y esbozo de sus escenarios sobresalientes. México, Distrito Federal: Editorial Planeta.
- Ribeiro, M. (2011) Diagnóstico de la familia en Nuevo León. Monterrey, Nuevo León: Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Ritchey, F. (2008). Estadística para las ciencias sociales. México, Distrito Federal: McGraw-Hill Interamericana.
- Ross, E. (2002) Una revisión de las tendencias dietéticas desde los cazadores- recolectores hasta las sociedades capitalistas modernas. En *Alimentación y cultura Necesidades, gustos y costumbres*. México, Distrito Federal: Editorial Alfaomega.
- Secretaría de Gobernación (2012). Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). Recuperado de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/INST%20000.pdf>
- Vélez, L. y Gracia B. (2003) La selección de alimentos: una práctica compleja. *Colombia Médica*, Núm. 2 (Vol.34), pp. 92-96.
- Viscarret, J. J. (2007). El modelo centrado en la Tarea. En *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza Editorial.

Apéndices

Apéndice A
Consentimiento informado

Universidad Autónoma de Nuevo León
Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano
Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Familia:

El propósito de este documento es entregarles toda la información necesaria para que ustedes puedan decidir libremente si desean participar en el proyecto de intervención que se ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Resumen del proyecto:

El presente proyecto será realizado por Janneth Rosales Cervantes quien es Licenciada en Nutrición. Específicamente, pertenece a la Maestría en Trabajo social con Orientación en proyectos sociales, de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León. Misma que, tomará medidas antropométricas como peso y talla además de la intervención a domicilio durante 3 meses dividida en 6 sesiones de 1 hora cada una aproximadamente.

Las sesiones serán programadas de acuerdo a la disponibilidad de la familia en fecha y hora, considerando que deben estar presentes todos los integrantes de la familia que se encuentran inscritos en el Formato de registro de familia.

En la intervención en la familia se pretende hacer un cambio en la alimentación de los individuos. Es por esto, que el **objetivo del presente proyecto** será reorientar las prácticas de cada una de las familias de mujeres con obesidad mórbida que deseen participar.

Si ustedes aceptan participar en este proyecto realizarán las siguientes actividades:

Medidas antropométricas: se realizará la toma de peso con báscula y estatura con estadímetro, datos que se utilizarán para calcular el Índice de masa Corporal (IMC) de cada uno de los integrantes de la familia al inicio y final de la intervención.

Fotografías y video: En algunas de las sesiones de intervención se podrán tomar fotografías y/o video como evidencia para la presentación de resultados del presente proyecto. Las fotografías digitales y el video serán descargadas de la cámara a la computadora de Janneth Rosales Cervantes, quien será responsable de salvaguardar este material durante y después de concluido el proyecto.

Contrato: se trabajará bajo el formato de tareas, por lo que se deberá firmar un contrato de conformidad al llegar a un acuerdo sobre cada una de las tareas específicas para la reorientación de prácticas alimentarias en la familia.

En todos los procedimientos y actividades descritos anteriormente el participante no presentará riesgos ni consecuencias para su salud física.

Es importante señalar que todos los datos personales obtenidos son confidenciales y la información obtenida será utilizada exclusivamente para fines académicos. A su vez, destacar que su participación es completamente voluntaria, si no desea participar en el presente proyecto de intervención, su negativa no traerá ninguna consecuencia para ustedes. De la misma manera, si lo estima conveniente usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento de éste. Al respecto, exponemos que:

Hemos sido informados sobre el proyecto a desarrollar, que los procedimientos que se realicen, no implican un costo que debamos asumir. Nuestra participación en el proyecto no involucra costo económico alguno que debamos solventar. Junto a ello hemos recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estamos en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaremos, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá nuestro nombre ni datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la intervención ya descrita. Sabemos que la decisión de participar en esta intervención, es absolutamente voluntaria. Si no deseamos participar en ella o, una vez iniciada la intervención, no deseamos seguir colaborando, podemos hacerlo sin problemas. En ambos casos, se nos asegura que dicha negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para nosotros.

Adicionalmente: Janneth Rosales Cervantes, Correo electrónico: janneth.nutrición@gmail.com, Celular: (81) 1066 22 94, ha manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que nos surja sobre nuestra participación en la actividad realizada. También podemos contactarnos con el departamento de posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, a través del Teléfono (81) 83 52 13 09 Ext. 108.

Hemos leído el documento, entendemos las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar nuestro consentimiento, para lo cual lo firmamos libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Nosotros,

Con domicilio en.....

Consentimos participar en el proyecto de intervención denominado: "Reorientación de prácticas alimentarias en la familia", del municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León" y autorizo a *Janneth Rosales Cervantes*, responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos, para realizar las actividades descritas por el proyecto de intervención.

Fecha:/...../.....

Hora:

Responsable: Janneth Rosales Cervantes

Nombre

Firma

Apéndice B

Formato de registro de familia.

Universidad Autónoma de Nuevo León
 Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano
 Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales
FORMATO DE REGISTRO DE FAMILIA

No. _____

Nombre de contacto: _____ **Edad:** _____

Integrantes de la familia:

	Edad: _____

Domicilio

Calle y Número: _____ C.P. _____
 Colonia: _____ Municipio: _____ Estado _____
 Teléfono casa: _____ Cel: _____

Tabla de visitas

Fecha						
Hora						

Apéndice C

**Formato para el registro de medidas
antropométricas**

Medidas antropométricas

Familia No. _____

No.	Nombre	Edad	Estatura	Peso 1	IMC 1	Peso 2	IMC 2
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

IMC: Índice de masa corporal (kg/m²)

1 = Inicial

2 = Final

Apéndice D

**Formato para el registro del problema y
de las tareas familiares**

Problema: _____

No.	TAREAS	FIRMAS	CUMPLIMIENTO
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Fuente: elaboración propia.

Apéndice E

**Encuesta de valor sobre prácticas
alimentarias (EVSPA)**

Encuesta de Valor sobre Prácticas Alimentarias

EVSPA

Sección 1.

Persona que acude a realizar la selección y compra de alimentos:

--- Mamá --- Papá --- Hijos --- Otros _____

Hora: _____ Día: _____ Lugar: _____

Selección		ANTES			DESPUÉS		
		Sí (2 puntos)	No (0 puntos)	A veces (1 punto)	Sí (2 puntos)	No (0 puntos)	A veces (1 punto)
1	Realizan un inventario de su alacena						
2	Realizan lista de súper						
3	Evitan acudir con hambre a realizar las compras						
4	Seleccionan la mayor parte de sus alimentos de frutas y verduras.						
5	Seleccionan los carbohidratos integrales						
6	Seleccionan proteínas de bajo contenido en grasa						
7	Realizan la lectura de la etiqueta nutrimental de los productos procesados						
8	Eligen alimentos de acuerdo a su grupo de edad						
9	Eligen alimentos de acuerdo a enfermedades específicas						
10	Evitan tener alimentos chatarra en su alacena						
TOTAL							

Anexar fotografías de alacena y refrigerador.

Sección 2.

Persona (s) que prepara los alimentos.

--- Mamá --- Papá --- Hijos --- Otros _____

Tiempo disponible para la preparación: _____

Preparación		ANTES			DESPUÉS		
		Sí (2 puntos)	No (0 puntos)	A veces (1 punto)	Sí (2 puntos)	No (0 puntos)	A veces (1 punto)
1	Cuentan con superficies y utensilios inocuos						
2	Realizan la salida a productos con fecha de caducidad vencida						
3	Identifican los grupos de alimentos						
4	Realizan lavado de manos antes de la preparación						
5	Lavan y desinfectan alimentos						
6	Preparan alimentos a vapor, caldos, cocidos o a la parrilla.						
7	Evitan preparar empanizados o lampreados más de 1 vez por semana.						
8	Evitan utilizar condimentos procesados o se utilizan con moderación						
9	Evitan la sobre cocción de frutas y verduras						
10	Combinan de forma apropiada los alimentos.						
TOTAL							

Anexar fotografías de platillos preparados en la familia.

Sección 3.

Días de consumo familiar en casa: L ____ M ____ M ____ J ____ V ____ S ____ D ____

Consumo		ANTES			DESPUÉS		
		Sí (2 puntos)	No (0 puntos)	A veces (1 punto)	Sí (2 puntos)	No (0 puntos)	A veces (1 punto)
1	Cuentan con más de 20 minutos para consumir sus alimentos.						
2	Consumen verduras en cada tiempo de comida.						
3	Consumen la cantidad de alimentos necesaria para no sentirse incómodo (demasiado lleno).						
4	Consumen sus alimentos libre de sentimientos de culpa.						
5	Evitan consumir bebidas azucaradas con sus comidas.						
6	Consumen alimentos entre comidas.						
7	Evitan consumir alimentos impulsados por algún sentimiento (ira, tristeza, alegría).						
8	Evitan dormir o recostarse después de consumir alimentos.						
9	Consumen alimentos dentro de la primera hora después de despertar por las mañanas.						
10	Evitan consumir alimentos que les provocan malestar físico.						
TOTAL							

Fuente: Elaboración propia

Apéndice F

Tabla de actividades para la operación del proyecto

Sesión	Tema	Tarea	Objetivo	Actividades	Recursos	Resultados esperados
1	Alimentación y salud	Anotar síntomas personales de los siguientes días.	Que la familia determine cuáles de sus síntomas corresponden a un estado nutricional en desequilibrio.	<ol style="list-style-type: none"> Colocarse en un lugar cómodo y sin ruidos. Desarrollar el tema preguntando sobre los conceptos básicos de alimentación. Cerrar el tema con el Índice de Masa Corporal de los integrantes de la familia con ayuda de imágenes en escala de menor a mayor. Definir la tarea para la próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas doble carta con imágenes y palabras clave. Lista con los datos antropométricos de la familia. Grabadora de voz 	Familias que reconocen los efectos de las prácticas alimentarias negativas.
2	Selección de alimentos e inventario de alacena	Separar los alimentos de su alacena de acuerdo a los grupos de alimentos y anotarlos en lista.	Que la familia identifique los alimentos que tiene en casa y sepa a qué grupo pertenecen.	<ol style="list-style-type: none"> Colocarse en un lugar cómodo y sin ruidos. Comentar y evaluar la tarea de la sesión anterior. Desarrollar el tema de los grupos de alimentos gracias al material didáctico. Utilizar ejemplos fáciles sobre los tipos de comidas rápidas y su contenido energético. Utilizar etiquetas nutrimentales de alimentos procesados de su hogar para su lectura y comprensión. Definir tarea de la próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Libreta o cuaderno para hacer anotaciones. Pluma o lápiz Hojas doble carta con imágenes Material didáctico Nutrikit Formato de evaluación 1 de selección Grabadora de voz 	Familias que conocen los principales grupos de alimentos y ubican los que tienen en su hogar.
3	Combinación correcta de alimentos y preparaciones saludables	Terminar la hoja de recetas saludables (Desayuno, comida o cena) y tomar fotografías a algunos de sus platillos y mandarlos por whatsapp	Que la familia tenga el conocimiento sobre la combinación de alimentos y desarrolle su creatividad para la preparación de alimentos saludables.	<ol style="list-style-type: none"> Colocarse en un lugar cómodo y sin ruidos. Comentar y evaluar la tarea de la sesión anterior. Utilizar las listas de alimentos que realizaron de tarea con los alimentos que tienen en su hogar para definir cuales se pueden combinar con cuales. Ejemplo de preparaciones y métodos de cocción saludables. Definir tarea de la próxima sesión. 	<ul style="list-style-type: none"> Listas de los grupos de alimentos. Rotafolio y plumones. Formatos de evaluación 1 de preparación y consumo. Grabadora de voz 	Que la familia logre combinar y preparar sus alimentos de forma saludable.
4	Consumo responsable de alimentos y estrategias para el consumo fuera del hogar.	Realizar un repaso de las sesiones anteriores y poner en práctica lo aprendido en el Rally final.	Que la familia sea capaz de tomar una decisión basada en sus conocimientos sobre los grupos de alimentos y su combinación, además de la lectura de su etiqueta nutrimental.	<ol style="list-style-type: none"> Colocarse en un lugar cómodo y sin ruidos. Comentar y evaluar la tarea de la sesión anterior. Desarrollar el tema con ayuda de material de apoyo. Definir estrategias de consumo fuera de la casa. Entregar invitación para el Rally familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> Hojas doble carta con estrategias de consumo saludable. Formato de evaluación 1 de consumo. Formatos de evaluación 2 de selección y preparación. Grabadora de voz. 	Familias con un consumo responsable de alimentos dentro y fuera de su hogar.
5	Cooperación familiar en la integración de las prácticas alimentarias.	Rally sobre las prácticas alimentarias en la familia.	Convivencia familiar e importancia de la cooperación familiar.	<ol style="list-style-type: none"> Ver apéndice de las actividades diseñadas para el Rally familiar. 	Formato de evaluación 2 de consumo.	Lograr la integración de las prácticas alimentarias por medio de una convivencia familiar.

Apéndice G
Material didáctico “Nutrikit”

Apéndice H

Reconocimientos



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN®



OTORGA EL PRESENTE

RECONOCIMIENTO

A: Familia

Por su valiosa participación en el Proyecto de Intervención Social “Reorientación las Prácticas Alimentarias positivas en la Familia”

Lic. Janneth Rosales Cervantes
Nutrióloga

San Nicolás de los Garza Nuevo León, a 07 de Diciembre 2014



UANL
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN®



OTORGA EL PRESENTE

RECONOCIMIENTO

A: Familia

Por haber logrado una disminución de 13.1 kg durante su participación en el proyecto de Intervención Social “Reorientación de las Prácticas Alimentarias positivas en la Familia”

Lic. Janneth Rosales Cervantes
Nutrióloga

San Nicolás de los Garza Nuevo León, a 07 de Diciembre 2014