

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



APRENDIENDO Y RESIGNIFICANDO CONCEPTOS, ACTITUDES Y
CREENCIAS MEDIANTE UN MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN
MUJERES QUE PRESENTAN OBESIDAD

TESIS

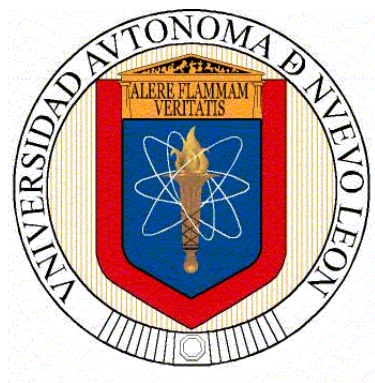
QUE OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL CON
ORIENTACIÓN EN PROYECTOS SOCIALES

PRESENTA

ADRIANA SELENE HERNÁNDEZ RESENDIZ

JULIO 2015

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



APRENDIENDO Y RESIGNIFICANDO CONCEPTOS, ACTITUDES Y
CREENCIAS MEDIANTE UN MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL EN
MUJERES QUE PRESENTAN OBESIDAD

TESIS

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

PRESENTA

ADRIANA SELENE HERNÁNDEZ RESENDIZ

ASESORA

DRA. MARTHA LETICIA CABELLO GARZA

JULIO 2015

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por darme fuerza, sabiduría y paciencia para concluir con una meta mas en mi vida profesional, a mi familia por su apoyo y comprensión incondicional, a mi esposo mi mejor amigo quien me ayudo a superar los momentos difíciles en este recorrido y a mis hijas quienes son mi mas grande alegría y el motor que me motiva a seguir.

AGRADECIMIENTOS

II

Agradezco principalmente a Dios quien me dio fuerza y fé para concluir lo que me parecia imposible terminar.

Agradezco a mi amado esposo, mi amigo y compañero inseparable, quien siempre estuvo en las buenas y en las malas, que con su apoyo constante y amor incondicional no me dejo rendirme y quien siempre me impulso a terminar este proyecto.

Agradezco a mis padres por siempre estar conmigo en los momentos importantes y quienes siempre me han apoyado a seguirme superando en lo profesional y en lo personal.

Agradezco tambien a mis suegros, a mis tias por ser parte importante en mi vida y quienes me ayudaron a cuidar de mis hijas mientras yo realizaba este proyecto.

Agradezco especialmente a la Dra Martha Leticia Cabello Garza por su amistad y por siempre tenerme paciencia y comprensión, quien me impulso a estudiar esta maestría y quien con sus consejos, anécdotas y con su forma de ver la vida ha sido mi guía en lo profesional, en lo espiritual y en lo personal, muchas gracias.

Por último agradezco la participación de todas las integrantes de este proyecto que sin ellas esto no hubiera sido posible, me llevo muchos recuerdos, gracias por confiar en mi.

RESUMEN

Ante la crisis de la modernidad nuevas problemáticas sociales como la obesidad se han hecho presentes con impactos importantes en los sistemas de salud. Este trabajo presenta una propuesta de intervención social para la atención de la obesidad en mujeres que forman parte de un grupo de ayuda mutua, basada en un modelo cognitivo-conductual, con el objetivo de promover estilos de vida saludables a través de la resignificación de conceptos, actitudes y creencias que tienen respecto a la obesidad, alimentación sana y actividad física. Para lograr lo anterior se trabajó con el desarrollo de la autodecisión de alimentos saludables y el manejo de emociones frente a situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos, desarrollar el deseo de aprender nuevas actividades en su tiempo libre donde la prioridad fuera la actividad física, reconstruir creencias y representaciones sociales que les permitan tener un objetivo de vida y deconstruir las creencias no saludables en cuanto a la alimentación, ejercicio físico y estilo de vida saludable. Para evaluar este proyecto se utilizaron instrumentos cuantitativos como un test de autoestimación, un cuestionario de creencias y prácticas sobre estilos de vida saludable, datos antropométricos como el índice de masa corporal (IMC) e instrumentos cualitativos como las entrevistas semiestructuradas realizadas antes y después de la implementación del proyecto, que dieron cuenta de los aspectos subjetivos de la intervención. En cuanto a los resultados obtenidos se logró, que cada una de las participantes registrara cambios en la forma de ver su cuerpo, su problema de obesidad, autoestima, la percepción sobre el ejercicio y la relación con la comida lo cual es expresado a través de sus discursos.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	I
AGRADECIMIENTOS.....	II
RESUMEN.....	III
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO.....	5
1.1.1.-Definición del problema a resolver.....	5
1.1.2.- Vinculación con una política social.....	7
1.1.2.1. Marco Jurídico de la Obesidad a nivel Mundial.....	7
1.1.2.2.-Estrategias a nivel mundial para el Sobrepeso y la Obesidad.....	10
1.1.2.3.- Marco Jurídico de la Obesidad en México.....	11
1.1.2.4.- Plan Nacional de Desarrollo	12
1.1.2.5.-Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria.....	13
1.1.2.6.- Ley General de Salud.....	14
1.1.2.7.- Norma Mexicana NOM-008-SSA3-2010.....	16
1.1.2.8.- Plan Estatal de Desarrollo de Nuevo León 2010- 2015.....	16
1.1.2.9.- Programa Sectorial de Salud 2013- 2018.	17
1.2 PARADIGMA, MODELOS DE INTERVENCIÓN Y TEORÍAS SOCIALES QUE SUSTENTAN EL PROYECTO	18
1.2.1.- Modelo teórico que sustenta el proyecto.....	20
1.3.-CONTEXTO DEL PROYECTO.....	27
1.3.1.-Aspectos sociales del problema.....	27
1.3.2.- La institución donde se implementa el proyecto.....	32
1.3.3- Localización geográfica.....	33
1.3.4.-Aspectos de la organización.....	34
CAPITULO 2. METODOLOGIA DEL PROYECTO.....	36
2.1 Resultados del diagnostico.....	38
2.1.1.- Resultados de la entrevista semiestructurada.....	38
2.1.2.- Observaciones generales del diagnóstico.....	45
2.3.- Planeación y Diseño del proyecto.....	46
2.3.1.-Nombre del Proyecto.....	46
2.3.2.- Objetivo general.....	46
2.3.3.-Objetivos específicos.....	47
2.3.4.-Objetivos, metas y plazos.....	48
2.3.5.- Población beneficiada.....	49
2.3.6.- Actividades y calendarización.....	49
2.3.7.-. Recursos humanos, materiales, financieros y técnicos.....	50
2.4.-Implementación y operación del proyecto.....	53
2.4.1.- Actividades y contenido del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”	54

2.4.2.- Relatoría: implementación del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”	66
CAPITULO 3.-EVALUACIÓN DEL PROYECTO.....	78
3.1.-Tipo de evaluación.....	78
3.1.1.- Evaluación Cualitativa.....	78
3.1.2.- Evaluación Cuantitativa.....	82
3.2.-Análisis de la evaluación.....	90
3.2.1.- Análisis Cualitativo.....	90
3.2.2.- Análisis Cuantitativo.....	90
3.3.- Resultados de la evaluación.....	91
3.3.1.- Resultados de la evaluación cualitativa.....	91
3.3.2.- Resultados de la evaluación cuantitativa.....	108
CAPITULO 4. RESULTADOS DEL PROYECTO.....	134
4.1.- Implicaciones del proyecto para el campo del Trabajo Social.....	134
4.2.- Conclusiones	135
4.2.1.- Alcances del proyecto.....	135
4.2.2.- Limitaciones del proyecto.....	137
4.3.- Recomendaciones.....	138
4.3.1.- Posibles líneas de intervención futura.....	138
4.3.2.- Sugerencias.....	139
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	140
APÉNDICES.....	148
Apéndice A Entrevista Semiestructurada.....	150
Apéndice.....	152
Apéndice C Cuestionario de prácticas sobre estilos de vida.....	156
Apéndice D Cuestionario de creencias sobre estilos de vida.....	156

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Figuras

Figura 1. Organigrama FTSYDH	36
Figura 2. Instrumentos y técnicas utilizados en la evaluación inicial y final del proyecto de intervención	78
Figura 3. Estado nutricional de acuerdo al IMC antes y después de la intervención	111
Figura 4. Resultados de la escala de autoestimación de Lucy Reidl antes y después de la intervención	112
Figura 5. Estilo de vida en general antes y después de la intervención.....	114
Figura 6. Categorías del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida	115
Figura 7. Prácticas de actividad física y manejo del tiempo libre	117
Figura 8. Prácticas sobre hábitos alimenticios	119
Figura 9. Prácticas de consumo de sustancias y bebidas.....	121
Figura 10. Prácticas de sueño	121
Figura 11. Creencias sobre actividad física y manejo del tiempo libre	125
Figura 12. Creencias sobre autocuidado.....	127
Figura 13. Creencias sobre hábitos alimenticios	129
Figura 14. Creencias sobre consumo de sustancias y bebidas.....	131
Figura 15. Creencias sobre sueño	133

Índice de Tablas

Tabla 1. Objetivos, metas y plazos	48
Tabla 2. Cronograma de actividades	50
Tabla 3. Recursos Materiales	51
Tabla 4. Recursos Técnicos	52
Tabla 5. Clasificación de obesidad según la OMS	84
Tabla 6. Puntajes de la Escala de auto estimación de Lucy Reidl.....	85
Tabla 7. Interpretación de la Escala de auto estimación de Lucy Reidl.....	86
Tabla 8. Distribución de las categorías del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida	87
Tabla 9. Valores a escala del Cuestionario de prácticas creencias sobre estilos de vida	88
Tabla 10. Rangos de calificación del Cuestionario de Prácticas sobre estilos de vida	88
Tabla 11. Rangos de calificación del Cuestionario de Creencias sobre estilos de vida	89
Tabla 12. Rangos de calificación general del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida	89
Tabla 13. Descripción de las opiniones de los participantes del grupo de ayuda mutua sobre la obesidad	92

Tabla 14 Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre su cuerpo	93
Tabla 15. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre la comida	95
Tabla 16. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre la dieta	96
Tabla 17. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre el ejercicio.....	98
Tabla 18. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre el tiempo libre	99
Tabla 19. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre la actividades que realiza en su tiempo libre	100
Tabla 20. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre la actividad fisica que realiza	101
Tabla 21. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua cuando se miran en un espejo	102
Tabla 22. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre el manejo de emociones ante situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos	104
Tabla 23. Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre la autodesición de alimentos saludables	106
Tabla 24. Peso corporal antes y despues de la intervención.....	108
Tabla 25. Estadísticas de muestras emparejadas del peso corporal antes y después de la intervención	109
Tabla 26. Correlaciones de muestras emparejadas del peso corporal antes y despues de la intervención	109
Tabla 27. Prueba de muestras emparejadas del peso corporal antes y despues de la intervención	109
Tabla 28. Resultados de la escala de autoestimacion de Lucy Reidl antes y despues de la intevrención	111
Tabla 29. Prueba los signos de Wilcoxon para la escala de auto estimacion de Lucy Reidl	113
Tabla 30. Estilo de vida general antes y despues de la intervención	113
Tabla 31. Prueba de los signos de Wilcoxon para el estilo de vida en general de las participantes.....	114
Tabla 32. Nivel de practicas sobre actividad fisica y el manejo del tiempo libre antes y despues de la intervención.....	116
Tabla 33. Prueba de los signos de Wilcoxon para la actividad fisica y el manejo del tiempo libre	117
Tabla 34. Nivel de practicas sobre habitos alimenticios antes y despues de la intervención	118

Tabla 35. Prueba de los signos de Wilcoxon para las practicas sobre habitos alimenticios.....	119
Tabla 36. Nivel de practicas sobre consumo de sustancias y bebidas antes y despues de la intervenci3n	120
Tabla 37. Prueba de los signos de Wilcoxon para las practicas sobre consumo de sustancias y bebidas	121
Tabla 38. Nivel de practicas sobre habitos de sue1o antes y despues de la intervenci3n..	122
Tabla 39. Prueba de los signos de Wilcoxon para las practicas de sue1o	123
Tabla 40. Nivel de creencias sobre actividad fisica y el manejo del tiempo libre antes y despues de la intervenci3n.....	124
Tabla 41. Prueba de los signos de Wilcoxon para las creencias sobre actividad fisica y el manejo del tiempo libre	125
Tabla 42. Nivel de creencias sobre autocuidado	126
Tabla 43. Prueba de los signos de Wilcoxon para las creencias sobre autocuidado	127
Tabla 44. Nivel de creencias sobre habitos alimentarios antes y despues de la intervenci3n	128
Tabla 45. Prueba de los signos de Wilcoxon para las creencias sobre autocuidado	129
Tabla 46. Nivel de creencias sobre consumo de sustancias y bebidas antes y despues de la intervenci3n..	130
Tabla 47. Prueba de los signos de Wilcoxon para las creencias sobre consumo de sustncias y bebidas	132
Tabla 48. Nivel de creencias sobre sue1o antes y despues de la intervenci3n..	132
Tabla 49. Prueba de los signos de Wilcoxon para las creencias sobre sue1o.....	133

INTRODUCCIÓN.

El propósito de este trabajo fue presentar una propuesta de intervención social con el objetivo de resignificar conceptos, actitudes y creencias sobre la obesidad, alimentación y actividad física de 10 mujeres que presentan obesidad y que pertenecen a un grupo de ayuda mutua con la finalidad de generar cambios en su estilo de vida. Este documento presenta el trabajo teórico, técnico y práctico desarrollado durante dos años en un proyecto de investigación denominado “Atención Integral de la Obesidad Mórbida a Través de un Grupo de Ayuda Mutua”, el cual permitió obtener conocimientos para una nueva modalidad de intervención en proyectos sociales relacionados con la obesidad, factibles para implementarse en micro espacios locales, nacionales e internacionales.

Se presenta el diseño, implementación y evaluación de un proyecto de intervención centrado en el modelo cognitivo conductual, con el propósito de resignificar conceptos, creencias y conductas relacionadas con el estilo de vida de mujeres con problemas de sobrepeso y obesidad. La obesidad es una enfermedad que constituye un problema universal y que afecta tanto la salud física como la emocional (Suverza & Haua, 2012), se define como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud y se identifica mediante el índice de masa corporal (IMC) en adultos, el cual es un indicador simple que se calcula dividiendo el peso en kilogramos de un individuo por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) siendo así que un índice mayor a 30 kg/m^2 determina si existe obesidad y en personas con obesidad mórbida su índice de masa corporal es mayor a 40 kg/m^2 (Organización Mundial de la Salud, 2015), y el estilo de vida es un conjunto de procesos sociales, tradiciones, hábitos y conductas que conducen a la satisfacción de necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la salud (Suverza & Haua , 2012).

De acuerdo a Suverza & Haua (2012), un estilo de vida saludable está relacionado con una adecuada autoestima e identidad, la necesidad del sentido de pertinencia, así como autodecisión, autogestión, deseo de aprender, actividades para el tiempo libre, comunicación y participación en el ámbito familiar y social, entre otras. Por su parte Fuste (2010), menciona que los hábitos de vida favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable, la cultura física, los hábitos alimentarios saludables, hábitos culturales del empleo del tiempo libre y el

reconocimiento de las conductas saludables. Este proyecto estuvo centrado en contribuir mediante el grupo de ayuda mutua a que las participantes logaran mejorar su autoestima, cambiar conductas alimenticias y de actividad física no saludables pero además en conseguir que las participantes formularan sus metas y objetivos de vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), menciona que las consecuencias a largo plazo de no tener un estilo de vida saludable y presentar obesidad, son: contraer enfermedades no transmisibles como; diabetes, hipertensión, asma, infartos cardiacos, trombosis, afecciones del sistema inmune entre otras. Por otra parte la persona obesa presenta alteraciones psicológicas y baja autoestima, derivando en aislamiento social, dificultades para la adaptación, depresión, ansiedad, entre otras, que repercuten en la vida productiva y social (Silvestri & Stavile, 2005).

El contexto de la intervención social en la actualidad propone atender los problemas sociales desde diferentes perspectivas. Este trabajo parte de una postura hermenéutica interpretativa, utilizando un modelo de intervención cognitivo-conductual para cambiar estilos de vida saludable. El nivel de intervención fue con grupos. El paradigma interpretativista también conocido como fenomenológico o hermenéutico centra sus acciones en la comprensión de los significados de las acciones humanas donde la realidad es algo múltiple que solo puede ser estudiado de manera holística (Lukas y Santiago, 2009). De acuerdo a Carballada (2002), para generar cambios macro sociales, como disminuir los índices de obesidad, se debe construir desde "ese otro" (p.61) ese protagonista que en este caso son las mujeres con obesidad quienes se transforman en actores sociales y no en un objeto de intervención.

A través de esta perspectiva, la intervención en lo social implica la búsqueda de significados, acciones y expresiones que se construyen a través de las interacciones sociales y su contexto cotidiano.

La hermenéutica es un paradigma, una forma de interpretar la realidad y analizar un objeto de estudio o de intervención, que en este caso son las mujeres con obesidad. Según Álvarez-Gayou (2003), la hermenéutica se define como la teoría y la práctica de la interpretación. Existen acordes a este paradigma teorías sociales como la Teoría del Aprendizaje Social de

Bandura, esta teoría destaca que el aprendizaje ocurre mediante la interacción entre el aprendiz y el entorno social. Bandura (1977), reconoce que no puede entenderse nuestro comportamiento si no tomamos en consideración los aspectos de nuestro entorno que nos están influyendo a modo de presiones externas. Esta teoría fue de gran apoyo para analizar los resultados de este proyecto.

La estructura del trabajo inicia con una revisión teórica del problema a solucionar, se presentan también algunos datos estadísticos relevantes, así como su vinculación con los aspectos jurídicos de las políticas sociales en salud; acciones y estrategias actuales a nivel mundial para el tratamiento y/o prevención de la obesidad, igualmente se presentan las estrategias que existen en México como el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (2010), y el marco jurídico de la salud respecto a la obesidad en México.

Se describen algunas de las premisas filosóficas de la fenomenología interpretativa y se presenta además el modelo teórico con que se sustenta este proyecto de intervención. Dentro de este rubro se describe las características sociales y culturales del grupo social a quien va dirigido el proyecto, además de las características organizacionales, políticas, reglamentos y normas que se rigen en la institución en donde se llevó a cabo esta intervención.

Los elementos metodológicos del proyecto se discutirán en el capítulo dos, en donde se presenta la metodología que se empleó en la recolección e interpretación de la información y los hallazgos que se encontraron en esta intervención. La información se presenta en dos apartados: el primero incluye el diseño e implementación del proyecto y el segundo la evaluación. Primeramente se muestra el diagnóstico aplicado para justificar la implementación de este proyecto social, seguido del diseño y operación de la intervención a través de las sesiones realizadas en el taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”, donde se impartieron sesiones de información utilizando técnicas y herramientas como videos, grupos focales, cuestionarios de preguntas abiertas y reflexión que ayudaron a resignificar creencias y representaciones sociales en cuanto a la obesidad, alimentación y actividad física. Posteriormente se presenta la evaluación del proyecto. En este apartado se encuentra el tipo, estrategias y los resultados de la evaluación

cuantitativa y cualitativa que se utilizaron y se describe el proceso de recopilación y análisis de la información obtenida.

Para la evaluación cualitativa se utilizó una entrevista semiestructurada al inicio y al final de la intervención, esto con la finalidad de conocer si se logró una resignificación en los conceptos, actitudes y creencias no saludables; y para la evaluación cuantitativa se utilizó un cuestionario de creencias y prácticas sobre estilos de vida saludables, además de un test de autoestima que aunado a las medidas antropométricas para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC), fueron instrumentos eficaces en la recolección de información.

Finalmente, en el tercer y último capítulo se plantean las implicaciones del proyecto en el trabajo social, donde se describen los resultados, implicaciones y alcances de este trabajo, concluyendo con diferentes recomendaciones y sugerencias para posibles líneas de intervención futuras.

La epidemia de la obesidad es un problema social que concierne a toda la población. En el caso de México las estrategias de intervención se han enfocado a los niños y niñas con obesidad, sin embargo es importante promover estilos de vida saludables en los adultos y con mayor énfasis en las mujeres que son las que generalmente se encargan de preparar los alimentos en casa. En relación a lo anterior este trabajo pretende dar a conocer nuevas estrategias para el tratamiento integral de la obesidad y así coadyuvar a disminuir la prevalencia de esta enfermedad.

El objetivo es fortalecer las habilidades necesarias de mujeres con obesidad a través del trabajo social con grupos de ayuda mutua, utilizando como base el modelo cognitivo conductual donde puedan aprehender nuevos significados que les permitirá desenvolverse, actuar e interactuar en un mundo obesogénico, buscando la mejor opción para la adopción de un estilo de vida saludable, Resignificando: creencias, conceptos, conductas y actitudes con respecto a la alimentación, así como adquirir una revaloración de su estatus de peso en la generación de hábitos alimenticios saludables. El proyecto a través de la intervención propuesta estuvo centrado en estilos de vida saludable y lograr a través de la resignificación de conceptos y de

conductas no saludables, que 10 mujeres con obesidad, disminuyan su IMC y puedan mejorar su estilo de vida a largo plazo.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO

1.1.1.- Definición del problema a resolver

La obesidad existe desde hace miles de años, sin embargo, debido a los desarrollos tecnológicos actuales, al incremento en el abasto de alimentos, y a la severa reducción de la actividad física, ésta ha alcanzado una proporción sumamente importante, reconociéndose actualmente como uno de los principales problemas de salud pública en México (Barquera, Campos, Hernández y Rivera, 2012). En la actualidad la obesidad es catalogada como epidemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), y una de las principales causas de enfermedades cardiovasculares y de diabetes en todas las edades. Según datos de la Organization for Economic Cooperation and Development OECD (2015), los programas de prevención de la obesidad, podrían evitar hasta 47,000 muertes por enfermedades crónicas cada año. Es importante mencionar que de 1980 a 2014 se ha duplicado el número de personas que padecen obesidad.

Las estadísticas a nivel mundial, nacional y local denotan que este es un grave problema que se debe poner atención. Los aumentos en la prevalencia de obesidad en México son alarmantes, ya que se ha documentado que es uno de los incrementos más rápidos en el mundo de sobrepeso, obesidad y las enfermedades relacionadas, como diabetes, enfermedades del corazón, y cerebrovasculares (Barquera et al, 2012).

De acuerdo a la OMS (2015), en el año 2014, más de 1900 millones de adultos de más de 18 años, tenían sobrepeso, de los cuales más de 600 millones eran obesos. En la actualidad, más del 70% de adultos en México padecen sobrepeso, una proporción mayor que en cualquier otro país (OECD, 2015). Alrededor del 32% de los adultos tienen obesidad, por lo que es el segundo país con mayor índice de obesidad solo por debajo de Estados Unidos (36.5%) (OECD, 2015).

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, arrojó un incremento en las cifras de personas con obesidad en México. De acuerdo a los resultados de esta encuesta, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México fue de 71.28%, dicho porcentaje representa a 48.6 millones de personas, de los cuales, el 37.5% son mujeres con obesidad. Cabe resaltar que alrededor de 7 de cada 10 adultos presentan sobrepeso u obesidad (Barquera et al.. 2012).

La OMS (2015), expone como causas de la obesidad, el consumo excesivo de alimentos hipercalóricos y el sedentarismo. Este tipo de conductas alimentarias están relacionados con un determinado estilo de vida, con sus costumbres, creencias y sentimientos. Este documento plantea la necesidad de implementar un proyecto dirigido a promover estilos de vida saludables de mujeres con obesidad, que pertenecen a un grupo de ayuda mutua en el Municipio de San Nicolás de los Garza un municipio del N.L. con la finalidad de promover cambios alimenticios saludables, fomentar la actividad física y generar objetivos de vida que ayuden a elevar el autoestima de las participantes.

Los costos que en materia de salud pública han generado las comorbilidades de la obesidad han representado para México una enorme carga para el gasto público en salud, representando para México, según Barquera et al (2012), un estimado de 42,000 millones de pesos, lo que equivale al 13% del gasto total en salud. Se menciona que de no controlar este incremento, para el 2017 se podría llegar a la cantidad de 101, 000 millones de pesos.

Según estadísticas de la OMS (2015), alrededor de 2.7 millones muertes anuales son atribuidas a una ingesta insuficiente de frutas y verduras y 1.9 millones de muertes anuales debido a la inactividad física. Además se menciona que la causa fundamental del sobrepeso y la obesidad está relacionada con el consumo de alimentos con alto contenido calórico, ricos en grasas y azúcares y deficientes en vitaminas, minerales y diversos micronutrientes, aunado a la disminución de la actividad física; sin embargo, otros autores mencionan que el comportamiento nutricional del hombre debe ser estudiado no solo desde el punto de vista fisiológico y psicológico sino también desde el punto de vista sociocultural (Garine, 2002).

La obesidad se encuentra hoy en día dentro de la nueva problemática de riesgos sociales al interior de las sociedades industriales, es indiscutible que este problema afecta a gran parte de

la población, y aunque los principales efectos para los gobiernos son los económicos, jurídicos y normativos, la población que sufre de obesidad se enfrenta a problemas de salud, sociales, psicológicos y emocionales que deben ser tratados y forman parte importante de la intervención social en diferentes disciplinas como la medicina, psicología, nutrición, trabajo social, educación, entre otros (Cabello, 2013). La obesidad es una enfermedad compleja y multifactorial (Barquera, Tolentino y Demarco, 2006). Es necesario incidir en esta problemática a través de proyectos de intervención como el que aquí se propone que estén orientados hacia estilos de vida saludable, que incidan en los hábitos alimenticios, en las costumbres y en las creencias equivocadas que las personas con obesidad suelen tener. Por lo anterior, es que este trabajo pretende incidir en los estilos de vida de las mujeres con obesidad a través de una resignificación de conceptos, actitudes y creencias que se tienen respecto a la alimentación y a la obesidad dentro un grupo de ayuda mutua, y lograr un estilo de vida saludable.

1.1.2.- Vinculación con una política social

Las políticas sociales según Nirenberg, Brawerman y Ruiz (2003), son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que son considerados como prioritarios por los ciudadanos y el gobierno. De manera más general la política social es el conjunto de acciones públicas y/o privadas que están relacionadas con la distribución de recursos de toda índole en una sociedad, cuya finalidad es la provisión de bienestar tanto individual como colectivo. A continuación se presenta la vinculación de este proyecto con el marco jurídico de la obesidad a nivel mundial, nacional y local.

1.1.2.1. Marco Jurídico de la Obesidad a nivel Mundial

Desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, en el artículo 25, se reconoce el derecho a la alimentación como un derecho humano, siendo la primera organización mundial en reconocerlo (Organización Nacional de las Naciones Unidas, 2014). Esto ha inspirado a que se realicen más de 80 declaraciones, tratados internacionales, convenciones regionales, proyectos nacionales de ley para los derechos humanos, así como otras

disposiciones constitucionales. En 1976 se llevó a cabo el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, donde se reafirma el derecho a un nivel de vida adecuado en cuanto a la alimentación, salud, educación y participación social (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014).

Como respuesta al desabasto de alimentos y al creciente número de personas con desnutrición, en 1974 se realizó la Cumbre Mundial sobre la Alimentación y la Conferencia sobre la Alimentación, donde se recomendó la adopción de un compromiso internacional sobre seguridad alimentaria mundial, dentro de esta conferencia se proclamó que “Todos los hombres, mujeres y niños tienen derecho inalienable de no padecer hambre o desnutrición con el fin de que logren un desarrollo pleno tanto de sus facultades físicas como mentales” (p. 9) (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, 2015). El objetivo principal de la Cumbre Mundial sobre la alimentación fue que los diferentes gobiernos se comprometieran a eliminar el hambre, la malnutrición y garantizar la seguridad alimentaria (FAO, 2015). Posteriormente en 1979 dentro de la Conferencia de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, se proclamó el día Mundial de la Alimentación con la finalidad de promover una alimentación saludable y que en todas las poblaciones se concientice sobre el hambre, la desnutrición y la pobreza (ONU, 2014).

Así mismo, dentro de la Conferencia Internacional Sobre Nutrición (CIN), en su Declaración Mundial Sobre Nutrición en 1992, se reitera que "El hambre y la malnutrición son inaceptables en un mundo que tiene los conocimientos y los recursos para acabar con esta catástrofe humana" (p. 9). Es importante mencionar que dentro de esta Conferencia los Gobiernos se comprometieron a eliminar o reducir significativamente hasta el siguiente milenio el hambre, la inanición, la malnutrición, las deficiencias de micronutrientes, enfermedades transmisibles relacionadas con la dieta y las no trasmisibles junto con el Plan de Acción, donde los estados se comprometieron a promover una alimentación y estilos de vida saludables (FAO, 2015).

Otra reunión importante a nivel internacional fue la Cumbre Mundial sobre la Alimentación celebrada en 1996 en Roma, cuyo principal objetivo fue renovar, al más alto nivel político, el compromiso mundial de eliminar el hambre, la malnutrición así como garantizar la seguridad alimentaria para toda la población, posteriormente se propone conseguir para el año 2015, reducir a la mitad la pobreza extrema así como el porcentaje de personas que padecen hambre (FAO, 2015).

Otra Cumbre Mundial sobre Alimentación, realizada en Roma en 2002, confirmó el compromiso de reducir el hambre, aunque para lograrlo determinaron se necesitaría de recursos, tecnología y condiciones más justas (FAO, 2015). A pesar de que reducir el porcentaje de personas que padecen hambre fue una prioridad, hoy en día países de ingresos bajos y media afrontan una doble carga de morbilidad; por un lado, combaten las enfermedades infecciosas y la desnutrición, aunado al aumento de enfermedades no transmisibles como el sobrepeso y la obesidad, eso es alarmante ya que de acuerdo a la OMS (2015), esta doble carga de morbilidad se puede apreciar en un mismo país, comunidad e incluso hogar.

Es importante mencionar los resultados del último informe de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM, 2015), donde se aprecia un cambio significativo a nivel mundial, pasando de 1.900 millones de personas en pobreza extrema en el año de 1990 a 836 millones en el 2015. En este informe de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (2015), se aprecia que el número de personas con nutrición insuficiente disminuyó, pasando de 23.3% entre 1990- 1992 a 12.9% en el periodo 2014- 2016. En estos 15 años de trabajo por parte de los líderes mundiales se acordaron y llevaron a cabo los ODM (2015), donde demuestran en este reporte que ésta acción mundial funciona y que se esperan mejores resultados para el futuro (ONU, 2015). Sin embargo, a pesar de estos cambios, el problema del sobrepeso y la obesidad sigue en incremento, por lo que es importante seguir mejorando las estrategias mundiales para combatir las enfermedades relacionadas con la alimentación.

1.1.2.2.- Estrategias a nivel mundial para el sobrepeso y la obesidad

Considerando el acelerado aumento del sobrepeso y obesidad y de acuerdo a Nirenberg et al (2003), la Organización Mundial de las Naciones Unidas en el marco de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud en 2004, aprobó La Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud (2004), la cual aborda dos de los principales factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles como lo es la obesidad, la actividad física y el régimen alimentario; su meta es fomentar un entorno favorable para la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario, nacional y mundial, que reduzca la morbilidad y mortalidad provocada por la obesidad o sobrepeso (OMS, 2013). Dicha estrategia tiene como objetivo disminuir el riesgo y las consecuencias a la salud que provoca la obesidad, informar acerca de los beneficios positivos que tienen las intervenciones preventivas, implementar políticas y planes de acción de manera mundial, regional y nacional, así como fomentar y seguir de cerca la investigación respecto a la alimentación saludable y la actividad (OMS, 2015).

La principal preocupación de las instancias antes mencionadas fue erradicar el hambre. Sin embargo, por las estadísticas que actualmente se presentan a nivel mundial, también se debe de enfrentar otra problemática en salud: el sobrepeso y la obesidad, por lo que es urgente replantear los objetivos respecto al tema de la alimentación saludable.

En los siguientes apartados se presentan los antecedentes nacionales que el gobierno de México ha realizado para conocer la situación de salud y de nutrición de la población mexicana, seguido de un análisis de los postulados referentes a la salud presentes en El Plan Nacional de Desarrollo (2013 – 2018) del sexenio del Presidente Enrique Peña Nieto, que busca llevar a México a su máximo potencial enfocándose a la prevención y promoción de la salud de toda la población, seguido de algunas políticas sociales en educación y deporte donde algunas de las estrategias que se ponen en marcha, van enfocadas a la educación alimentaria y al fomento de la actividad física para una buena salud. Posteriormente para justificar la implementación del proyecto se abordan las políticas sociales, objetivos y estrategias que se tomarán en cuenta.

1.1.2.3.- Marco Jurídico de la Obesidad en México.

Antecedentes nacionales sobre la obesidad y su estudio en México

En nuestro país la tendencia de sobrepeso y obesidad se ha triplicado desde 1980 a la fecha alcanzando proporciones alarmantes (Barrera- Cruz, Rodríguez- González, y Molina- Ayala, 2013). Por su parte La Secretaría de Salud (SS) elaboró la primera Encuesta Nacional de Salud (ENS-I) en el año 1986, la cual estuvo enfocada en evaluar la accesibilidad y calidad en los servicios de salud; a partir de este año se han realizado múltiples encuestas, todas con la misma metodología, diferenciándose por el propósito según el aspecto de salud pública que se necesite abordar. El Sistema Nacional de Encuestas en Salud ha permitido obtener información para el diseño y evaluación de múltiples programas sanitarios en el país (Oláis et al., 2003). Posteriormente se elaboró en 1988, la Encuesta Nacional de Nutrición diseñada para informar sobre el estado nutrición de niños de entre 5 a 11 años y mujeres de 12 a 49 años de edad en México. Esta fue la primera encuesta nacional probabilística sobre nutrición y alimentación en México, donde se observó una elevada prevalencia de sobrepeso y obesidad en los tres grupos de edad (Rivera et al., 2001). En 1993, la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas mostró una prevalencia de obesidad en adultos de 21.5% en el año 2000, esta cifrase elevó a 24% (Olaiz et al., 2003).

En el año 2006, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, aplicada en todas las entidades federativas y en las regiones centro, sur y norte, así como en el Distrito Federal, mostró interesante información donde se visualizan las altas prevalencias de desnutrición, anemia y obesidad en diferentes edades; uno de los datos más relevantes fue que alrededor del 30% de la población mayor de 20 años (mujeres 34.5%, hombres 24.2%) presenta obesidad por lo que se concluyó que era urgente aplicar estrategias y programas dirigidos a la prevención y al control de la obesidad en todos los grupos de edad (Barquera, Tolentino & Domarco, 2006).

La última encuesta realizada fue la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el año 2012, en la que se cuantificaron las frecuencias, distribución y tendencias de las condiciones de salud y nutrición, donde la prevalencia sigue siendo una de las más altas a nivel mundial, se encuentra que más del 70% de la población adulta entre 30 y 60 años tiene exceso de peso (mujeres 71.9%, hombres 66.7%). En general de 1988 a 2012, se reflejó un incremento en el

sobrepeso en mujeres de 25% a 35.3% y el incremento de la obesidad fue de 9% a 35.2%, estos hallazgos reflejan que la promoción de estilos de vida saludable y el desarrollo de políticas públicas para combatir este entorno obesogénico es un reto para el país (Barrera-Cruz et al., 2013).

1.1.2.4.- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018

En el Plan Nacional de Desarrollo (2013- 2018), elaborado bajo el liderazgo del Presidente de la Republica el Lic. Enrique Peña Nieto, muestra una propuesta que convierte las ideas y propósitos de los ciudadanos en realidades concretas, asumiendo la búsqueda del Desarrollo Humano Sustentable. Esta es una propuesta viable y clara para llevar a México a su máximo potencial ya que planea prevenir y combatir enfermedades crónicas y no transmisibles como es la obesidad (PND 2013- 2018).

La obesidad afecta el desarrollo económico y social del país. De acuerdo con estimaciones de la Universidad Autónoma de México (UAM), en el año 2008, el costo de las comorbilidades de la obesidad fue de 67,000.00 millones de pesos por lo que el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 planeó implementar políticas que hagan frente a esta problemática. El Plan Nacional de Desarrollo (PND), con el objetivo de lograr resultados positivos, en este rubro puntualiza que cada estado deberá poner atención a la problemática de la obesidad, y así brindar una mejor calidad de vida a la población mexicana, a través de programas sectoriales de salud en cada localidad.

El PND (2013- 2018), está dividido en cinco metas nacionales, entre las que se encuentran: I. México en Paz, II. México Incluyente, III. México con educación de calidad, IV. México próspero y V. México con una responsabilidad global. Para fines de este proyecto se tomarán en cuenta las bases que están dentro del apartado de México Incluyente donde se encuentra el tema de salud, y donde se garantiza que los mexicanos tendrán acceso a los servicios de alimentación, en este mismo apartado se hace alusión al Artículo Cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual establece el derecho de toda persona a la protección de la salud.

El objetivo 2.1 del México Incluyente hace referencia a “Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población; entre ellas podemos incluir una alimentación adecuada. Para llevar a cabo este objetivo se cuenta con la estrategia 2.1.1 que pretende “asegurar una alimentación y nutrición adecuada de los mexicanos en particular aquellos en extrema pobreza” (PND 2013- 2018). El objetivo 2.2 del mismo apartado, es “Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente”, lo que pretende terminar con las desigualdades en materia de salud se refiere. Una de las estrategias para lograrlo es la 2.2.2 que está orientada a promover el desarrollo integral de niños y niñas, en materia de salud, alimentación y educación, esto a través de la implementación de acciones coordinadas entre los tres órdenes de gobierno y la sociedad civil (PND, 2013-2018).

Otra de las metas del PND (2013-2018), es la de un México con Educación de Calidad donde se pretende implementar políticas que garanticen educación para todos, implicando también la cultura y el deporte. La cultura y el deporte constituyen un fin en sí mismo que tiene implicaciones positivas en todos los aspectos de la sociedad, en este apartado se resalta que el deporte contribuye además a tener una sociedad saludable (PND, 2013-2018). Uno de los objetivos es promover el deporte de una manera incluyente para así fomentar una cultura en salud; el plan pugna porque la población tenga acceso a la práctica de actividades físicas y deportivas, así como también con asesoría de personal capacitado (PND, 2013-2018). Siguiendo en esta meta el objetivo 3.4 pretende “promover el deporte de manera incluyente para fomentar una cultura de salud” la estrategia 3.4.2 propone “Crear un programa de actividad física y deporte que influya a disminuir los índices de sobrepeso y obesidad” (PND, 2013-2018). En el proyecto aquí descrito se pretende incidir a través de la resignificación de conceptos no saludables, en la problemática de la inactividad, promoviendo el ejercicio y aspirando que las mujeres incrementen su nivel de actividad física.

1.1.2.5.- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria

A nivel nacional desde el 2009, con la colaboración de las diferentes instituciones involucradas en materia de salud, se postula el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, 2010), enfocado a prevenir la obesidad tanto en niños como en adultos, diseñado por el Gobierno Federal para trabajar en conjunto con las

dependencias federales del sector salud. En dicho acuerdo (ANSA, 2010), se pretende revertir el incremento del sobrepeso y la obesidad en la población desde la infancia hasta la edad adulta, y así lograr desacelerar el crecimiento de esta enfermedad. Su estrategia se basa en fomentar la actividad física y el deporte como plan estratégico para prevenir la obesidad, además de disminuir el consumo de bebidas azucaradas, incrementar el consumo de frutas y verduras, de leguminosas, de cereales de granos enteros, fibra, también mejorar la toma de decisiones, además de disminuir el consumo de edulcorantes artificiales, grasas saturadas, orientación sobre el tamaño adecuado de las raciones diarias y disminución del consumo diario de sodio.

Entre las instituciones que participan en el ANSA (2010), se encuentran la Secretaría de Salud Pública (SEP), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de Salud (SS) entre otros; sin embargo, a pesar de ser una estrategia efectiva, no se ha dado la prioridad que le corresponde a los objetivos por parte de las instituciones participantes, ya que esto no se ha visto reflejado en la disminución de las altas tasas de obesidad y sobrepeso que se presentan en el país.

En México existen leyes y normas que aluden los derechos que toda persona tiene a una alimentación sana y adecuada, suficiente y de calidad y que se mencionan en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (2015), una de ellas es la Ley General de Salud.

1.1.2.6.- Ley General de Salud (1984)

Una de las políticas vigentes es la Reforma a la Ley General de Salud, ley publicada en el año de 1984 que también se fundamenta en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Esta ley presenta los lineamientos, conceptos, derechos y obligaciones de la población en cuanto a la salud, así como también de las instituciones responsables sean públicas o privadas (Ley General de Salud, 2015). En el artículo 6º constitucional se establece que el Sistema Nacional de Salud tiene como objetivos: brindar servicios de salud y mejorar la calidad de vida de los ciudadanos, atendiendo de manera preventiva las condiciones y causas que dañen a la salud; así como instruir a los ciudadanos a la modificación de los hábitos,

costumbres y actitudes que se relacionan con la salud y que son adquiridas por patrones culturales (Ley General de Salud, 2015).

En el artículo 32, se entiende por atención médica, los servicios que en conjunto recibe el individuo para proteger, restaurar y promover su salud, siendo estas actividades mencionadas en el artículo 33 como preventivas, curativas, paliativas y de rehabilitación (Ley General de Salud, 2015). En lo que respecta a la vinculación de este proyecto de intervención con el marco jurídico, específicamente la Ley General de Salud (2015), se menciona en el título séptimo acerca de la promoción de la salud, así como en el artículo 110, la importancia de promover actitudes, valores y conductas adecuadas para la salud individual y colectiva. Seguido del artículo 111, donde se menciona que la promoción de la salud comprende la educación para la salud y la nutrición.

En el artículo 112 de esta Ley se menciona que la educación debe de tener como objetivo: fomentar en los ciudadanos el desarrollo de actitudes y conductas que le permitan prevenir enfermedades individuales y colectivas que puedan poner en riesgo su salud, proporcionar la información sobre las causas de las enfermedades y orientar a la población en materia de salud, nutrición, salud bucal, mental, sexual, planificación familiar así como de la prevención y detección de enfermedades de manera oportuna (Ley General de Salud, 2015). Este proyecto pretendió incidir en este renglón.

En este mismo tenor, el artículo 113 de esta Ley indica la importancia de fomentar programas de educación para la salud. En materia de nutrición en el artículo 114 se menciona que la Secretaría de Salud, desarrollará programas de nutrición para promover nacional o internacionalmente actividades que se relacionen con la nutrición, alimentos y su disponibilidad. Así mismo se establecen en el artículo 115 los cargos que la Secretaría de Salud llevará a cabo en esta materia. Entre los más importantes está el contar con un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición y normar el desarrollo de los programas y actividades de nutrición, que promuevan hábitos alimentarios adecuados y reducir los índices de obesidad, prestando mayor énfasis en las personas más vulnerables (Ley General de Salud, 2015).

1.1.2.7.- Norma Mexicana NOM-008-SSA3-2010

Por otro lado, para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, se estableció la Norma Mexicana NOM-008-SSA3-2010, la cual menciona que los criterios para el manejo de la obesidad deben orientarse a la prevención, detección temprana y control de su tasa de crecimiento. Esta norma establece los criterios para tratamiento integral de la obesidad y que debe ser acatada por todo el personal y áreas que tengan que ver con la salud de los sectores público, social y privado. En esta se define a la obesidad como el exceso de tejido adiposo en el organismo, que se determina cuando en personas adultas existe un IMC (Índice de Masa Corporal) igual o mayor a 30 kg/m² y el sobrepeso cuando el IMC es igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 29.9 kg/m² (Secretaría de Salud, 2010).

En la norma Mexicana NOM-008-SSA3-2010 (2010), se indica que el médico, el nutriólogo, el psicólogo y demás profesionales de la salud, serán responsables en sus respectivas áreas de competencia profesional, y deberán evaluar las distintas opciones de tratamiento a seguir de acuerdo a las necesidades de cada paciente, antes de imponer algún tratamiento; además se estipula que para obtener un tratamiento completo, deberán incluir también apoyo psico-conductuales y nutricionales, esto con el fin de lograr un verdadero cambio en las conductas alimentarias que son nocivas para la salud, por lo que el paciente también recibirá un programa individualizado de actividad física (Secretaría de Salud 2015). Cabe hacer mención que colateral al proyecto de intervención se contó con la colaboración de psicólogos, trabajadoras sociales y nutriólogas, responsables cada uno de ellos en sus respectivas áreas, siendo quienes evaluaban las conductas alimentarias y de actividad física, favoreciendo el apoyo psico-conductual y nutricional. A nivel local es importante mencionar también el compromiso que el Gobierno de Estado de Nuevo León ha asumido para el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población, poniendo en marcha los siguientes programas:

1.1.2.8.- Plan Estatal de Desarrollo de Nuevo León 2010- 2015.

Uno de los ejes del Plan Estatal de Desarrollo (Plan Estatal de Desarrollo 2010- 2015), es el de Desarrollo Social y Calidad de Vida, donde se encuentra un programa dirigido a mejorar el desarrollo humano con énfasis en la educación y salud. Uno de los objetivos de este es

brindar apoyo, y orientación nutricional a grupos vulnerables para que mejoren su dieta diaria, además de promover la actividad física, y el deporte, creando programas e incrementando el número de promotores capacitados y certificados y además convocando a eventos masivos (PED, 2010-2015).

1.1.2.9.- Programa Sectorial de Salud en Nuevo León 2013- 2018

El Programa Sectorial de Salud en Nuevo León (2013- 2018), está alineado con el Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018, y tiene como objetivo incrementar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades; asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad, reducir los riesgos que afectan la salud de la población en cualquier actividad de su vida, cerrar las brechas existentes en salud en diferentes grupos sociales y regiones del país; asegurar la generación y el uso efectivo de los recursos en salud y avanzar en la construcción del Sistema Nacional de Salud Universal.

Algunas de las estrategias relacionadas con la salud que se mencionan en el Programa Sectorial de Salud (2013- 2018), son el promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario, teniendo como objetivos impulsar la actividad física y la alimentación correcta en escuelas y sitios de trabajo, reforzar las acciones de promoción de salud mediante la acción comunitaria y la participación social, fomentar los entornos que favorezcan la salud, particularmente en escuelas de educación básica, media superior y superior; Otra estrategia es instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención y Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes, que tiene como objetivo desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local, fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia, así como promover la actividad física a nivel individual, familiar y comunitario y adecuar los sistemas de vigilancia para diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, sobrepeso y obesidad.

A pesar de las acciones de desarrollo social en el área de la salud antes mencionadas, no se ha logrado un impacto en la mayor parte de la población, ya que la sociedad continúa sin ver

reflejados estos esfuerzos en sus vidas y en la salud de sus familias, esto debido a la falta de continuidad, y promoción que se les da a los programas o políticas públicas, por lo que este proyecto pretende lograr efectos en la salud de las mujeres con obesidad, en contextos micro-sociales contribuyendo de esta manera a que ellas sean promotoras y multiplicadoras de un estilo de vida saludable en sus hogares, y bajar los altos índices de obesidad que actualmente existen en el país.

Se puede concluir que todos los mexicanos tienen el derecho a la alimentación y vida saludable, sin embargo, las leyes y políticas vigentes no han logrado la eficacia necesaria, para poder garantizar la salud de la población además no se han implementado lineamientos que sean precisos para diseñar planes, estrategias y políticas sociales para contrarrestar la obesidad y el sobrepeso en nuestras localidades.

En función de este marco jurídico se espera que este proyecto de intervención social, sea un modelo a ser aplicado en instituciones públicas y privadas, para reducir los índices de obesidad utilizando micro espacios sociales como es el grupo de ayuda mutua y ser una propuesta para superar los nuevos desafíos que en materia de estilos de vida saludable se presentan.

1.2 Paradigma, modelos de intervención y teorías sociales que sustentan el proyecto

Los fenómenos humanos son muy complejos para ser estudiados únicamente con métodos cuantitativos. Por lo que para entender y describir aquellos fenómenos sociales como la obesidad, se hace necesario utilizar métodos cualitativos desde otros paradigmas diferentes al tradicional o médico, como el interpretativo. En esta propuesta de intervención se elaboró un modelo de intervención a través del trabajo social con grupos en el marco de un paradigma epistemológico, que en este caso fue un paradigma hermenéutico que ofreció las bases para generar propuestas de intervención en la solución de problemas sociales como en este caso lo es la obesidad, reflejando una actitud crítica, compromiso humano y sustentabilidad.

Un paradigma es un conjunto de creencias y actitudes, es la visión del mundo que implica una determinada metodología (Lukas y Santiago, 2009). En este proyecto se desarrolló un modelo de intervención a partir de un paradigma hermenéutico, que buscó analizar la implementación

de un proyecto de intervención social centrado en la fenomenológica interpretativista (Guba y Lincoln, 2002).

Un enfoque interpretativo según Barbera e Iniciarte (2012), comprende la acción humana mediante la interpretación de emociones, conductas y actitudes; su interés radica en la comprensión e interpretación de la realidad de la vida social. Entre las perspectivas teóricas que asumen el interpretativismo y que buscan la comprensión de los significados de fenómenos sociales está la hermenéutica. La hermenéutica ha sido utilizada en las ciencias sociales desde el siglo XIX, entre los autores más destacados se encuentran Dilthey (1996), Heidegger (2001), Gadamer (1983), Vattimo (1991), Ricoeur (1996) y otros (Castillo, 2000).

Esta perspectiva tiene como principal característica; interpretar, comprender los discursos de otros, ya sean escritos, hablados, actuados o de otro tipo (Cordero, 2011). Busca el sentido profundo del discurso e interpreta lo que dicen los participantes. Para efectos de este proyecto se revisaron conceptos descritos por Heidegger (1989) donde a través de la hermenéutica se logró contextualizar los discursos de las participantes, lo cual sirvió para comprender los significados que ellos daban a temas relacionados con la obesidad. La hermenéutica es la concepción histórica del mundo, cuya tarea es comprender la vida interior humana a través de la conciencia y de las experiencias vividas en diversos contextos (Barbera & Iniciarte, 2012). Este acercamiento al contexto, sirvió para dar un sentido y comprensión a las participantes del proyecto, y un entendimiento a los significados e interpretación de su sobrepeso y obesidad a través de sus discursos.

La fenomenología interpretativa en la que se basala filosofía de Heidegger, tiene como objetivo comprender las habilidades, practicas, significados y experiencias de los seres humanos (Castillo, 2000).

En el paradigma hermenéutico fenomenológico, el origen de los problemas se encuentra en la cultura y en la subjetividad del sujeto de intervención, donde lo más importante no es buscar explicaciones, sino profundizar el conocimiento y la comprensión del porqué de una realidad determinada. Bajo este paradigma se trata de interpretar y comprender los fenómenos sociales desde la propia perspectiva del sujeto. La realidad de una persona se conoce y se interpreta a

partir de la experiencia vivida de cada persona por lo que existen diferentes realidades y diferentes interpretaciones. Bajo este paradigma algunas técnicas de recolección de datos y de intervención son los grupos de discusión o grupos focales, entrevistas a profundidad, historias de vida o cuestionarios de preguntas abiertas así como la observación participante, técnicas que fueron utilizadas en este proyecto de intervención (Guba y Lincoln, 2002).

Según González- Rey (2009), la subjetividad es una “comprensión histórico-cultural”, de ahí que la realidades encuentre en la cultura, en los símbolos, el lenguaje, los discursos y los imaginarios sociales que la misma sociedad ha construido, por tanto, es ahí donde se encuentra el objeto de intervención del Trabajador Social.

Los objetivos del paradigma hermenéutico fenomenológico, de acuerdo a Lukas y Santiago, (2009), son comprender, interpretar y descubrir los significados. De acuerdo al paradigma hermenéutico cada persona debe plantear su esquema de interpretación, lo cual es verdaderamente útil para afrontar un problema específico como en este caso es la obesidad (Guba y Lincoln, 2002).

Heidegger (citado por Barbera & Iniciarte, 2012), asevera que la relevancia social de estas perspectivas, radica en una nueva manera de pensar la ciencia, de concebir la realidad social y humana a partir de las vivencias de las personas con el fin de atender a las personas en su contexto de relaciones. Esta propuesta de intervención centró su atención en las experiencias vividas y en el conjunto de relaciones que de una u otra manera tienen una relación significativa con el problema social. El modelo de intervención que se utilizó en este proyecto fue el modelo cognitivo conductual el cual generó un amplio abanico de situaciones, fundamentos y principios que dieron sentido y coherencia a la acción (Payne, 1995).

1.2.1.- Modelo teórico que sustenta el proyecto

El modelo de intervención que se utilizó en este proyecto fue el modelo cognitivo conductual, en el cual se postulan dos principios básicos: en primer lugar que tanto las conductas como las emociones y los pensamientos son el resultado del aprendizaje y pueden modificarse mediante un nuevo proceso de aprendizaje; y en segundo hay una relación estrecha entre el

pensamiento y la conducta de tal forma que un cambio en las creencias o en la forma de interpretar los datos, llevará asociado un cambio de conducta (Fernández y López, 2006).

Las diferentes técnicas de modificación de conducta se basan en el denominado Modelo Conductual el cual surgió a partir del siglo XX como reacción a los postulados psicológicos vigentes, según el cual la conducta es consecuencia del aprendizaje que se da en el medio social donde crece y se desenvuelve el individuo. Su base teórica en la que se sustentan los diferentes enfoques que tiene el modelo conductual se remontan a los estudios pioneros del condicionamiento clásico de Pavlov, Sechenov o de psicólogos como Watson. Sus trabajos comprendían rigurosos estudios de experimentación animal con los que pretendían encontrar las bases científicas que pudieran explicar la conducta humana (Viscarret, 2012).

La hipótesis central del modelo cognitivo es que la conducta adaptada o inadaptada, la deseada o indeseada, ha sido aprendida por medio de refuerzos proporcionados por el entorno respecto de esa conducta. Este modelo centra su atención en cambiar una conducta por otra adaptada, y se basa en la corriente de la psicología llamada conductismo que tiene como objeto de estudio la conducta humana (Viscarret, 2012). En este proyecto se trabajó con las conductas no saludables como el consumo de los alimentos con alto contenido de azúcar, el exceso de consumo de alimentos grasos, consumo excesivo de sodio en los alimentos, o creencias y actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el ejercicio, hacia la comida, entre otras.

Aunque el conductismo se puede presentar como una corriente de la psicología experimental que intenta utilizar ciertos principios para explicar y modificar ciertos problemas de conducta, no implica necesariamente que se tenga que ligar con una teoría psicológica específica dado que se puede utilizar con fines de motivación, percepción, cognición, aprendizaje, cambio de actitud y solución de problemas (Viscarret, 2012).

Las conductas ya sean hábitos, costumbres, emociones o lenguaje simbólico pueden ser analizadas, observadas y medidas. Hoy en día el modelo conductual ha evolucionado hacia un modelo integrado en el que la conducta y la cognición entre sí asumen su papel de agentes causales recíprocos, buscando cambiar los patrones cognitivos como forma de generar un cambio tanto a nivel conductual como emocional, teniendo como resultado una re

estructuración cognitiva de la persona (Viscarret, 2012). De acuerdo al modelo conductista el objetivo de una intervención hacia personas con obesidad, es suprimir, o reforzar de forma permanente ciertas conductas. Para efectos de este proyecto, las conductas que se tratarán de suprimir y/o cambiar son aquellas actitudes y creencias no saludables que se tienen respecto a la obesidad, alimentación y a la actividad física, modificándola por conductas que las lleven a adoptar un estilo de vida saludable a largo plazo.

Existen conductas no saludables como un efecto que es producido por patrones de pensamientos generadores de culpa (Fernández y López, 2006). Por lo que una conducta no saludable interfiere en el desempeño efectivo y saludable de la vida diaria, lo que genera emociones negativas. Este proyecto pretende incidir en el aspecto cognitivo, establecer esquemas de interpretación más adecuados y saludables; y en el aspecto conductual modificar los patrones de conducta y de alimentación sana.

El modelo cognitivo conductual está diseñado para reforzar conductas adecuadas, desarrollar habilidades específicas para lograr una buena salud, control de los estímulos, así como manejar las contingencias ambientales que las mantienen. Los hábitos nocivos para la salud según Fiorentino (2010), son las conductas aprendidas; el propósito de utilizar el modelo cognitivo- conductual es modificar estas conductas no saludables, las cuales son el resultado de experiencias aprendidas, que pueden ser modificadas por nuevos aprendizajes, que le enseñen al sujeto de intervención como dejar estas conductas que no benefician su salud y puedan remplazarlas por comportamientos saludables, además refiere que las terapias cognitivas se concentran principalmente en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de una persona.

Los objetivos del modelo cognitivo conductual propuesto por Fiorentino (2010, p.64), e adecuaron a este proyecto como se presenta a continuación:

1. Re conceptualizar el problema y comprender cómo las mujeres con obesidad mantienen este tipo de conductas que son nocivas para su salud a través de determinadas creencias
2. Desarrollar habilidades de automanejo para control de emociones en determinadas situaciones que las llevan a comer en exceso o en determinado caso a no comer
3. Practicar y experimentar técnicas y estrategias a nivel cognitivo, emocional y conductual para lograr un control efectivo de las conductas saludables.
4. Identificar pensamientos, supuestos, creencias acerca del problema
5. Reemplazar los pensamientos y creencias no saludables por cogniciones, pensamientos y creencias que sean más saludables precisas y positivas.

Basado en los enfoques cognitivos- conductuales que son muy beneficiosos para el tratamiento de hábitos nocivos para la salud. En este proyecto se siguieron los lineamientos propuestos por Fiorentino (2010), a través de los pasos siguientes:

1. Recabar la información inicial sobre actitudes, conductas y creencias no saludables, a través de entrevistas semiestructuradas y grupos focales, con el fin de establecer planes y metas realistas que posteriormente se concretizaron entre el grupo y el facilitador
2. Reforzar los comportamientos y conductas saludables
3. Fortalecer las experiencias exitosas y evitar fracasos.
4. Utilizar técnicas para lidiar con el manejo de situaciones problemáticas
5. Reconocer comportamientos no saludables específicos y diferenciarlos con aquellos que sí los son.

El modelo cognitivo conductual que proponen Vera y Fernández (citado por Fiorentino, 2010) para el tratamiento de la obesidad, parte de un sujeto que tiene la habilidad de desarrollar destrezas cognitivas, afectivas o conductuales, que le permitan modificar algunas conductas como el comer excesivamente y/o no tener un estilo de vida saludable.

Algunas técnicas utilizadas para la aplicación del modelo fueron la **autobservación**, ya que las participantes de proyecto desconocían la forma de ingerir alimentos; aunque suelen hacerlo de forma automática, se les mostró a los participantes a observar su conducta y a que se hicieran consciente el cómo, dónde, qué y en qué situaciones comían en exceso. Otra técnica fue el **auto registro** que implicó el registro diario de los hábitos alimenticios y de la actividad física; aunado a esto se aplicó también una técnica de **análisis funcional**, en donde se trató de identificar las variables ambientales que funcionan como antecedentes y que son también consecuentes de la conducta excesiva de ingesta de alimentos o creencias y malos hábitos de alimentación. Finalmente se utilizó la **reestructuración cognitiva** donde se les mostró cómo a través de la programación neurolingüística se pueden desarrollar conductas más saludables, y a generar por ellas mismas soluciones alternativas para evitar caer en una conducta no saludable. Esto se logró a través del registro, identificación y análisis de pensamientos automáticos que las conducían a caer en tentaciones.

A través de la **reestructuración cognitiva** se trabajó con la modificación del auto diálogo negativo, para reemplazar las conductas y creencias no saludables por pensamientos e imágenes que contribuyan al objetivo positivo de cambiar los hábitos de salud; además se trabajó en la sustitución de creencias dogmáticas y absolutistas que conducían a emociones negativas; por ejemplo cuando las cosas no salían como lo tenían planeado, en lugar de decir “debo de perder peso todas las semanas”, “necesito seguir estrictamente la dieta” cambiarlas por cogniciones preferenciales como “me gustaría perder peso semanalmente”, “pierdo peso saludablemente” “desearía mantenerme en la dieta”, o “ mantengo mi nuevo estilo de vida” y por último se trabajó con la modificación e identificación de las creencias que les impedían un adecuado manejo y control de estilos de vida saludables (Fiorentino, 2010).

Dependiendo del objetivo al que van dirigidos los modelos cada uno de ellos contiene entre sí una teoría y una práctica diferente; es decir cada modelo lleva implícitos elementos teóricos

que sustentan el problema, elementos de análisis que explican su aplicación a una realidad determinada y elementos metodológicos que deben guiar la acción (Viscarret, 2012).

Algunos de los enfoques teóricos que sustentan el modelo cognitivo conductual y que fueron el punto de partida para intervenir sobre este sujeto de intervención fueron la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y el Modelo de Creencias en Salud. A través de estas teorías y la convergencia de objetos y técnicas de intervención, se construye el conocimiento (Guba y Lincoln, 2002).

La Teoría del Aprendizaje Social Bandura (1977), es una de las más importantes en el área de la educación de la salud, actualmente renombrada como Teoría Cognitiva Social, se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto con los aspectos del ambiente donde se lleva a cabo la conducta.

Bandura (citado por Fiorentino, 2010), sugiere asegurar un ambiente donde se lleve a cabo la conducta saludable, así como mantener una estrecha interacción entre el individuo con la conducta que beneficia la salud y su medio ambiente en el que se lleva a cabo esta conducta positiva. Al respecto menciona Fiorentino (2010), que las conductas saludables son hábitos aprendidos y por lo tanto su adquisición, mantenimiento y modificación, están sujetas a los principios de aprendizaje, donde es importante desarrollar estrategias que promuevan esa modificación de conducta. Esta teoría propone la aplicación de principios y técnicas conductuales para modificar hábitos de salud considerando las variables cognitivas, como fundamentales para explicar la adquisición de aprendizajes y la modificación de las conductas. Desde esta perspectiva las personas son consideradas como protagonistas de su acción y agentes que activamente procesan información y que toman decisiones.

En este enfoque teórico, los conceptos de autocontrol, autorregulación y eficacia resultan particularmente importantes (Fiorentino, 2010) El concepto de autocontrol se refiere a la capacidad que tiene una persona de regular su conducta. Esta teoría propone que cuando las personas se sientan capaces de adoptar una nueva conducta, podrán comprometerse en el cambio, ya que el individuo necesita una creencia que tenga eficacia firme que le ayude a

convertir la preocupación por posibles enfermedades futuras en una conducta preventiva eficaz (Fiorentino, 2010).

Se destaca según estos conceptos, que es importante que los sujetos de intervención sostengan fuertes creencias, conocimientos y destrezas en relación con la salud que les sean de utilidad para regular y/o modificar su conducta no saludable (Fiorentino, 2010). Para lograr lo anterior fueron utilizadas técnicas de programación neurolingüística, dinámicas de liberación de emociones, afirmaciones positivas y códigos curativos.

Con la finalidad de lograr un mayor efecto en el cambio de estilos de vida saludables, otro modelo teórico que enriqueció la intervención fue el Modelo de Creencias en Salud. De acuerdo, a Becker y Maiman (citado por Fiorentino, 2010), el Modelo de Creencias en Salud explica que las personas producirán cambios conductuales significativos en el área de salud y cambiarán sus actitudes y creencias si poseen un mínimo de motivación e información relevante para su salud. Por lo que esta teoría se basa principalmente en el supuesto de que el cambio de actitudes y creencias es un requisito indispensable para modificar algún tipo de conducta, como en este caso conductas no saludables (Fiorentino, 2010).

El Modelo en Creencias en Salud fue desarrollado en los años 50 por un grupo de especialistas en psicología social, se trata de un modelo de inspiración cognitiva que considera los comportamientos relacionados con la salud, como el resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada (Soto, et al, 1997). Resume su hipótesis en tres premisas: La creencia o percepción de que un determinado problema es suficientemente grave como para tenerlo en consideración; la creencia o percepción de que uno es vulnerable a ese problema y la creencia o percepción de la acción a tomar producirá un beneficio a un costo personal aceptable. Por lo tanto, este modelo menciona que la concurrencia de estos tres factores favorece la adopción de determinados patrones de conducta, en este caso conductas a conservar y mejorar la salud y prevenir enfermedades.

El modelo de Creencias en Salud menciona que, si las personas conocen la severidad de la enfermedad, podrán adoptar la conducta saludable cuando perciban que la conducta

recomendada es efectiva. Además la aceptación de esta hipótesis, implica que es la percepción individual la que determina el comportamiento y no el ambiente en el que vive y se desarrolla el individuo (Soto et al, 1997). Sin embargo este proyecto considera determinante el contexto y los aspectos sociales que lo condicionan.

1.3 CONTEXTO DEL PROYECTO

1.3.1.- Aspectos sociales del problema

Los estilos de vida saludables son delimitados por elementos materiales, sociales e ideológicos, donde lo material se refiere a la alimentación, vivienda y al vestido; lo social, al tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como instituciones y asociaciones; y en lo ideológico se expresan a través de ideas, valores y creencias que determinan los comportamientos ante los distintos sucesos (Suverza & Haua, 2012).

En los últimos años se ha producido un cambio importante en la concepción de la salud y de la enfermedad. El modelo que impera actualmente reconoce que los factores psicosociales afectan los sistemas corporales, lo que conlleva a alteraciones de los procesos patológicos, por lo que se llega a la conclusión de que la calidad del bienestar tanto físico como psicológico depende de los hábitos de vida, teniendo como aspectos centrales de esta problemática, las creencias, actitudes, los hábitos cotidianos y el comportamiento. El estilo de vida de acuerdo a Suverza & Haua (2012), es el conjunto de procesos sociales, tradiciones, hábitos y conductas que conducen a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la salud. Se compone de comportamientos individuales y acciones de naturaleza social las cuales determinan el bienestar biopsicosocial y espiritual.

Para ser capaz de desarrollar un estilo de vida saludable es necesario tener en cuenta que el comportamiento individual y social es la única manera de satisfacer necesidades fundamentales, de mejorar la calidad de vida y de lograr el desarrollo humano respetando la dignidad de la persona. Seguir estas recomendaciones o actitudes saludables previene desajustes biopsicosociales y espirituales y mantiene el bienestar (Suverza & Haua, 2012).

Es importante diferenciar, al hablar de estilos de vida saludable, los hábitos de vida de comportamientos saludables. Según Fuste (2010), los hábitos de vida como la cultura física, los hábitos alimentarios saludables, los hábitos culturales del empleo del tiempo libre y el reconocimiento de las conductas saludables, favorecen el desarrollo de un estilo de vida saludable; por otra parte, los comportamientos saludables, como practicar ejercicio físico, llevar una nutrición adecuada, adoptar comportamientos de seguridad, evitar el consumo de drogas legales e ilegales, sexo seguro, mínimas emociones negativas y tener adherencia a las recomendaciones médicas, también favorecen un estilo de vida saludable.

Los estilos de vida saludables están relacionados con determinantes sociales (Suverza & Haua, 2012). Algunos de ellos son el tener sentido y objetivos de vida, además de mantener la autoestima, la identidad y el sentido de pertenencia; así como la autodecisión, la autogestión, deseo de aprender, actividades para el tiempo libre, comunicación y participación en el ámbito familiar y social, seguridad económica, entre otros. Cabe mencionar que éstos, fueron aspectos centrales en la intervención

Por otra parte, cabe destacar que algunas de las variables que determinan las conductas de salud son la clase social y el entorno social, además de la percepción del síntoma de alguna enfermedad, los estados emocionales y principalmente creencias culturales, que ejercen una notable influencia sobre los hábitos de salud y decisiones de una persona, cuando se pretende mejorar su calidad de vida (Fiorentino, 2010). Este proyecto buscó mejorar la calidad de vida y salud de las participantes, que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) es el estado de completo bienestar físico, mental y social de una persona

Para mejorar la calidad de vida y lograr un bienestar físico, mental y social en las personas con obesidad, es importante tener una alimentación sana. La alimentación tiene un lugar central en la caracterización biológica, psicológica y cultural de la vida del ser humano (Cordero, 2006).

Existen según Ogden (2003), tres perspectivas esenciales de la conducta alimentaria: por un lado la elección de la comida, que es el resultado del reforzamiento y la asociación a un ambiente dado, una elección que puede ser modificada y/o reaprendida; en segundo lugar la

perspectiva cognitiva, que resalta las creencias de la persona, y que permiten prever las intenciones conductuales que predicen las conductas; y la tercera perspectiva, es la fisiología de la persona donde destacan las sustancias químicas en el hambre y en saciedad, las preferencias alimentarias, la cultura alimentaria, las respuestas psicofisiológicas a determinados alimentos y el papel del estrés en la promoción de la ingesta o privación de los alimentos. Aspectos que fueron considerados en la planeación y ejecución del proyecto

La cultura alimentaria es el conjunto de representaciones, creencias, conocimiento de prácticas heredadas y/o aprendidas asociadas a la alimentación, compartidas por individuos de una misma cultura o de un grupo social (Cordero, 2006). Si bien, los alimentos son sustancias que nutren el cuerpo y al ser ingeridos proporcionan energía y nutrientes al organismo humano (Cordero, 2006), existen factores sociales que condicionan su consumo, es decir que además de las condiciones de carácter biológico, existen aspectos psicológicos o de carácter contextual, como el ecológico, económico, político e ideológico que deben ser considerados cuando se pretende incidir en estilos de alimentación no saludables.

Dentro de una sociedad, el alimento se utiliza de manera simbólica para representar formas sociales y sentimientos personales. En cada transición de la persona ya sea nacimiento, matrimonio, muerte, primera comunión, estudios, trabajo, viajes etc., se utiliza una significativa relación con los alimentos, es así que la comida funge como un medio universal utilizado para expresar sociabilidad y hospitalidad (Cordero, 2006).

Según Cordero (2006), alimentarse es una conducta que reviste múltiples significados sociales y psicológicos más allá de lo nutricional. Además los alimentos no solo se componen de nutrientes sino de significaciones, cumpliendo una función biológica y social, mediante procesos orgánicos internos y representaciones que han sido generadas por el entorno cultural, de ahí la importancia de trabajar en este proyecto con significados y símbolos ya que para las participantes la elección de la comida se convierte en una disyuntiva entre la decisión de comer en exceso o de no comer que se ve influenciada por el simbolismo de la comida y además por el significado que tienen de sí mismas.

Las conductas y el peso corporal expresan información acerca de los hábitos alimentarios, la personalidad y las intenciones e inclusive el estatus social de la persona. Así mismo las ideas sobre el cuerpo y la salud generan una influencia muy directa e importante sobre la cultura alimentaria y los comportamientos alimentarios (Cordero, 2006). Según Ogden (2003), algún cambio en la imagen corporal, considerada como el cuadro del cuerpo que se forma en la mente, afecta la relación con la comida, además menciona que la mayoría de las personas manifiestan su preocupación por el peso; incluso un alto porcentaje de mujeres no están conformes con su imagen corporal, esto se debe a factores sociales, como los medios de comunicación, la clase social y la familia. La preocupación por el peso y la insatisfacción corporal, afectan el estado de ánimo, autoestima y pueden desencadenar la ingesta excesiva de alimentos.

Los problemas de insatisfacción corporal y la preocupación por mantener un peso ideal, ponen de manifiesto que intentar mantener una dieta sana va más allá que el simple conocimiento de lo que es saludable y que los significados asociados a la comida y a la imagen corporal pueden anular las buenas intenciones de bajar de peso y tener un estilo de vida saludable (Ogden, 2003).

Ogden (2003), detalló que la ingesta de comida no es un comportamiento individual que se desarrolla en aislamiento con respecto al mundo exterior, tampoco se rige únicamente por las normas sociales y familiares. En este tenor, el autor define la comida como un producto derivado de la zona de contacto entre una persona y su entorno social. Cuando la persona interactúa con su mundo social la comida es la comunicación sobre quién es y cómo se sitúa en relación con los demás; la comida además genera problemas para la persona y puede utilizarse para manifestar conflictos con alguien más.

La comida muestra información sobre la identidad de las personas, comunicando las necesidades y conflictos internos y necesidades del yo, por lo tanto cuando una persona pierde el control o tiene sentimientos de culpa, insatisfacción y/o tristeza, la comida le puede ofrecer un foro para volver a recuperar la paz (Ogden, 2003).

Este trabajo tiene como finalidad trabajar con el simbolismo y los significados que tiene la comida. Ya que se parte del hecho que las personas comen en relación a la percepción que tienen de sí mismas. Al respecto el interaccionismo simbólico es una de las orientaciones metodológicas que comparten las ideas básicas del proceso hermenéutico, o interpretativo, donde la realidad está constituida además de hechos observables y externos, por significados, símbolos e interpretaciones que son elaboradas por los sujetos al interaccionar con su entorno (Pérez, 2004).

El interaccionismo simbólico es una teoría que tiene como principio básico el aprendizaje de significados y símbolos mediante la interacción social. Por tal motivo resalta la importancia de las interacciones que se establecen entre la comida y las personas con obesidad y su entorno, ya que este interviene de manera significativa en su sistema de creencias y percepciones (Ritzer, 2002). De acuerdo a lo anterior es importante mirar el comportamiento de las personas obesas siempre en relación a las interacciones del ambiente que las rodea (Fuertes y Palmero, 1998). El objetivo de este proyecto social se basa en fortalecer las habilidades necesarias de las personas con obesidad para lograr a través del trabajo social con grupos de ayuda mutua, nuevas conductas, actitudes, emociones y pensamientos mediante un proceso de re-aprendizaje y de resignificación de conceptos que generen cambios sustentables en las participantes.

Un problema relacionado con la conducta de comer es la obesidad (Ogden, 2003). La obesidad es un grave problema personal y de salud pública. Las cifras de personas que padecen obesidad suben cada año. Cordero (2006) menciona, que la obesidad acorta la vida, y puede producir hipertensión, diabetes, problemas bronquiales y pulmonares, lesiones en hueso, articulaciones; daña el hígado, etc. Según Arroyo y Cabello (2010), la obesidad vuelve infeliz a la persona que la sufre, afectando su autoestima. Por otra parte Cordero (2006), menciona que a menudo las personas con obesidad les falta o carecen de autoestima, por lo regular se sienten inferiores a los demás, se consideran derrotados lo que les impide resolver su problema de obesidad. Otro concepto importante y elemento fundamental para un estilo de vida saludable, es la confianza en uno mismo, vernos interiormente sin temor, es un derecho a triunfar cumpliendo todas las metas que nos hemos propuesto como cualquier ser humano y

ser felices (Cordero, 2006). Uno de los objetivos que fue prioritario para esta intervención fue aumentar el nivel de autoestima de las participantes, ya que en la evaluación previa de esta intervención, mediante un test de autoestimación, se encontraron resultados desfavorables en cuanto al nivel de autoestima que presentaban las mujeres participantes, por lo que se consideró importante la opinión de Cordero (2006), quien menciona que para lograr una intervención con éxito en personas con obesidad se debe tratar el autoestima del sujeto para que pueda tener una vida plena y digna, y no solo bajar de peso.

Dentro de los factores que benefician la calidad de vida, se encuentra la actividad física, que contribuye de forma decisiva al bienestar físico, al respecto López (2002), menciona que la práctica de ejercicio físico de manera regular, sistemática y controlada está dentro de un estilo de vida saludable. Existen diversos mitos y creencias relacionados con la actividad física.

Un mito es una cosa inventada por alguien que la intenta hacer pasar por verdad y según López (2002), determinadas creencias o mitos sobre el ejercicio pueden acarrear problemas en la salud pues, tienen una acción directa o indirecta sobre los órganos del cuerpo humano.

A través de videos y diversas actividades que tuvieron como propósito la resignificación de conceptos, se trató de incidir en las falsas creencias, mitos y conductas no saludables que las participantes tenían sobre la actividad física. Se consideró además importante informar sobre los beneficios del ejercicio físico en la salud y también los prejuicios que ciertas prácticas pueden generar. Para lograr este objetivo fue necesario fomentar hábitos de vida saludables mediante actividades reflexivas teóricas y prácticas, que les permitieran analizar y resignificar de forma efectiva lo relacionado con el ejercicio físico y la salud.

1.3.2.- La institución donde se implementa el proyecto

El presente trabajo se inserta en un proyecto de intervención social patrocinado por la Universidad Autónoma de Nuevo León, específicamente con el **PROGRAMA DE APOYO A LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y TECNOLÓGICA**, bajo la convocatoria PAICYT 2011-2012, desarrollado por la líder del Cuerpo Académico “Salud y Sociedad”, de

la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León.

1.3.3.- Localización geográfica

El proyecto se desarrolló en una de las salas de juntas de la División de Estudios de Posgrado, de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León, ubicada en Avenida Universidad S/N, Ciudad Universitaria, Código Postal 66451 en San Nicolás de los Garza Nuevo León.

1.3.4.- Aspectos de la organización

La Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL) es la tercera más grande de México y la institución pública de educación media superior y superior más importante y con la mayor oferta académica del noreste del país, es reconocida como una institución socialmente responsable y de clase mundial en el año 2020 debido a su calidad, relevancia y por sus contribuciones al desarrollo científico, tecnológico, innovación, construcción de escuelas de pensamiento y al desarrollo humano de la sociedad del país (UANL, Visión 2020).

La Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano (FTSyDH) de la UANL, 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. Su misión, es la formación de 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. Tiene la Visión, de ser reconocida en el año 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, centrando su trabajo en los siguientes valores: calidad en el servicio, compromiso, humanismo, solidaridad, honestidad, laboriosidad y justicia (Plan de Desarrollo Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano 2012- 2020).

La División de Estudios de Posgrado cuenta con varios programas de calidad. Ofreciendo 2 maestrías y un doctorado en modalidad nacional y binacional. La maestría en que inserta este proyecto, es la maestría en Trabajo Social con orientación en Proyectos Sociales, la cual tiene como objetivo general, formar estudiantes dentro de los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos en planeación y evaluación de proyectos sociales y que sean capaces de analizar la realidad social del país, así como proponer programas y proyectos para contribuir al desarrollo social de México. Este es uno de ellos (Plan de Desarrollo Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano 2012- 2020). En su oferta de estudios se encuentra la Maestría en Trabajo Social Orientada a Proyectos Sociales, que ayudando a lograr la misión de la Universidad Autónoma de Nuevo León y cubriendo el propósito de la visión 2020, trabaja en conjunto con el Programa de Apoyo a la Investigación Científica (PAICYT), que es un apoyo complementario para proyectos de investigación científica y tecnológica, promoviendo la creación de proyectos sociales y que es financiado por la UANL dirigido a profesores que realizan investigación (Plan de Desarrollo Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano 2012- 2020).

Siguiendo lo anterior en la FTSyDH existen 4 Cuerpos Académicos: Cultura, Identidades y Genero; Políticas sociales; Educación, Población y Desarrollo; Salud y Sociedad y Modelos de Intervención Social y Desarrollo formados por docentes e investigadores especializados en distintas líneas como salud, pobreza, educación, migración, etc. que trabajan en conjunto, realizando proyectos sociales orientados a problemáticas actuales. El Cuerpo Académico Salud y Sociedad se consolidó el día 8 de noviembre del año 2011, esto de acuerdo a los lineamientos establecidos por el comité evaluador del Programa de Mejoramiento del Profesorado (PROMEP). El Cuerpo Académico Salud y Sociedad tiene como propósito fortalecer la línea de generación y aplicación innovadora de conocimiento denominada: salud y sociedad, aunado a otras como obesidad, estilos de vida saludable y familia, bioética, derecho, trabajo social y salud; salud, alimentación y política pública y género, salud sexual y reproductiva, investigación social cualitativa. Entre otros su objetivo primordial es concentrar actividades de investigación, docencia, gestión académica, vinculación y tutorías que profundicen en el estudio cualitativo del proceso salud-enfermedad-atención (SEA) desde

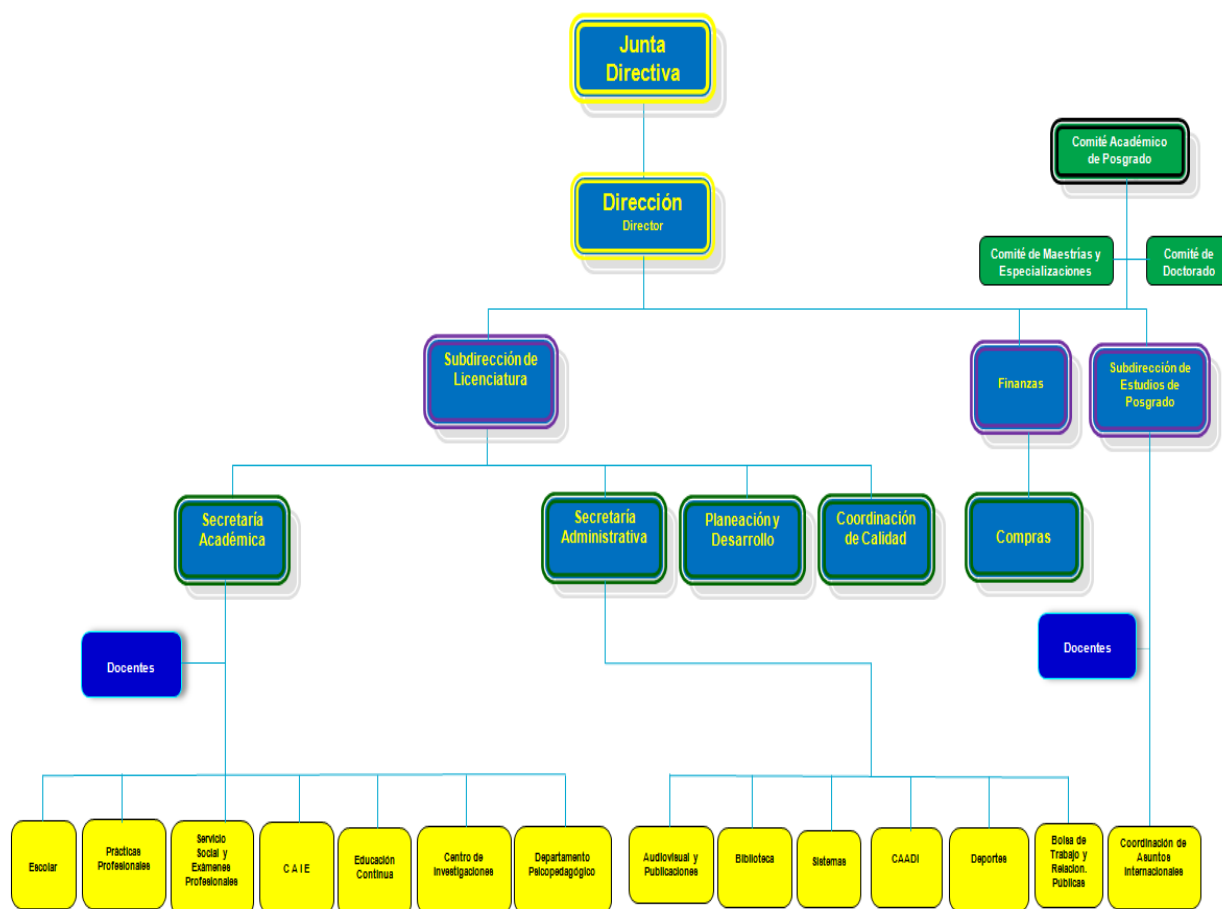
un enfoque sociocultural (Plan de Desarrollo Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano 2012- 2020).

La líder del Cuerpo Académico orientado a la investigación en el área de salud y sociedad, implementó en el año 2013 el proyecto de investigación/intervención: “Atención integral de la obesidad mórbida a través de un grupo de ayuda mutua”. Dicho proyecto de investigación estuvo dirigido a un grupo de mujeres con obesidad mórbida, ubicado en la Calle Alondra #120, colonia Cuauhtémoc en el Municipio de San Nicolás de los Garza Nuevo León, se llevó a cabo por un año del 8 de abril del año 2013, finalizando sus actividades el día 14 de febrero del 2015, a cargo de la Dra. Martha Leticia Cabello Garza y un equipo interdisciplinario de nutriólogas, trabajadoras sociales y psicólogas. Este proyecto de investigación presentó una propuesta de intervención social centrado en la perspectiva del interaccionismo simbólico donde el objetivo principal fue obtener evidencia científica del impacto determinante en la reducción de peso corporal en personas con obesidad y propiciar el mantenimiento del mismo implementando una intervención social integral de ayuda mutua que incluyera aspectos psico-espirituales, socio-motivacionales, terapéuticos- emocionales y nutricios.

De este proyecto nace la idea de hacer una propuesta de intervención con las mujeres que pertenecían a este grupo de ayuda mutua, que aceptaran participar y que aún contaban con un Índice de Masa Corporal mayor a 30 (kg/m²) es decir, aunque algunas ya no tenían obesidad mórbida (IMC mayor a 40 kg/m²), pudieron participar, comprometiéndose a tener disponibilidad de tiempo y a cambiar su estilo de vida a saludable.

Figura 1

Organigrama de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano



Fuente: <http://ftsudh.uanl.mx/institucion/organigrama/>

CAPITULO 2. METODOLOGÍA DEL PROYECTO

En este apartado se consideran las estrategias metodológicas que definen las diferentes fases del proyecto, se divide en tres secciones: el diseño y la planeación del proyecto, la implementación y la evaluación del mismo. En el primer apartado se presentan los resultados del diagnóstico con el fin de justificar la puesta en marcha de este trabajo. Posteriormente se presenta una sección destinada a la planeación y diseño de la intervención propuesta, concluyendo con implementación del mismo. En un último apartado se expondrá la parte evaluativa, considerando una metodología mixta.

Para la selección de las participantes se utilizó el Método de Voluntarios que de acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010), se emplea durante o después de conocer a los participantes y es utilizado normalmente en la investigación cualitativa; de esta manera, se invitó a participar a este proyecto a todas las mujeres que asistían al proyecto de investigación antes mencionado “Atención de la obesidad mórbida a través de un grupo de ayuda mutua”, donde solo 10 de las 15 invitadas aceptaron participar en este proyecto de intervención.

Cabe mencionar que se trabajó con un total de 10 mujeres con obesidad, de entre 28 años a 66 años de edad, de las diez participantes una de ellas contaba con secundaria no terminada, cinco de ellas con nivel técnico, una con preparatoria terminada, dos de ellas con licenciatura y una con estudios de maestría.

2.1 Resultados del diagnóstico.

Antes de intervenir en un proyecto, se debe realizar el proceso de evaluación diagnóstica con la finalidad de conocer la situación actual de la población con la que se pretende intervenir para que al finalizar el proyecto o la intervención, se puedan comparar los resultados de manera satisfactoria (Mokate, 2000).

El objetivo principal de realizar un diagnóstico previo según Nirenberg, y Ruiz (2003), es brindar un mejor conocimiento acerca de los problemas que se pretenden solucionar con la ejecución de programas o proyectos sociales, dando información confiable sobre su magnitud y características y los factores que influyen. Su principal utilidad es justificar y fundamentar las acciones programadas, y focalizar mejor la población que se beneficiará.

El diagnóstico es el primer momento del proceso de planificación de un proyecto, por lo que la información recogida para este diagnóstico es de suma importancia para la planificación de las actividades y para la evaluación posterior (Nirenberg, y Ruiz, 2003).

Con el fin de evaluar o valorar el impacto del proyecto de intervención, se aplicaron instrumentos cualitativos antes y después de la intervención para mostrar evidencia científica de los resultados de este trabajo

Dado que la dimensión emocional es un componente importante en la formación de la identidad y seguridad de una persona, un aspecto importante de esta intervención fue el análisis del nivel emocional que sufren las personas con obesidad (Arroyo y Cabello, 2010). En esta evaluación diagnóstica se llevó a cabo una **entrevista semiestructurada** para conocer a fondo las percepciones, significados y creencias que tenían las participantes respecto a su obesidad, estilo de vida y sobre ellas mismas. Esta entrevista fue de gran importancia, porque de sus discursos se construyó una matriz de creencias y significados respecto a la comida, ejercicio, obesidad y hábitos saludables, lo que ayudó a realizar el plan de implementación de esta intervención.

Una vez concluido la fase del diagnóstico, se elaboró la planeación y ejecución del diseño del proyecto de intervención; se establecieron objetivos, metas, actividades y plazos, además de la elección de los instrumentos, técnicas y herramientas para su implementación y operación. Se realizó una evaluación inicial en la primera sesión, para lo cual se utilizó el **Cuestionario de Auto estimación de Lucy Reidl** con el fin de conocer el nivel de autoestima de las participantes, además se aplicó un **Cuestionario de Prácticas y Creencias Sobre Estilos de Vida** para conocer las creencias, conceptos y prácticas relacionados con hábitos alimenticios y estilo de vida saludable. Conjuntamente se realizó una **medición antropométrica**, la cual nos permitió conocer el estado nutricional de las participantes registrando el peso (kg) y la talla (cm), para el peso se utilizó una pesa Tanita BC-1000 con capacidad de hasta 200kg y para la estatura una cinta métrica de longitud máxima de tres metros de longitud. Posteriormente con las medidas antropométricas se calculó el Índice de Masa Corporal (IMC), y se clasificó el nivel de obesidad que presentaban las participantes.

Cabe mencionar que estos mismos cuestionarios y medidas fueron aplicados, al término de la intervención, utilizando herramientas cualitativas y cuantitativas que sirvieron para evaluar el impacto del proyecto al finalizar la implementación.

2.1.1.- Resultados de la entrevista semiestructurada

La recolección de datos cualitativos, a través de la aplicación de una entrevista cualitativa semiestructurada permitió recolectar información sumamente valiosa, lo cual ayudó a conocer las percepciones, sentimientos, actitudes y creencias sobre los temas a tratar y en base a ello estructurar el plan de intervención.

A través de la evaluación cualitativa se logró conocer las creencias, actitudes y conceptos que sobre el significado de la obesidad, ejercicio, comida, dieta, y cuerpo tenían las participantes, así como la percepción de sus imagen corporal, actividades que realiza en su tiempo libre, ejercicio físico, manejo de emociones ante situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos y autodecisión de alimentos saludables. Cabe aclarar que se cuidaron los aspectos éticos, ya que cada una de las participantes firmaron un consentimiento informado con el fin de respetar el anonimato, haciéndoles saber de la importancia de esta investigación y se cuidó la identidad de las participantes asignándoles un pseudónimo a cada una de ellas.

El análisis de la información obtenida se organizó utilizando el Software MAXQDA versión 2011. El cual es un programa para la sistematización y organización de datos cualitativos, el cual se utilizó para categorizar y ordenar la información.

A continuación se destacan las siguientes categorías, que fueron las que guiaron la entrevista semiestructurada y posteriormente se utilizaron para la implementación y evaluación de esta intervención.

1.- Significados

El significado emerge de la interacción con la realidad, siendo de esta forma que el significado no se descubre, sino que se construye, por lo que pueden existir diversos significados en relación a un mismo fenómeno (Castro, 2009). Por su parte Fernández y López (2006), afirman que cualquier problemática es susceptible de conocerse mediante el método cualitativo. En esta primera categoría se presentan los significados que le otorgan las mujeres a la obesidad, ejercicio, comida, dieta, y a su cuerpo.

a) Obesidad

La sociedad hoy en día concede un valor muy alto al cuerpo esbelto, y esto es determinante para la percepción y significación que tiene una persona de sí misma. En el grupo se pudo constatar a través de las entrevistas semiestructuradas que se realizaron antes de iniciar la intervención, que existe una amplia variación en cuanto a la actitud y los significados que cada uno le otorga a la obesidad.

El total de las entrevistadas en sus relatos expresan patrones de conducta no saludables esto debido a comportamientos de aislamiento, obstrucción o bloqueo indirecto a los esfuerzos por ayudarlos. Al preguntarles qué significado tiene para ellas la obesidad, sus discursos denotan insatisfacción, inconformidad, trauma y sufrimiento como lo ejemplifican las siguientes citas: “**Morirme**...que me dé un infarto, siento que [a obesidad...] para mí eso es” (Rocío)... “[La obesidad...] es, vergonzoso, te dicen ¡marrana! y te ofenden, para mí eso es **doloroso**” (Rocío)... “[La obesidad...] para mí es viviendo con **mi enemigo**, yo duermo con mi enemigo, ese enemigo está conmigo, para mí la obesidad es el enemigo que vive dentro de mí” (Laura)... “[La obesidad...] **no es una enfermedad** (Paola)... “[La obesidad...] **me deprime** mucho” (Yabidia).

b) Su cuerpo

Dentro de esta categoría, se les cuestionó lo que para ellas significaba su cuerpo. En una primera entrevista se pudo constatar que las participantes tenían una percepción negativa de su cuerpo, sus discursos relatan insatisfacción, lástima, culpa, dolor y arrepentimiento. En el caso de las personas con obesidad es importante mencionar que estos sentimientos de culpa las hacen devaluarse ante la sociedad ya que de acuerdo a Lazarus (2000), la emoción de culpa se cuenta en el sentimiento subjetivo de la culpabilidad como lo mencionan a continuación: “Así como estoy ahorita [Refiriéndose a su cuerpo...], ¡Estoy fea!” (Rocío)... “Mi cuerpo me da lástima, y le pido perdón por haberlo lastimado, siempre voy a culpar a la vida a los hechos. Mi cuerpo es mi vida y es sagrado, y por eso me duele estar como estoy” (Laura)... “[Mi cuerpo...] no me gusta, porque no me gusta estar gorda, yo siempre fui delgada yo quisiera hacer todo lo que hacía antes” (Olga)... “[Mi cuerpo...] no me gusta, no me gusta estar así, me arrepiento de no haberme cuidado” (Yabidia).

c) Comida

Los discursos de las participantes antes del proyecto versaban sobre significados de la comida como un refugio a sus emociones, el comer de coraje, como sinónimo de placer o celebración, una forma de enfrentar las carencias y los problemas, tal como lo muestran las siguientes aseveraciones: “[La comida...] es celebración, porque todas las celebraciones implican alimento” (Nidia)... “[La comida...] es un refugio, cuando me da coraje” (Paloma)... “La

comida para mí, es un refugio a mis sentimientos, toda mi vida las causas emocionales me han afectado” (Laura).

d) Dieta

Es importante aclarar que todas las participantes refirieron haber realizado dieta en algún momento de su vida. Poco más de la mitad de las personas entrevistadas mostró una visión negativa con respecto a las dietas, usaron expresiones como restricción, negación, prohibición y trauma. Un estudio realizado por Ávila y Cabello (2010), demuestra que aunque la mayoría de las personas con obesidad saben lo que tienen que hacer para bajar de peso, no aplican las recomendaciones. A continuación se mencionan los discursos de las participantes: “Dieta es restricción” (Paola)... “[Dieta...] significa que me van a castigar para que no coma y no sea gorda o sea para mi es que te digan... ¡Te voy a poner a dieta para que no seas gorda!” (Laura)... “Cuando me voy a poner a dieta un día antes me pongo a comer y a comer como si se fuera a acabar el mundo” (Mónica)... “[Dieta...] es una pesadilla, siento que hasta me da más hambre cuando estoy a dieta” (Yabidia)... “Dieta es dejar de comer” (Nidia).

e) Ejercicio

En este apartado las participantes a través de sus discursos hicieron notar que la mayoría de ellas conocían los beneficios de hacer ejercicio físico, de lo importante que es para ellas bajar de peso y mantener una buena salud, sin embargo cabe aclarar que en la primera entrevista solo una de las participantes refirió hacer ejercicio como se aprecia enseguida: “Tengo la idea de que si hago ejercicio y lo dejo de hacer voy a engordar más, le tengo más miedo que a una dieta” (Nidia)... “No me gusta ir a hacer ejercicio...me da pena que me vean correr, es mucho la pesadez de ir, me desagrada la decisión de ir eso es lo que no me gusta” (Perla)... “[El ejercicio...] es muy importante porque sé que eso si te ayuda bastante (Rocío)... “El ejercicio es bueno porque te hace más elasticidad, te da condición” (Paola)... “[El ejercicio...] se me hace algo padre, lo disfruto porque es como si te relajara, pero no lo hago mucho me la paso sentada” (Carla). La única participante que comentó hacer ejercicio ya que tenía un tiempo de estar cambiando de hábitos en el grupo de ayuda mutua dijo “[El ejercicio...] es mi hora

feliz, me dedico solo a mí, no me importa lo que pasa alrededor, ya saliendo de ahí de la puerta para afuera vuelvo a la realidad (Mónica).

f) Tiempo libre

La forma en que se emplea el tiempo libre o de ocio, constituye un factor de riesgo para la salud de las personas con obesidad. La práctica de actividades recreativas, ejercicio, tiempo de relajación ayuda a mantener la salud y a bajar de peso, se ve disminuida en las participantes de este trabajo. Antes de iniciar el proyecto las participantes mencionaban que el tiempo libre era ocio, depresión, y ver televisión, y que no lograban salir de la rutina. A continuación se muestran sus discursos: [El tiempo libre...] pues es descanso, me hace romper la dieta, me gustaría tener todo saturado de actividades para llegar y dormir porque de estar sola nada más estoy pensando en que comer... pienso: ¡Déjame como algo!” (Perla)... “No me gusta tener tiempo libre, pero igual y me pongo a ver la televisión, pero no me gusta tener ratos libres, porque para mí es depresión, yo me deprimó mucho” (Paloma)... “[El tiempo libre...], es mi tiempo, me pongo a ver la televisión” (Olga)... “Tiempo libre, pues es ociosidad, tiempo libre, no hago nada” (Paola).

2.- Actividades

a) Actividades que realiza en su tiempo libre

Otro aspecto considerado en el diagnóstico fue a cerca de las actividades que realizaban en su tiempo libre. Se pudo hacer notar que las participantes que pasaban mucho tiempo de ocio, tenían una vida muy sedentaria lo cual es riesgoso para su salud como lo podemos ver en las siguientes citas: “Pues me siento aquí [En la sala...] veo la tele o a veces “nomas” estoy pensando... y dice mi esposo que parezco loca cuando me ve con la vista pérdida, pero es porque estoy pensando o me pongo a leer” (Rocío)... “Me pongo a ver la tele pero también lloro un chorro” (Paloma)... “Me meto al Facebook, me pongo a jugar” (Paola)... “Yo anteriormente en mis tiempos libres me salía y estaba en clases de pintura, de costura yo todo lo hacía y ahorita no hago nada...” (Mónica).

b) Actividad física

Ente los determinantes que se encontraron como barreras para mantener un peso corporal saludable en la parte diagnóstica, se encontró la falta de costumbre para hacer ejercicio físico, y las limitantes físicas, que muchas veces son mencionadas sólo por ellas y no por un médico. Siguiendo con el punto anterior se les cuestionó ¿Realizas actividad física? En esta primera entrevista sus relatos hablaban del pasado, de cuando hace años en su mayoría de ellas habían realizado alguna vez ejercicio como se aprecia a continuación: “[Hacía ejercicio...] Cuando estaba soltera, pues yo me acuerdo que me ponía mi leotardo y saltaba y hacía cosas así, en un gimnasio ahí en la Cuauhtémoc, pero ya de casada fatal...ya no hago nada por floja” (Rocío)... “Hasta a un gimnasio fui, en el “fitness” estuve todo un año, eran 300 pesos por mes pero solo fui 2 o 3 veces mi esposo se enojó bastante” (Paola)... “Hace unos años hasta entré a un gimnasio me inscribí y fui pero no era constante, me regalaron un año gratis pero solo fui 3 meses” (Perla)... “Hace muchos años me metí a un gimnasio y me puse bien “anchota” de la espalda y me dijeron; ya te vez muy fea, y lo deje” (Nidia)... “Hace años estuve en “aerobics” en Nova [Centro Recreacional], y ya más grande de edad me iba con mis dos bastones a caminar pero ahorita ya no puedo” (Laura)... “Después de que me casé deje de hacer muchas cosas, haz de cuenta que de soltera hacia mucho ejercicio y ya cuando me casé, nada” (Carla).

3.- Imagen corporal.

a) Percepción de sí misma (Cuando se mira en un espejo)

Uno de los puntos importantes de la entrevista fue la imagen corporal, donde se hicieron declaraciones sobre opiniones, pensamientos y sentimientos relacionados con su apariencia física, así como las características positivas y negativas que tienen sobre sí mismas. En las siguientes narraciones se puede hacer notar como las mujeres de este grupo tenían una percepción predominantemente negativa al mirarse al espejo: “No me gusta lo que veo, porque no me queda la ropa como yo quiero” (Olga)... “Si me gusta cómo me veo, si me veo yo sola, pero si está alguien al lado que esté más delgada...ya no me agrada la idea” (Perla)... “A veces me siento muy deprimida y cuando me miro en un espejo digo: ¡Yo como no puedo adelgazar, por qué no puedo?, ¿Porque estoy así?!” (Yabidia)... “No me veo, no me gusta... nunca me ha gustado verme yo digo que necesito bajar (de peso) para verme en un espejo y

estoy desesperada para poderme ver en un espejo nada más por eso (Laura)... “Cuando me veo en un espejo no me gusta nada, me da coraje” (Mónica).

Por último una ellas reconoció que le deprime tener sobrepeso, y lo expresó de la siguiente manera:

Trato de no verme en cuerpo completo... de no verme tanto, o sea, si me voy a pintar, agarro un espejo chiquito pues para estar viéndome solo ese pedazo, no estoy contenta con mi cuerpo yo si me deprimó, si me deprime el estar gorda (Paola)

4. Manejo de emociones ante situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos

En los relatos que las participantes mencionaron antes de la intervención del proyecto, se puede ver que la comida para ellas es un refugio a sus problemas o síntoma de felicidad: “Comer para mi es algo así como que feliz, ¡Estas feliz!, por ejemplo es fecha que yo bajo [Refiriéndose ir hacia la cocina], y que tengo un problema (entonces) vengo al refrigerador y como algo” (Perla)... “Cuando estoy con algún problema, preocupación o triste, me voy a comer un pan y luego después me arrepiento” (Yabidia)... “Yo sé que relacionó mucho la comida con mis sentimientos...si estoy deprimida o estoy triste... me da por querer comer, o sea pero inconscientemente o sea ya para cuando acuerdo traigo algo” (Carla)... diferente a las demás otra de las participantes mencionó que las emociones le afectan pero en no comer como lo vemos en el siguiente discurso “Yo no soy de comer mucho pero si, cuando me siento triste y sola no se me antoja nada” (Olga).

5. Autodecisión de alimentos saludables

Un punto importante en esta intervención fue mejorar la autodecisión de alimentos saludables ya que en el diagnóstico se visualizó que ellas compraban mucho en la calle, cenaban en exceso y consumían comida chatarra en exceso como se puede ver en las siguientes citas: “Soy caníbal porque a mí me encanta la carne de puerco, hasta 3 a 4 veces en la semana comemos carne; que chicharrones, que asado de puerco...” (Carla)... “Yo compro mucho en la calle compro, gorditas, hamburguesas toda la semana es comprar comida” (Mónica)... “En las noches me ceno dos sándwiches con cuatro rebanadas en una sola sentada” (Perla)... “En mi casa sí comprábamos comida muy seguido como los tacos o hamburguesas (Paola)...

“Ahora compro galletas en la mañana y luego en la tarde, una bolsa de papitas todos los días” (Perla)... “Los domingos son de barbacoa con menudo en la mañana, como para las 3 o 4 pm comemos ya sea carne asada, pollo o pizza, lo que se nos antoje y para cenar taquitos de bistec en la noche” (Nidia).

2.1.2.- Observaciones generales del diagnóstico

En base a la experiencia de trabajo con el proyecto de investigación “Atención a la obesidad mórbida a través de un grupo de ayuda mutua” y del trabajo multidisciplinario, se encontró que el principal problema de la participantes del grupo, es que no tenían un estilo de vida saludable y que este problema estaba relacionado con sus costumbres, creencias y sentimientos.

A través de las entrevistas cualitativas se logró explorar otras dimensiones de la obesidad. La manera en la que se adentró a explorar la dimensión subjetiva y emocional de las participantes fue muy gratificante. Para Banchs (citado por Arroyo y Cabello, 2010), las emociones, representaciones sociales y las acciones son un todo que se da conjuntamente sin poderlos separar del contexto social específico o global, por lo que para este proyecto se consideró importante comprender el entorno social de la persona con obesidad para poder mejorar su estilo de vida mediante este proyecto de intervención.

Al respecto Arroyo y Cabello (2010), mencionan que las emociones y los significados adquieren un significado relacional, que varía de un contexto cultural a otro. Lazarus (2000, p189), agrega “Nuestro objetivos y creencias sobre nosotros mismos y el mundo, y las acciones de la otra persona con la que estamos relacionándonos, se combinan para producir el significado personal que produce la emoción”. Para comprender más a la persona con obesidad, las reacciones, emocionales y los orígenes de éstas, Arroyo y Cabello (2010), proponen conocer su entorno, así como lo qué es importante y no para las personas con obesidad.

Al respecto Lazarus (2000), menciona que las reacciones emocionales son moldeadas por lo que las personas jerarquizan como importante, lo que condiciona sus acciones.

Utilizando la clasificación de las emociones de Lazarus (2000), las cuales son: a) emociones existenciales como la ansiedad, la culpa y la vergüenza y b) emociones provocadas por

condiciones de vida desfavorable, como la tristeza y la depresión, se puede dar cuenta que efectivamente las emociones juegan un papel muy importante en el aumento de peso. A partir de los discursos de las participantes los aspectos más relevantes fueron lo **“Emocional”** ya que se identificó que la comida tiene una fuerte relación emocional para ellas a la cual es difícil renunciar pues es considerada como su refugio o momentos de escape ante los problemas. Arroyo y Cabello (2010), refieren que la obesidad, se puede visualizar como causa o consecuencia de un problema físico, psicológico, social o emocional, que ocasiona el consumo descontrolado de alimentos. En segundo lugar **“Lo social”**, ya que se encontró que al acudir a eventos sociales, cumpleaños etc., ellas mencionan no poder controlar sus antojos, y romper lo que para ellas es una “dieta”, lo que ocasiona que los siguientes días hagan lo mismo. Otro aspecto relevante fue **“Lo cultural”** ya ellas refieren que siguen las practicas alimentarias que se les enseñó de niñas y que además aquellos alimentos con los que tuvieron alguna experiencia negativa con sus padres no pueden consumirlo de nuevo, como por ejemplo una de ellas menciona “Pues los ejotes esos si no los como nunca, porque me acuerdo que mi mamá me los daba a la fuerza ” (Paola).

Es importante mencionar que la mayoría de las participantes comenzaron el consumo excesivo de alimentos después de un evento estresante, entre ellos la pérdida de un ser querido, un divorcio, pérdida del empleo, etc. Según Arroyo y Cabello (2010), la adicción a la comida ofrece a estas personas con sobrepeso otra manera de enfrentarse con el problema. Como la literatura menciona, existe una serie de creencias, percepciones y sentimientos relacionados con la alimentación, la actividad física y los estilos de vida saludables, que les está impidiendo consumir alimentos sanos que repercuten en su salud y bienestar.

2.3.- Planeación y Diseño del proyecto

2.3.1.- Nombre del proyecto

Resignificando conceptos y creencias para generar estilos de vida saludables en mujeres con obesidad, a través de un grupo de ayuda mutua

2.3.2.- Objetivo general

Generar en mujeres con obesidad nuevas conductas, actitudes, emociones y pensamientos respecto a estilos de vida saludables mediante un proceso de reaprendizaje y re significación de conceptos a través de un modelo de intervención social cognitivo conductual.

2.3.3.- Objetivos específicos

1. Resignificar creencias no saludables e imágenes negativas sobre sí mismas y sobre su obesidad
2. Desarrollar el deseo de hacer nuevas actividades en su tiempo libre donde la prioridad sea la actividad física
3. Favorecer nuevas prácticas y creencias en cuanto a la actividad física, hábitos alimenticios y estilo de vida saludable en general
4. Desarrollar la creatividad para lograr la autodecisión de consumo de alimentos saludables y el manejo de emociones frente a situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos
5. Desarrollar habilidades que mejoren el autoestima, la percepción de su imagen corporal y la actitud ante las críticas

2.3.4.- Objetivos, metas y plazos

Tabla 1

OBJETIVO GENERAL	Meta	Indicador	Plazo
Generar en mujeres con obesidad nuevas conductas, actitudes, emociones y pensamientos respecto a estilos de vida saludables mediante un proceso de reaprendizaje y re significación de conceptos a través de un modelo de intervención social cognitivo conductual.	Disminuir ($p > .05$) de su peso corporal de manera individual	Peso corporal de las participantes en kilogramos analizado bajo la prueba estadística t de Student	Periodo del mes de septiembre 2014 a diciembre 2014.
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
Resignificar creencias no saludables e imágenes negativas sobre sí mismas y sobre su obesidad	90% de la población objetivo reconozca las comorbilidades de la obesidad y mejore su autopercepción	Entrevista semiestructurada y grabaciones de audio	Periodo del mes de septiembre 2014 a diciembre 2014.
Desarrollar el deseo de hacer nuevas actividades en su tiempo libre donde la prioridad sea la actividad física	Incremento de la población que realiza actividad física	Entrevista semiestructurada, grabaciones de audio	Periodo del mes de septiembre 2014 a diciembre 2014.
Favorecer nuevas prácticas y creencias en cuanto a la actividad física, hábitos alimenticios y estilo de vida saludable en general	Aumento de al menos 5 puntos en el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de manera individual	Calificación general del cuestionario prácticas y creencias sobre estilos de vida (tabla) y un resultado significativo en la prueba estadística de los signos de Wilcoxon	Periodo del mes de septiembre 2014 a diciembre 2014.
Desarrollar la creatividad para lograr la autodecisión de consumo de alimentos saludables y el manejo de emociones frente a situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos	Incremento en la capacidad de elecciones saludables	Entrevista semiestructurada, grabaciones de audio	Periodo del mes de septiembre 2014 a diciembre 2014.
Desarrollar habilidades que mejoren el autoestima, la percepción de su imagen corporal y la actitud ante las críticas	Aumento de al menos tres puntos en el cuestionario de autoestimación de Lucy Reidl	De acuerdo al cuestionario de autoestimación de Lucy Reidl y prueba estadística de los signos de Wilcoxon	Periodo del mes de septiembre 2014 a diciembre 2014.

2.3.5.- Población beneficiada

De manera directa las beneficiarias de este proyecto fueron las 10 mujeres con obesidad grado II y III, de entre 28 y 66 años de edad, creando un grupo de ayuda mutua, con características homogéneas, entre las cuales se destacan, la presencia de obesidad (índice de masa corporal igual o mayor a 30), y una firme decisión de cuidar su salud y bajar de peso. Pero además considerando que cada una de ellas se desenvuelve en diferentes círculos sociales se puede inferir que indirectamente algunos beneficiados también fueron sus amigos y familia más cercana.

2.3.6.- Actividades y calendarización

En el siguiente cronograma se visualizan en tiempo y forma cada una de las actividades realizadas en la implementación y operación de este proyecto el cual inició con la elaboración del material de apoyo para el diagnóstico inicial por medio de una entrevista semiestructurada sobre las creencias, sentimientos, emociones e imágenes negativas relacionadas con la obesidad, alimentación, ejercicio físico, estilo de vida y su cuerpo, seguida del procesamiento y análisis de la información recabada, además de las 12 sesiones de duración del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua” donde se realizó una valoración antropométrica y del estado nutricional de las participantes, incluyendo la aplicación de una escala de auto estimación, se aplicó un cuestionario sobre prácticas y creencias sobre estilos de vida, se impartieron temas educativos sobre una buena alimentación, ejercicio físico, obesidad. Se aplicaron además técnicas para lograr la resignificación de creencias, conceptos, actitudes y representaciones sociales por medio de la programación neurolingüística y actividades didácticas sobre una alimentación, hábitos saludables, obesidad y ejercicio físico y se realizaron dinámicas grupales que permitieron evaluar el conocimiento adquirido por los participantes, junto con la aplicación de técnicas de liberación de emociones y la atención nutricional se pretendió coadyuvar a generar un peso corporal adecuado. Por último se evaluó la efectividad del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua” para mostrar la efectividad del proyecto implementado los resultados obtenidos.

2.3.7.- Recursos humanos, materiales, financieros y técnicos

a) Recursos Humanos:

- 1 Licenciada en nutrición (planificador del proyecto)
- 1 Trabajadora Social con maestría en Proyectos Sociales
- 2 Trabajadora Social con maestría en Ciencias
- 1 Licenciada en Psicología
- 1 Profesora- investigadora
- 10 Mujeres con obesidad

Tabla 2.

Cronograma de actividades

Mes	Julio 2014				Agosto 2014				Septiembre 2014				Octubre 2014				Noviembre 2014				Diciembre 2014			
Semana	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración de material de apoyo para el diagnóstico																								
Visitas al domicilio/Evaluación Diagnóstico inicial																								
Procesamiento de la información																								
Análisis de la información																								
Implementación del taller																								
Evaluación final																								
Recopilación y análisis de la información obtenida																								

Fuente: elaboración propia

b) Recursos materiales:

Tabla 3.

Materiales	Cantidad	Precio unitario	Total
Plumas	1 paquete	\$18.00	\$18.00
Paquete de hojas de maquina con 500 hojas	1paquete	\$50.00	\$50.00
Marcadores “Aquí color”	4 piezas	\$12.00	\$48.00
Pegamento adhesivo	3 piezas	\$15.00	\$45.00
Lápices	1 caja	\$25.00	\$25.00
Cinta adhesiva chica	2 piezas	\$15.00	\$30.00
Carpetas múltiples	4 piezas	\$25.00	\$100.00
Pliegos de papel marquilla	10 piezas	\$3.00	\$30.00
Caja de cli mariposa Tijeras	1 caja	\$15.00	\$15.00
	5 piezas	\$20,00	\$100.00
Caja de colores	3 cajas	\$15.00	\$45.00
Hojas opalina	1 paquete	\$30.00	\$30.00
TOTAL			\$536.00

c) Recursos técnicos:

Tabla 4.

Laptop*	\$4,500.00
Memoria USB *	\$120.00
Grapadora *	\$20.00
Grabadora de voz***	\$300.00
Proyector**	\$9,000.00
Impresora y copiadora **	\$10,000.00
Computadora **	\$6, 500.00
Sillas (15) **	\$6, 000.00
Mesa (1) **	\$9,200.00
Cinta métrica de fibra de vidrio ***	\$240.00
Estadimetro ***	\$300.00
Tanita BC-1000 (bascula) ***	\$6, 600.00

* Estos recursos pertenecen al planificador del proyecto

**Estos recursos pertenecen a la institución donde se realizó el proyecto

*** Estos recursos fueron proporcionados por el proyecto “Atención Integral de la Obesidad Mórbida a Través de un Grupo de Ayuda Mutua” gracias al apoyo de PAICYT

Fuente: elaboración propia

d) Recursos financieros

El proyecto de intervención social fue financiado por el planificador de este proyecto alumno de la Maestría en Trabajo Social con Orientación en Proyectos Sociales de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano.

2.4.- Implementación y Operación del proyecto

En este apartado se describen las acciones realizadas durante el desarrollo, implementación y operación de este proyecto. El objetivo más importante del proyecto fue generar nuevas percepciones acerca de sí mismas, de su vida, de sus metas, de su sobrepeso y de su obesidad; que resignificaran conceptos, actitudes y creencias sobre obesidad, ejercicio y alimentación sana; cambiar la actitud de autodefensa, de sentirse culpable, de sentirse con baja autoestima y poder generar estilos de vida saludable y ver de otra manera el problema de su obesidad.

El objetivo de trabajar un modelo cognitivo conductual dentro de un grupo de ayuda mutua fue que cada persona involucrada en el grupo se planteara si su esquema de interpretación era verdaderamente útil o si existían formas más apropiadas para afrontar y combatir la obesidad (Fernández y López, 2006). Fue a través de las 12 sesiones del proyecto que se logró el objetivo de generar en mujeres con obesidad nuevas conductas, actitudes, emociones y pensamientos respecto a estilos de vida saludables mediante un proceso de reaprendizaje y re significación de conceptos a través de un modelo de intervención cognitivo conductual. Generalmente se contó con una asistencia de 10 personas, las sesiones duraron entre hora y media y dos horas con una frecuencia de una vez a la semana. Cada una de las sesiones fueron audio grabadas y se tomaron fotografías.

Algunos beneficios que obtuvieron las personas beneficiadas con este proyecto fueron: la capacidad de reconocer situaciones problemáticas, afrontándolas y proponiendo soluciones; así mismo este proyecto trabajó con liberación de sentimientos y emociones como la depresión, tratando de manejar situaciones específicas como el enfado, fomentando la búsqueda de pensamientos novedosos y liberadores que tuvieran la virtud de alejarlos de la confrontación y los sentimientos negativos que las llevan a comer en exceso o a tener conductas inadecuadas respecto a la alimentación y el ejercicio.

2.4.1.- Actividades y contenido del taller ““Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”

A continuación, se presentan las actividades y el contenido de cada sesión del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”

Sesión 1: Introducción al taller ““Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”

Fecha: 24 de septiembre

Objetivo 1: Presentar y dar una introducción al taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”

Objetivo 2: Fomentar en las participantes la motivación para tomar la decisión de bajar de peso y cambiar su estilo de vida

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de medidas antropométricas (Talla y peso corporal)
- Explicación del proyecto y el propósito del taller
- Exposición del tema “Hoy inicia un cambio en mi vida”
- Presentación de dos videos:
 - Video “El mejor video de motivación” el cual presenta imágenes y frases motivaciones para alentarlas a cambiar su estilo de vida <https://www.youtube.com/watch?v=DZnxwKUViY4>
 - Video “No hay imposibles en la vida, si tú quieres puedes” el cual presenta la historia de una mujer que logro bajar 20kg. Muestra la importancia de los cambios de hábitos de alimentación y ejercicio para lograr bajar de peso, además de frases e imágenes motivacionales <https://www.youtube.com/watch?v=SuPIInuztcNc>
- Para la realización de la línea base de la evaluación cuantitativa se realizó a aplicación de 2 cuestionarios:
 - Aplicación de un test de escala de auto estimación de Lucy Reidl
 - Aplicación del cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida

- Se les entregó un plan de alimentación para siete días y un tarjetón donde se anotaron sus medidas antropométricas semanales

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Grupo focal: Se utilizó esta técnica para evaluar la sesión de manera cualitativa donde se les cuestionó si ya habían tomado la decisión de cambiar su estilo de vida y conocer su opinión sobre los videos y motivar la participación de los miembros para los cambios propuestos

Recursos utilizados: Hojas de máquina, papel opalina, computadora, proyector, grabadora, báscula y plumas

Sesión 2: ¿Qué es la obesidad?

Fecha: 01 de octubre 2014

Objetivo 1: identificar la obesidad como una enfermedad y analizar sus causas y consecuencias

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg
- Reflexión y exposición del tema “Causas y consecuencias de la obesidad”
- Realizaron de manera individual una cartulina donde utilizando recortes de revistas, plumones y frases motivacionales plasmaron sus planes y metas en cuanto a su salud.
- Presentación de dos videos:
 - Video documental sobre “El colesterol” que explica los daños que causa la comida chatarra en los niveles de colesterol y en la sangre
<https://www.youtube.com/watch?v=uOAnZE3GyIA>
 - Video “¡Alerta obesidad! “ que muestra las consecuencias que ocasiona la obesidad en la salud <https://www.youtube.com/watch?v=vhdVDSdyZbU>
- Se les entregó un plan de alimentación para siete días

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes

- Control de asistencia
- Grupo focal: reflexión y discusión sobre ¿Cómo ha cambiado su forma de ver la obesidad?, ¿Qué están dispuestas a hacer para no llegar a tener las consecuencias de la obesidad?
- Exposición de sus metas y planes relacionadas con su sobrepeso

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula, tijeras, pegamento, cartulina, revistas, plumas y colores.

Sesión 3.- Orientación nutricional parte 1: Alimentación y hábitos alimenticios saludables

Fecha: 08 de octubre 2014

Objetivo 1: Identificar el plato del bien comer así como la alimentación sana y equilibrada

Objetivo 2: Realizar dinámica para que las participantes reflexionen acerca de la importancia del desayuno

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg
- Explicación de la importancia del desayuno en la salud con el tema “El plato del bien comer, una dieta sana y equilibrada”
- Presentación de dos videos:
 - Video “Plato del bien comer” donde se explica que es el plato de bien comer y en que consiste una alimentación sana y equilibrada
https://www.youtube.com/watch?v=gTDyyiVg_Xo
 - Video para concientizar sobre la importancia del desayuno
<https://www.youtube.com/watch?v=woJR5LefnTc>
- Se les entregó un plan de alimentación para siete días

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Aplicación de un test ex ante y ex post de la presentación
- Dinámica de dibujo del plato del bien comer ex ante y ex post

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, Tanita o báscula, plumas, tijeras

Sesión 4: Orientación en la selección de alimentos Parte 2

Fecha: 15 de octubre 2015

Objetivos de la sesión:

Objetivo 1: Presentar el modelo de la dieta bajo en índice glucémico

Objetivo 2: Practicar la generación de alternativas para disminuir el consumo de bebidas azucaradas

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg.
- Presentación del tema AGUA O COCA- COLA”
- Explicación del plan de alimentación del índice glucémico
- Dinámica visual que muestra la cantidad de azúcar que contienen algunas bebidas y cereales más consumidos por el grupo
- Presentación del “La importancia de tomar agua” que muestra porque es importante consumir agua, y lo que ocasiona consumir bebidas azucaradas en el organismo, además muestra los usos industriales, de limpieza, que se le puede dar a la coca- cola y la cantidad de azúcar que contienen estas bebidas <https://www.youtube.com/watch?v=vb1aQGV6eI4>
- Se les entregó un plan de alimentación para siete días

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Aplicación de un test ex ante de la presentación
- Participación de las integrantes del grupo sobre las opiniones del video y lo que les deja de aprendizaje

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita, plumas y tijeras

Sesión 5.- Orientación en la selección de alimentos parte 3

Fecha: 22 de octubre

Objetivos:

Objetivo 1: Describir algunos componentes básicos de los aportes nutricionales de las frutas y verduras y resignificar creencias no saludables en cuanto al consumo de éstas.

Objetivo 2: Introducir comportamientos asertivos relacionados con los beneficios para la salud y sustituir creencias y suposiciones erróneas por ideas más apropiadas. En cuanto al consumo de sal marina vs la sal común

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg.
- Exposición del tema “Frutas y verduras poderosas”, percepciones que se tiene sobre el consumo de algunas frutas y verduras y la cantidad correcta que se debe de consumir diariamente de este grupo de alimentos, y se mencionaron algunos estudios, beneficios para la salud y remedios caseros que tienen ciertas verduras y frutas
- Exposición del tema “Sal marina vs sal común”, percepciones en cuanto al consumo de sal marina, las propiedades nutricionales de este mineral y la cantidad necesaria por día
- Presentación de video “Un jugoso fraude”, donde se muestra el fraude que cometen diferentes compañías de jugos y bebidas azucaradas, modificando su contenido real de minerales, azúcares, energía y el contenido de fruta natural que contienen

Técnicas de evaluación:

- Aplicación de un test ante y ex post de la presentación
- Participación por parte de algunas de las integrantes del grupo sobre sus opiniones acerca del video y lo que les deja de aprendizaje

Recursos utilizados: hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita y plumas

Sesión 6.- Orientación en la selección de alimentos Parte 4

Fecha: 29 de octubre 2014

Objetivos de la sesión:

Objetivo 1: Reflexionar la importancia que tiene saber leer la información de las etiquetas nutricionales de los alimentos

Objetivo 2: Informar sobre cómo medir las porciones con las manos para una correcta alimentación

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg.
- Exposición del tema “Porciones saludables”, utilizando una imagen de cómo se miden las porciones de manera rápida y sin basculas o diversos utensilios sino solo las manos.
- Dinámica en equipo, de la etiqueta que ellas habían traído para ese día se pidió **localizar** los elementos principales de la etiqueta nutricional que se deben identificar antes de consumirlo
- Dinámica en equipo se les entregó una etiqueta nutricional donde ellas **identificaron y calcularon** las porciones y calorías del producto, el cual se revisó en ese momento para identificar creencias erróneas y reestructurar nuevas creencias respecto al etiquetado
- Presentación del video “Etiquetas- estudio de calidad”, el cual muestra un estudio realizado por la revista del Consumidor donde habla sobre los engaños que se muestran en las etiquetas nutricionales y la importancia de realizar la lectura de estas, <http://www.youtube.com/watch?v=ThvEd7aH1H0>
- Se les entregó un plan de alimentación para siete días

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Aplicación de las dinámicas en equipo que sirvió para reforzar lo aprendido
- Participación de algunas integrantes del grupo sobre las ideas relacionadas con el video y resaltar las nuevas creencias sobre el tema

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita y plumas

Sesión 7.- Beneficios del ejercicio físico

Fecha: 05 de noviembre 2014

Objetivo: Identificar creencias y pensamientos sobre la actividad física y, valoración de nuevos pensamientos relacionado a este tema

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de medidas antropométricas peso corporal en kg.
- Juego “Papa caliente”
- Exposición del tema “Beneficios de la actividad física” beneficios, mitos, sobre el ejercicio, consecuencias de no realizar actividad y se vieron nuevas maneras de utilizar el tiempo libre y ejercicio en casa
- Presentación de un video motivacional, el cual presentó varias personas con mucha obesidad que realizaban ejercicio, cambiaban sus hábitos de alimentación y su vida <http://www.youtube.com/watch?v=OEu5Xiwy0ao>
- Se les entregó una tarea para realizar en casa, entregándoles una libreta de donde ellas registraran los cambios en sus hábitos por una semana
- Se les entregó un plan de alimentación para siete días

Técnicas de evolución:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Participación de algunas integrantes del grupo sobre las ideas relacionadas con el video y resaltar las nuevas creencias sobre el tema
- Diario de cambio de hábitos

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita, plumas, tijeras y plumones de colores.

Sesión 8.- Detección de pensamientos, variables ambientales, antecedentes y consecuentes de conductas no saludables

Fecha: 12 de noviembre 2014

Objetivo: Identificación de, pensamientos, sentimientos, emociones y conductas no saludables

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de medidas antropométricas de peso corporal en kg.
- Presentación “Sentimientos y emociones” en la cual se diferenciaron estos dos conceptos, poniendo mayor énfasis en las consecuencias de éstos en la obesidad.
- Dinámica donde las participantes escribieron los sentimientos negativos y positivos que sienten con mayor frecuencia

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Identificar pensamientos negativos automáticos y explicar las razones por las que son negativos
- Leer la lista de los principales pensamientos negativos automáticos relacionados con la alimentación y el sobrepeso así como la explicación de los diferentes comportamientos y consecuencias que pueden resultar.
- Identificar pensamientos negativos en situaciones de la vida cotidiana y sustituirlos por ideas y consecuencias positivas.

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita, plumas y plumones de colores.

Sesión 9.- Identificando y analizando conductas no saludables

Fecha: 19 de noviembre 2014

Objetivo: Identificar conductas no saludables y lo que las provoca

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Medidas antropométricas- toma de peso corporal en kg.
- Dinámica de relajación y reflexión guiada por una psicóloga utilizando un audio como apoyo
- Dinámica donde las participantes escribieron los sentimientos negativos y positivos que sienten con mayor frecuencia

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Participación de las integrantes del grupo sobre las opiniones respecto al audio y la dinámica de reflexión y lo que les deja de aprendizaje
- Identificar las conductas negativas que les impide llegar a su meta y sustituirlas por pensamientos, creencias y conductas positivas
- Reflexionar e identificar nuevas motivaciones para cambiar su estilo de vida y como generar pensamientos positivos en situaciones de la vida cotidiana

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita y plumas.

Sesión 10.- Identificando y Resignificando creencias no saludables (Continuación de la sesión 9)

Fecha: 26 de noviembre de 2014

Objetivos:

Objetivo 1: Identificar creencias negativas no saludables y reemplazarlas por pensamientos y creencias saludables

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg.
- Presentación sobre que son las “Creencias irracionales”
- Dinámica donde las participantes se dibujaron a ellas mismas y escribieron las creencias o comentarios que su familia, amigos o conocidos les dijeron y que tuvieron efecto en su vida, en su peso o en su autoestima.

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Participación de las integrantes del grupo sobre los dibujos y las creencias irracionales que escribieron
- Identificar las creencias irracionales que les impide llegar a su meta y sustituirlas por ideas y conductas positivas

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita y plumas.

Sesión 11.- Empoderamiento y Autoestima

Fecha: 03 de diciembre 2014

Objetivo: Identificar cualidades sobre sí mismos que les permitan incrementar su autoestima

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg.
- Dinámica del espejo (Quién es la persona más importante en tu vida)
- Dinámica sobre su imagen física. Las participantes escribieron cinco características de su físico que les gustan y cinco características que les agradan de su forma de ser
- Dinámica ¿Por qué te venderías en el precio más alto?, en donde ellas tenían que escribir por qué cualidades se venderían al precio más alto

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Grupo focal de la participación de la dinámica del espejo
- Participación de las integrantes del grupo sobre las opiniones respecto al tema y la dinámica de reflexión
- Seguimiento de la tarea sobre el plan a trabajar de aquí en adelante para cambiar su estilo de vida a largo plazo

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita y plumas.

Sesión 12.- Formación de habilidades para la solución de problemas y la toma de decisiones

Fecha: 10 de diciembre 2014

Objetivos 1.- Reforzar herramientas y habilidades para la solución de posibles problemas y toma de decisiones ante situaciones que les ocasiona comer en exceso

Objetivo 2-- Recolección de datos para la evaluación cuantitativa

Actividades realizadas:

- Bienvenida
- Toma de peso corporal en kg
- Presentación del tema donde se habló sobre herramientas y habilidades para la solución de posibles problemas futuros y la toma de decisiones ante situaciones que les ocasiona comer en exceso. Reflexión y discusión relacionada con ¿Qué hacer cuando asistimos a fiestas, reuniones etc.? y ¿Qué hacer en situaciones de estrés, enojo o tristeza?
- Presentación de dos videos:
 - Video “Te atreves a soñar” que trata sobre buscar aquello que motiva a seguir sueños y no ceder en el primer tropiezo
<https://www.youtube.com/watch?v=X0QLbL2TUnQ>
 - VIDEO “3 secretos para controlar la ansiedad por comer y bajar de peso”
<https://www.youtube.com/watch?v=Ld8lwTTfZuA>
- Se les entregó un plan de alimentación

- Aplicación del cuestionario adaptada sobre prácticas y creencias sobre estilos de vida
- Aplicación del test de auto estimación de Lucy Reidl
- Conclusión del taller

Técnicas de evaluación:

- Observación de las participantes
- Control de asistencia
- Participación de las integrantes del grupo sobre las opiniones del video y lo que les deja de aprendizaje
- Seguimiento de la tarea de la sesión 11 sobre el plan a trabajar de aquí en adelante para cambiar su estilo de vida a largo plazo

Recursos utilizados: Hojas de máquina, computadora, proyector, grabadora, báscula Tanita, plumas, tijeras

2.4.2.- Relatoría: Implementación del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”

En este apartado a través de relatorías, se expondrán las actividades y los puntos más importantes de las sesiones así como las visitas y entrevistas individuales que se hicieron antes de iniciar con el taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”.

a) Visitas previas a la implementación del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”

En este periodo se visitaron los domicilios de las 10 participantes para realizar entrevistas semiestructuradas cada una de las participantes del grupo, la cual se utilizó para el diagnóstico de este trabajo. Este periodo abarcó 4 semanas. Las participantes mostraron interés y entusiasmo en la aplicación de las entrevistas las cuales duraron entre 1 hora a 2 horas aproximadamente, se utilizó una grabadora para recabar toda la información que posteriormente se transcribió y analizó y además de un borrador de apoyo con las preguntas que se hicieron. Cabe mencionar que al realizar la primera entrevista se agregaron más preguntas de las que se tenían

contempladas por lo que después se incluyeron estas para las demás participantes también.

b) Relatoría sesiones del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”

Las 12 sesiones del taller se realizaron, los miércoles de 7:00pm a 9:00pm, dentro de un salón en el área de Posgrado de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la UANL. A continuación se presenta la relatoría de cada sesión.

Sesión 1.- 24 de septiembre 2014

En la primera sesión se realizó la toma de medidas antropométricas como el peso en (kg) y la talla (mts), para calcular el Índice de Masa Corporal (IMC); además se realizó la aplicación de los cuestionarios, esto para la realización de la evaluación cuantitativa ex ante y ex post del taller.

Se expuso un tema que se llamó “Hoy inicia un cambio en mi vida”, utilizando como material de apoyo dos videos para informarles de la importancia de la decisión de querer cambiar su estilo de vida y bajar de peso, de los cuales para su evaluación se realizó al finalizar las exposición de los videos motivacionales un grupo focal donde a cada una de las participantes se les preguntó si ellas ya habían tomado la decisión de cambiar su estilo de vida y la segunda sobre cuál era su opinión de los videos antes vistos. Por último se les entregó un plan de alimentación para siete días.

A continuación se muestran algunos de los puntos a resaltar de lo que se comentó en el grupo focal:

- 1.- En el transcurso del primer video una de las participantes comentó “A los gorditos hasta batallan para enterrarnos” ya que a su prima batallaron mucho para enterrarla.
- 2.- Mientras veían el video “No hay imposibles en la vida, si tú quieres puedes” una de las señoras comentó “Que ella si se desanima mucho, porque su amiga no la apoya, ella dice que su amiga le dice “No vayas al grupo, como quiera te ves igual”. Además después del segundo video una de las participantes lloró al recordar a su hermano quien había fallecido

hacía algunas semanas debido a un paro cardíaco consecuencia de su obesidad, ella dijo “Son experiencias que me marcan”.

3.- La primer integrante que dio su opinión dijo “Yo quiero cambiar totalmente, un 100%” pero me afecta mucho que no tengo dinero, porque no como a mis horas”

4.- Otra participante dijo “Decidida si estoy el cambio lo deseo desde hace muchos años pero mis hijas son muy antojadas, muchas cosas ya no las tengo en la alacena y les digo que compren galletas de avena y los videos motivacionales me motivan, pero yo siento que hago la dieta y no bajo”

5.- Una más comento “Si estoy decidía y si a mí también se me ha complicado hacer la dieta porque no tengo dinero para comprarme pescado y pollo, mi esposo es muy antojado y respecto a los videos fue muy motivante, fue como prenderme un switch, y preguntarme ¿Por qué las demás bajan y yo no?, ¿Porque yo no puedo?”.

6.- Otra integrante mencionó que ya había tomado la decisión de bajar de peso, pero que no hace la dieta y que por eso no ha bajado de peso y respecto a los videos dijo “Me cayó el veinte, de que si podemos y más que nada por salud”

7.- Una integrante más dijo que si está decidida y menciona que “Por lo regular los fines de semana rompo la dieta, pero ahora entre semana me cuido” y al ver los videos digo; “Si se puede, y me motiva a seguir”

8.- Además otra mencionó “Yo ya tome la decisión de cambiar, aunque no he bajado lo que yo quiero, siento que en tallas he bajado mucho, pienso que no he llegado a mi meta por el estrés y por qué no soy constante haciendo ejercicio”

9.- Una mas dijo “Yo ya estoy decidida a bajar de peso, mi familia me desanima por que consumen comida chatarra y grasosa y otro de mis problemas es lo económico... como no tengo dinero, me ajusto a lo que mi papá compra, entonces siento que eso me ha estado afectando”.

10.- Una última menciona “Si he cambiado mucho en la manera de comprar el mandado pero lo que no he podido cambiar es el horario de mis comidas, ya que por mi trabajo no como a mis horas (Ella no vio los videos por que llego tarde).

Sesión 2.- 01 de octubre del 2014

Se tomó el peso en (kg) y la talla (mts) y se expuso el tema “Causas y consecuencias de la obesidad”. Se realizó una dinámica individual donde cada participante de manera individual plasmo en una cartulina sus planes y metas en cuanto a su salud. Se utilizó como material de apoyo la presentación de dos videos, de los cuales algunas de ellas comentaron al respecto sobre dos preguntas que se hicieron ¿Cómo ha cambiado su forma de ver la obesidad?, ¿Qué están dispuestas a hacer para no llegar a tener esas enfermedades? y por último se les entregó el plan de alimentación de siete días

Puntos a resaltar de la sesión:

- 1.- Una de ellas expresó que lo que le faltaba al grupo era hablar de ellas mismas, como si hablaran con el psicólogo. Hablar más de su obesidad. Comentó que se dio cuenta que los problemas de las demás personas le están afectando mucho en bajar de peso, porque su vida gira alrededor de los demás y no se preocupa por ella misma e invitó a las demás a decir no y a pensar en ellas mismas (Mireya).
- 2.- La obesidad ahora la veo como una enfermedad y no como un problema estético y después de ver el video estoy dispuesta a comer saludablemente y a hacer ejercicio (Perla)
- 3.- Otra de las participantes comentó sobre la obesidad “Además de ser un exceso de grasa acumulada en el cuerpo, es un asesino silencioso causante de muchas enfermedades, y lo que estoy dispuesta a hacer es ejercicio, y un cambio saludable en mis hábitos alimenticios comiendo más sano para bajar los riesgos de accidente cerebro vascular, infarto, arterioesclerosis, hipertensión, diabetes etc. (Paola)
- 4.- Una última comento sobre la obesidad “La veo como una enfermedad degenerativa que poco a poco va deteriorando nuestro cuerpo y estoy dispuesta a empezar a querer mi cuerpo comiendo saludablemente y activándome con ejercicios (Carla).

Sesión 3.- 08 de octubre 2014

En la tercera sesión se expuso el tema “Plato del bien comer y una dieta sana y equilibrada”. Antes de iniciar con la exposición del tema se les pidió que contestaran un cuestionario de cinco preguntas sobre el plato del bien comer, índice glucémico, y por qué es importante

desayunar, además se realizó otra dinámica en la cual las participantes tuvieron que dibujar el plato del bien comer con los grupos de alimentos correspondientes. La finalidad de este cuestionario y dibujos fue comparar lo aprendido en ese día en cuanto al tema expuesto. Como material de apoyo se utilizó, una imagen del plato del bien comer la cual se les entregó, y dos videos que hablaron sobre el plato del bien comer, y la importancia del desayuno. Por último se explicó y entregó el plan de alimentación de esa semana

Puntos a resaltar en la sesión:

- 1.- Respecto al tema del desayuno, las participantes comentaron lo que desayunan y la cantidad de alimento. La mayoría de las participantes desayuna, pero no tenían conocimiento sobre los grupos de alimentos que debe incluir un desayuno saludable, una de ellas comentó solo desayunar un café y después no comer nada hasta la hora de comida; otra mencionó desayunar en exceso ya que siempre desayuna una taza de café, huevo, pan o tortillas y frijoles en cada desayuno. La mayoría desayuna leche o café con pan con mantequilla.
- 2.- Es importante mencionar que solo 3 de las participantes desayunaban correctamente de acuerdo al plato del bien comer incluyendo todos los grupos de alimentos.
- 3.- Las participantes no están conscientes de la importancia del desayuno así como de integrar todo el grupo de alimentos recomendado por el plato del bien comer en cada tiempo de comida y lo que la ausencia de esto repercute en la salud.
- 5.- La mayoría de las participantes reflexionó sobre sus respuestas y los dibujos que se aplicaron antes de iniciar la sesión.

Sesión 4.- 15 de octubre 2015

El tema expuesto en esta sesión fue “Agua o coca-cola”, se intentó que ellas identificaran los beneficios de, aumentar el de agua y el consumo de frutas, así como conocer lo que es el índice glucémico en los alimentos. La finalidad de lo visto fue enfatizar la importancia del agua y de las frutas y mostrarles las bebidas que no son saludables. Al terminar se les explicó y entregó el plan de alimentación de la semana.

Puntos a resaltar en la sesión:

- 1.- Hubo asombro en el momento de presentar el video, comentarios como ¡Ay Dios mío!, ¡No lo puedo creer!, fueron lo que comentaron
- 2.- La mayoría de las participantes sabe el riesgo que representa para la salud el consumo de bebidas con azúcar, sin embargo la mitad de las participantes refieren consumir “refrescos de cola “coca- cola o Pepsi” varias veces a la semana, en general se detectó que las participantes tenían miedo de consumir frutas porque pensaban que tenían alto contenido de azúcares. Una de las participantes dijo “por lo menos con este video si se me quitan las ganas de consumir bebidas con azúcar”. Otra de las participantes mencionó que consume “coca-cola” porque en su casa su esposo consume y compra estas bebidas.
- 3.- Este video hizo reflexionar y sensibilizar sobre la cantidad de endulzante que contienen no solo las bebidas sino los alimentos que consumen con regularidad.

Sesión 5.- 22 de octubre 2015

Se expusieron los temas “Frutas y verduras poderosas” y “Sal común vs Sal marina”. Se inició la sesión contestando un test antes de la presentación de los temas esto con el fin de evaluar como sus creencias y representaciones sociales se reestructuraban después de la sesión. Se utilizó como material de apoyo la presentación de un video

Finalmente se dio una explicación y entrega del nuevo plan de alimentación de la semana, y se les pidió que trajeran etiquetas nutricionales para la próxima sesión.

Puntos a resaltar en la sesión:

- 1.- Todas las participantes mencionaron conocer consumir todas las marcas de bebidas azucaradas que se presentaron en el video “Un jugoso fraude”, una de ellas dijo “Que bueno que vimos esto o que yo no sabía... [Por ejemplo] que el plátano era tan bueno para la salud”, otra de ellas mencionó “que pena que todas esas bebidas se las damos a nuestros hijos”
- 2.- Respecto al cuestionario que se les aplicó antes y después se pudo comprobar que en todas las participantes sus respuestas denotaban un cambio de creencias, mitos, y pensamientos respecto al tema.
- 3.- Las participantes en esta sesión comenzaron a decir que no quieren que se termine el grupo que el próximo año querían continuar con las sesiones.

4.- Durante la presentación de la “sal marina vs sal común” la mayoría de las participantes sabía que la sal marina es mejor en cuanto a beneficios para la salud que la sal común. Al término de la presentación una de ellas dijo “Yo no sabía nada de esto” y otra de ellas mencionó “Te prometo que voy a cambiar de sal”

Sesión 6.- 29 de octubre 2014

En esta sesión se expusieron los temas tema “Porciones saludables” y “Lectura de etiquetas nutricionales”. Como material de apoyo después se llevaron a cabo dos dinámicas y la presentación de un video que visualiza la información de las etiquetas nutricionales y la importancia de la lectura de las etiquetas, para reforzar el entendimiento del tema. Finalmente se les entregó el nuevo plan de alimentación de la semana.

Puntos a resaltar de la sesión:

1.- Antes de iniciar la sesión se les pidió a las participantes que bajaron de peso en esta semana que es lo que habían hecho para lograrlo, una de ellas mencionó “No comí papitas ni nada chatarra, consumí los cereales que me tocaban, y controlé los antojos, por eso baje 1.7 kg en una semana”, otra de ellas mencionó “a mí me tranquiliza tomar agua con chía”, una mas dijo “Baje 700gr estuve tomando mucha más agua que antes aunque hiciera frio”. Una última dijo “Yo baje en esta semana 1. 400kg y he dejado la coca- cola por completo desde que vimos ese video me traume, y pues si he estado siguiendo el plan de alimentación al cien por ciento” Sin embargo una de ellas mencionó haber subido de peso: “Me siento con ansias, aunque traiga mi fruta me la como rápido y ya en la noche llego con mucha hambre, y he estado tomando refresco el fin de semana”.

2.- Respecto a la dinámica de las lecturas de etiquetas solo una de las participantes tuvo problemas para comprender la información.

3.- Durante la revisión de las dinámicas las participantes se mostraron sorprendidas de saber la cantidad de colesterol, azúcar, sodio y energía que en realidad tenían las etiquetas que habían llevado.

4.- Hubo entusiasmo y participación durante la sesión, las participantes compartieron sus experiencias respecto a los alimentos que les gustan y como los preparan.

Sesión 7.- 05 de noviembre 2014

Se expuso el tema “Beneficios de la actividad física”. Se usó como material de apoyo una presentación, imágenes y videos, además se realizó un juego antes iniciar la presentación del tema titulado “Papa caliente”. En el juego cada participante lanzaba una pelota a la que le tocaba su turno tenía que hacer un ejercicio sencillo para activarse y lanzar la pelota a otra integrante que realizara el ejercicio anterior y el que proponía la persona que tenía la pelota y así sucesivamente. Este juego se utilizó para reforzar la importancia de realizar actividad física y la manera tan sencilla en la que se pueden activar. Finalmente se les entregó y explicó el plan de alimentación de esa semana, y además se les entregó y explicó la tarea en casa “Diario de cambio de hábitos”, donde debían anotar la actividad física realizada durante la semana

Puntos a resaltar de la sesión:

- 1.- Solo una de las participantes refirió realizar ejercicio constante
- 2.- Respecto a el video motivacional que se les presentó una de las participantes comentó “Es que bajando de peso vuelves a la vida, dejas de cargar haz de cuenta que a otra persona”.
- 3.- La dinámica del “Diario de cambio de hábitos” sirvió para reforzar el compromiso de cambiar su estilo de vida, al respecto 9 de las 10 participantes que entregaron su diario a la semana siguiente refirieron haber realizado ejercicios en casa y otras hicieron caminata, algunas de las actividades que ellas mencionaron fueron caminar en el parque, estiramientos, sentadillas, pesas con latas de atún, ir caminando al supermercado, abdominales, subir escaleras, flexiones con silla y en el sillón.

Sesión 8.- 12 de noviembre 2014

Para esta sesión se invitó a una trabajadora social con experiencia en dinámicas de liberación emocional .En esta sesión se habló de lo que son los sentimientos y emociones donde se les explicó como las emociones negativas influyen en la obesidad y además se habló de la relación entre la comida y los sentimientos y emociones negativas. Durante la sesión se realizaron técnicas de respiración grupal que pueden ayudar a controlar las emociones y que ellas lo puedan realizar en casa y se les pidió que escribieran los sentimientos negativos y

positivos que tienen con mayor frecuencia. Entre los sentimientos negativos que más mencionaron fueron: tristeza, frustración, enojo y depresión.

Después se les dio algunas recomendaciones para controlar esos sentimientos y emociones negativas, como respirar, leer, leer códigos curativos y se les invitó a reflexionar en su casa al respecto y escribir lo que sienten cuando quieren comer en exceso. Finalizando con la entrega y explicación de el plan de alimentación de esa semana.

Puntos a resaltar en la sesión:

- 1.- Se dio seguimiento a el cumplimiento de la actividad de la semana anterior donde solo una persona no entregó la actividad una de ellas comento “Hoy camine y me sentí muy bien porque le estoy ganando a la flojera”
- 2.- La dinámica de los sentimientos sirvió para que ellas identificaran cuales son los sentimientos negativos que ellas experimentan con mayor regularidad. Una de ellas mencionó: “En el momento en que me da hambre me siento frustrada porque pienso que no puedo controlarme, y después de comer me da coraje”; otra de ellas dijo “En el momento en que me da hambre me siento desesperada o triste....como mucho, luego me voy a mi recámara a llorar por que me arrepiento de haber comido mucho, me siento odiarme a mí misma y me voy al baño a vomitar”.
- 3.- Algunas de las participantes expresaron que los problemas familiares les ocasiona comer en exceso y estar tristes.

Sesión 9.- 19 de noviembre 2014

En esta sesión se contó con la colaboración de una psicóloga. Se inició la sesión con una técnica de relajación la cual ayudó a reflexionar. Posterior al audio la psicóloga realizó una dinámica donde con los ojos cerrados las invitó a reflexionar y buscar en su corazón lo que les impide lograr sus metas, sus propósitos y las personas involucradas. Posterior a esta actividad se les solicitó escribir lo que reflexionaron y escribir una nueva motivación para bajar de peso. Finalmente se les entregó el plan de alimentación de esa semana.

Puntos a resaltar de la sesión:

1. Durante la dinámica de relajación algunas de las participantes lloraron,

2. Respecto a lo que escribieron después de reflexionar una de ellas comentó “Yo siento que me conformo por temor, por miedo y por mi propia familia que me forma creencias malas”. Otra de ellas dijo “Ahora sé que todo depende de mí yo sé que lograre mi meta de bajar de peso saludablemente, sé que me tomará tiempo pero sé que voy por buen camino” una más mencionó “Yo pienso que soy yo misma la que me bloqueo con mis problemas porque me abruman y me dejo vencer por la ansiedad y la depresión, me decepciono muy fácilmente”. Alguien más dijo “Soy yo la que no me permito cambiar, con mi actitud y por qué me gusta estar cómoda así y no salir de mi zona de confort” por último otra de las participantes comentó llorando “Lo que me está afectando son mis creencias, mis miedos, vivir con mis papás y estar sobreprotegida, las creencias de mis papás me afectan, desde mi divorcio yo misma me cerré de la gente”

3. Respecto a lo que las participantes declaran como su nueva motivación una de ellas mencionó “Mi motivación es ver el cambio en mi ropa” otra mas dijo “Yo merezco estar saludable, me motiva el sentirme bien, estar sana y verme bien”, una participante mencionó “ me motiva tener una mejor salud y ser más fuerte y con más energía, eso me va a ayudar a no pensar en mis problemas y ansiedades yo quiero estar sana” por último una de ellas dijo “Ser y estar sana en cuerpo y mente es mi motivación”

Sesión 10.- 26 de noviembre 2014

Esta sesión fue la continuación de la sesión 9, con ayuda de la psicóloga se explicó lo que eran las creencias irracionales y como estas pueden afectar en la salud y en este caso en el peso de las personas. Una vez terminada la exposición del tema, se realizó la dinámica del dibujo y creencias no saludables.

Puntos a resaltar en la sesión:

1.- Algunas de las participantes comentaron lo que escribieron en la dinámica una de ellas dijo “Pues de niña me decían gordita te ves muy bien”, otra de ellas mencionó que su familia le decía: “Otra vez vas a pagar nutrióloga, es dinero tirado a la basura nunca haces las dietas”, otra de ellas dijo: “A mí, mi familia me decía.... ser gordita es estar sana y delgada eres enferma” por último alguien mencionó que a ella le afectaba que le dijeran “Tu eres de complexión ancha y no tienes fuerza de voluntad”.

2.- Esta dinámica permitió identificar cómo algunas de las participantes son afectadas por su mamá, una de ellas dijo “Yo empecé a engordar porque mi mamá nos daba levadura de cerveza para que comiéramos bien, eso es lo que ella creía”, otra de ellas comentó “Mi mamá me dice así eres y nunca vas a adelgazar”, una más menciona “Mi mamá me decía eres de huesos anchos, nunca serás delgada”, alguien más dijo “Mi mamá me decía que yo tenía tías bien gordas que por eso yo estaba así que era herencia y nunca iba a cambiar” dos más comentaron “Mi mamá me dijo somos de familia gorda y somos así”

2.- Cuando cada una de las participantes participó diciendo las creencias que les estaban afectando junto con la participación de la psicóloga, la nutrióloga y una enfermera que es participante del grupo ayudaron a que ellas identificaran esas creencias que no eran verdaderas y se realizaron dinámicas y actividades con el fin de cambiar esas creencias por otras que pudieran estar bloqueando su pérdida de peso.

Sesión 11.- 03 de diciembre 2014

Para esta sesión se invitó a una trabajadora social con experiencia en grupos de ayuda mutua. La sesión comenzó invitándolas a reflexionar sobre quién es la persona más importante en su vida, para lo cual ella utilizó una caja donde al mirar dentro verían a la persona más importante, al abrir y mirar dentro de la caja se encontraba un espejo que ayudó a que ellas se dieran cuenta que la persona más importante eran ellas mismas. Posterior a esta dinámica se les pidió que escribieran cinco características positivas de lo que les gusta de su forma de ser y de su imagen. Durante esta sesión se hizo énfasis en dedicarse tiempo a ellas mismas, en quererse y aumentar su autoestima. Finalmente se llevaron a cabo dinámicas y expresión de ideas, emociones y pensamientos que bloquean el mejorar su autoestima y sentirse mejor respecto a ellas mismas. Se les encargó una actividad de tarea y se les entregó el plan de alimentación de esa semana.

Puntos a resaltar de la sesión:

1.- Respecto a la “Dinámica del espejo”, algunas de ellas comentaron lo siguiente: “Cuando me mire vi que esa persona no era yo”, otra de ellas dijo “No creía que me iba a ver a mi misma porque después de que murió mi esposo yo no me preocupo por mí”.

2.- La dinámica en la que ellas tenían que escribir porque se vendían tan caro, tenía como finalidad que ellas vieran las cualidades, y el amor a ellas mismas, una de las participantes mencionó “ “Me vendo caro porque soy mucha mujer y me valoro demasiado”, otra de ellas dijo: “Valgo mucho porque valgo mucho como persona, porque quiero mucho a la vida”, una más mencionó “Yo valgo mucho porque soy una persona con muchos valores y principios y por mis cualidades”, una última dijo “Valgo mucho porque soy una mujer trabajadora, madre, se cocinar y hacer muchas cosas más”

3.- Respecto a la tarea que se les encargó, se trató de que contestaran en privado y después de meditar en su casa tres preguntas sobre lo que ellas piensan hacer en adelante para cambiar su estilo de vida a largo plazo ¿Qué me hace falta para lograr mi meta?, ¿Cómo puedo lograrlo? Y ¿En cuánto tiempo?

Sesión 12.- 10 de diciembre 2014

Esta sesión estuvo dedicada a reflexionar junto con las participantes la importancia de seguir alcanzando sus metas, se les proporcionó información valiosa que les ayudó a reforzar habilidades para afrontar situaciones de estrés, enojo y tristeza y además para elegir alternativas saludables en reuniones, fiestas etc. Además se tomaron las últimas medidas del peso corporal y se aplicaron de nuevo los cuestionarios para la evaluación cuantitativa. Finalmente se les entregó un último plan de alimentación.

Puntos a resaltar de la sesión:

1.- Las participantes expresaron que el siguiente año querían seguir en el grupo de ayuda mutua

2.- Respecto a la dinámica de la sesión 11, sobre lo que ellas piensan hacer en adelante para cambiar su estilo de vida a largo plazo, estos fueron algunos de los comentarios que escribieron:

“A mí lo que me hace falta para lograr mi meta es perseverancia, ahora sé que tomaré un tiempo cambiar mi estilo de vida, lo pienso lograr pensando antes de comer y no comer impulsivamente y además haciéndome esta pregunta ¿Lo que voy a comer que cosas buenas

me va a dejar? Además me pongo de meta estar en el peso que quiero y con un mejor estilo de vida para diciembre del 2015”.

Otra de ellas dijo “A mí me hace falta proponerme a hacer la dieta bien y hacer ejercicio, quiero lograr mi meta en 6 meses”. Otra de ellas mencionó “A mí me hace falta para lograr mi meta poner más empeño en mi cambio de hábitos y ser constante en mi actividad física, ahora sé que lo puedo lograr con los cambios de hábitos y pensamientos y poniendo en práctica todo lo aprendido en el grupo, tanto en mi alimentación como en mi autoestima, valorando cada logro... cada kilo perdido. Yo no me propongo un plazo fijo porque sé que tomará tiempo solo digo que el necesario porque es un cambio de mentalidad y de vida”.

Una última dijo “Para lograr mi meta me hace falta ser más tenaz, decidida y fuerte, hoy ya sé que es lo mejor para mí, yo me propongo cambiar mi estilo de vida desde hoy”.

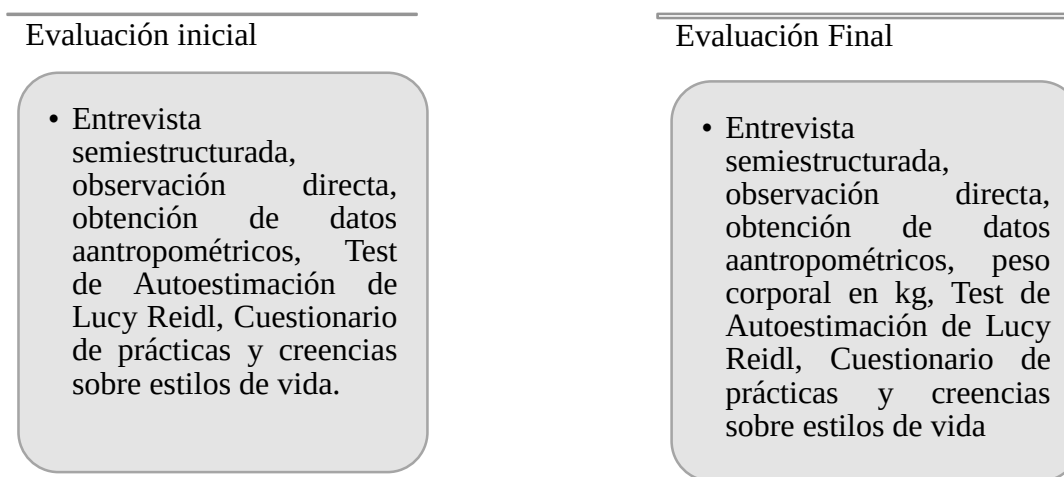
Capítulo 3. Evaluación del proyecto

3.1.- Tipo de evaluación

En este proyecto se llevó a cabo una evaluación integral, utilizando un enfoque cuantitativo y cualitativo, con el fin de enriquecer y complementar los resultados de la intervención. Tood, Nerlich y McKeown (2004), mencionan que con un enfoque mixto se logra una perspectiva más precisa, integral, completa y holística. Por su parte Izcara (2014), menciona que el paradigma cuantitativo explica los fenómenos mediante el método hipotético- deductivo, que busca la justificación de la hipótesis, partiendo de lo general a lo particular; mientras que el cualitativo busca comprender la realidad social por medio del razonamiento inductivo, partiendo de lo particular a lo general y cuyo fin es la construcción teórica. Para ello la recolección de datos se planificó en dos tiempos, al inicio y al final del taller, utilizando para ambos momentos instrumentos cualitativos y cuantitativos, como se observa en la siguiente figura.

Figura 2.

Instrumentos y técnicas utilizados en la evaluación inicial y final del proyecto de intervención



3.1.1. Evaluación Cualitativa

La evaluación cualitativa es generalmente interpretativa, trata de llevar lo cotidiano con una visión holística de cultura y contexto (Burgos, 2011). La utilización de enfoques cualitativos

en los proyectos sociales, se derivan de la necesidad de adentrarse al contexto de la situación que viven las personas con obesidad; a partir de concepciones, creencias e interpretaciones de la propia realidad de la persona con sobrepeso u obesidad, se busca entender la problemática desde el propio autor, poniendo énfasis en el significado, la experiencia, sentimientos y las conductas y opiniones de las participantes (Álvarez- Gayou, 2003).

El método cualitativo ha sido asociado a una perspectiva teórica principal, la fenomenología, la cual persigue el objetivo de comprender desde la perspectiva del otro su propio mundo (Izcara, 2014). Los métodos cualitativos representan un modo específico de análisis del mundo de manera empírica, busca la comprensión de los fenómenos sociales desde las experiencias y puntos de vista de los actores sociales, en este caso las mujeres con obesidad, buscando el entendimiento de los significados que estos asignan a sus acciones, creencias y valores (Izcara, 2014, p.13).

A través de la utilización de técnicas cualitativas, se logró conocer a fondo, las percepciones, significados y creencias que tienen las personas respecto a su obesidad, estilo de vida y sobre ellas mismas, que de otra forma no se podrían analizar. Izcara (2014), menciona que el método cualitativo busca saber lo que saben los actores, ver lo que ellos ven y comprender lo que ellos comprenden. La evaluación cualitativa brindó un enfoque inductivo que permitió obtener información sin restricciones impuestas por metodologías estrictas y además categorizar la información obtenida en temas (Thomas, 2006). En el método cualitativo uno de los centros de atención que se utilizó para este proyecto fue el significado que los individuos atribuyen a los procesos psicosociales que experimentan (Castro, 2002).

Las principales fortalezas de este método cualitativo es la flexibilidad y capacidad de adentrarse en el análisis de los procesos sociales que no pueden ser abordados por medio de cuestionarios y/o encuestas, además de permitir profundizar en los elementos, procesos, significados, características y circunstancias que no podrían ser medidas en términos de cantidad, frecuencia e intensidad como los utilizados en él un método cuantitativo (Izcara, 2014).

La evaluación cualitativa proporcionó información valiosa acerca de los sentimientos, creencias y significados de los participantes que van más allá de las medidas antropométricas. Ya que frecuentemente los proyectos sociales se analizan de manera cuantitativa, sin embargo es importante complementar esta información numérica con las percepciones del individuo; para ello el evaluador llevó a cabo un papel de intérprete de los datos, emitiendo juicios de valor ante los hechos para poder entenderlos y transmitirlos. Al respecto Baker (2000), menciona que las metodologías cuantitativas y cualitativas pueden tomarse como alternativas complementarias para que el evaluador se apoye en las fortalezas de cada uno de los métodos. La técnica utilizada en este proyecto para la recopilación de los datos cualitativos fue la **entrevista semiestructurada**, se utilizó una batería de preguntas (ver apéndice A), se entrevistó a las 10 mujeres participantes de manera individual, cada una de ellas fue entrevistada en su domicilio en dos ocasiones con el fin de obtener datos anteriores y posteriores a la intervención social.

a) Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada es una de las técnicas más utilizadas en la evaluación cualitativa (Burgos, 2011), implica un proceso de interacción y de comunicación que permite una relación directa entre el entrevistador y el entrevistado, es posible establecer una relación espontánea, concentrada y de intensidad variable (Canales, 2006; Martínez, 2006). Esta técnica permitió explorar las vivencias y experiencias de las participantes, con el fin de conocer aspectos asociados a sus motivaciones, valores, significados, sentimientos y creencias.

Para esta evaluación, la entrevista semiestructurada consistió en realizar un guion con el apoyo del modelo de creencias en salud, la guía incluyó preguntas que permitieron explorar los *significados de la obesidad, ejercicio, comida, dieta, y de su cuerpo; percepción sobre si mismos; percepción negativa y positiva de su cuerpo, actividades que realiza en su tiempo libre; ejercicio físico; manejo de emociones ante situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos y autodecisión de alimentos saludables*. Para verificar y validar estas categorías se llevó a cabo una sesión de discusión con la Dra. Martha Leticia Cabello Garza experta en la investigación cualitativa relacionada con el sobrepeso y la obesidad. Antes de

iniciar las entrevistas se constató la firma del consentimiento informado con el fin de asegurar la confidencialidad y la explicación del propósito de la intervención. Cabe señalar que para la protección de la identidad de las participantes cada segmento fue identificado por el seudónimo asignado a cada participante. Se informó a cada participante sobre la dinámica a seguir y sobre la importancia de expresar abiertamente sus respuestas. Todas las entrevistas fueron efectuadas por la responsable de este proyecto, para de esta forma asegurar la veracidad y la pertinencia de la información obtenida.

En cada discurso se trató de respetar implícitamente lo dicho por cada una de las participantes. Después de realizadas las entrevistas se prosiguió a la realización de las transcripciones textuales, el material recopilado fue analizado con el paquete MAXQDA versión 2011, el cual es un potente procesador y ordenador de datos que ayudó a unir los segmentos y a dividir en categorías la información relevante a los objetivos de esta intervención, Después se prosiguió a realizar una análisis de los datos de manera más meticulosa para organizar los datos en categorías, temas y subtemas y diagramas. Tojar Hurtado (2006, p. 290) menciona al respecto:

En una primera etapa se disocia y despedaza la información, para después reagruparla en categorías afines, donde dicho proceso de categorización mantiene un nexo entre los datos que se recogieron en el trabajo de campo al realizar las entrevistas y el material teórico expuesto anteriormente.

b) Observación directa: grabaciones de audio

La observación es utilizada en el Trabajo Social para obtener información, donde se integran las percepciones visuales, las auditivas, el tacto o el olfato, para un mejor entendimiento de cómo la gente visualiza sus experiencias; obtener una perspectiva más profunda; estudio de procesos; interrelaciones entre la gente y situaciones y contextos culturales. Para llevar a cabo la entrevista semiestructurada y en cada sesión del taller “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua” se utilizó la grabación de audios. Los datos obtenidos en las entrevistas y en las sesiones del taller son citas literales

de las participantes en la interacción conversacional, sobre sus experiencias, opiniones o conocimientos específicos sobre el tema en particular que se abordó.

3.1.2.- Evaluación cuantitativa

El enfoque cuantitativo utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis, utilizando la medición numérica, que se adquiere sistemáticamente (Gómez, 2006). La evaluación cuantitativa debe realizarse desde etapas iniciales de cualquier programa, para obtener los resultados se recolectan los datos numéricos de los objetos, fenómenos o participantes para ser analizados mediante procesos estadísticos. Este enfoque se apoya en el método científico en base a hechos existentes y reales, busca las preferencias personales evitando temores, creencias, deseos y tendencias que influyan en los resultados, por lo que siguen un patrón predecible y estructurado (Hernández-Sampieri, et al., 2006).

Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó la prueba *t* de student para muestras relacionadas, utilizando como dato numérico el peso de las participantes de manera individual. Esta prueba mide de la diferencia de las Medias ($\bar{X}$) entre dos muestras relacionadas, cuando los datos cumplen una normalidad de dispersión, en este proyecto esta medida se utilizó para la comparación de los datos numéricos obtenidos antes y después de la intervención (Guisande, et al., 2006).

Por otro lado para el análisis de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida y el Test de Autoestimación se utilizó la prueba no paramétrica de Wilcoxon, esta prueba es análoga a la prueba *t* de student para muestras relacionadas, se utiliza para muestras pequeñas que no cumplen con alguno de los requisitos de las pruebas paramétricas, particularmente que los datos no se distribuyan normalmente o no sean cardinales (Guisande et al., 2006).

Para efectos de este proyecto y con el fin de analizar si el proyecto cumplió o no con los objetivos previamente establecidos se realizaron varias técnicas de evaluación cuantitativa

antes y después de la intervención del proyecto. A continuación se describen cada una de los instrumentos que se utilizaron:

a) Medidas antropométricas

1.- Peso corporal

El peso corporal es la medición antropométrica más común, se utiliza para conocer la deficiencia o el exceso de peso e todos los grupos de edad. Para este proyecto se tomó el peso corporal de todas las participantes de manera individual utilizando los criterios descritos en el Manual de Antropometría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (2004), utilizando una báscula (Tanita BC-1000) con capacidad de hasta 200k. Posteriormente los datos obtenidos se analizaron en el paquete estadístico SPSS versión 22 utilizando como se mencionó anteriormente la prueba *t* de student y un nivel de confianza de 95%.

De acuerdo al Manual de Antropometría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (2004), a continuación se mencionan las indicaciones que se tomaron en cuenta para la toma de medidas antropométricas:

- **Peso:** vestir con ropa ligera, en posición erecta y relajada de frente a la báscula y con la vista fija en un plano horizonte, brazos extendidos a los costados con las palmas tocando ligeramente los muslos y los talones ligeramente separados sin flexionar las piernas finalmente anotar el peso obtenido en kg que la báscula dicte.
- **Estatura:** colocar la cinta para medir verticalmente, el piso y la pared donde este colocado debe estar rígido y sin bordes formando un ángulo recto de 90° el sujeto debe colocarse de espaldas tocando la cinta, con la vista al frente en un plano horizontal, los pies formando una ligera V y los talones entreabiertos se toma la estatura en metros al momento de tocar la parte superior más prominente de la cabeza.

b) Índice de Masa Corporal (IMC)

El índice de masa corporal en adultos es un indicador simple que se calcula dividiendo el peso en kilogramos de un individuo por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²) siendo así que un índice mayor a 30 kg/m² determina si existe obesidad; en personas con obesidad mórbida su índice de masa corporal es mayor a 40 kg/m² (WHO, 2010). Es el método más comúnmente utilizado debido a su bajo costo, su elaboración simple y su alta precisión. El IMC fue utilizado en este proyecto para conocer el estado nutrición de las participantes antes y después de la intervención

El cálculo del Índice de Masa Corporal se determinó según el criterio de la Organización Mundial de la Salud (2013), a través de la siguiente formula:

$$\text{IMC} = \text{Peso en Kg} / \text{Talla en m}^2$$

Tabla 5. Clasificación de obesidad según la OMS

CLASIFICACION	Puntos de corte
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad grado I	30- 34.9
Obesidad grado II	35- 39.9
Obesidad grado III u Obesidad Mórbida	>40

(OMS, 2015).

c) Escala de auto estimación de Lucy Reidl (Mide los niveles de autoestima) (ver apéndice B)

La autoestima es un término evaluativo que se puede utilizar para describir cómo se siente una persona con respecto a su auto concepto. El auto concepto representa la información que una persona posee sobre sí mismo. Cuando una persona se encuentra bien consigo mismo,

se acepta tal y como es. Por el contrario cuando se tiene una baja autoestima no se aceptan tal y como son, no están contentos con ellos mismos y buscan agradar a los demás

Para conocer el nivel de autoestima que presentaban las participantes se aplicó un Test de Autoestimación de Lucy Reidl, que mide el área emocional, social y conductual, el ámbito que evalúa son los niveles en la construcción del auto concepto y autoestima de la persona, el externo y el interno. El externo se refiere al clima de su entorno, actitudes, expectativas, valores, características socioeconómicas del medio familiar, y el auto concepto interno se refiere a la imagen que tiene el sujeto con respecto a lo que piensan de él y sus características individuales.

El propósito de la aplicación del instrumento utilizado fue conocer cómo se está incorporando a su entorno una persona determinada, así como detectar a aquellas que pueden estar presentando dificultades de adaptación emocional. Un auto concepto positivo permite una mejor integración en su entorno, mientras que uno de signo negativo lo obstaculiza. El Test consta de 20 afirmaciones, las cuales solo tienen como respuesta A= De acuerdo, N= No sé, D=Estoy en Desacuerdo.

Tabla 6.

Puntajes de la Escala de auto estimación de Lucy Reidl:

Las alternativas A, N, y D equivalen a 3, 2, y 1 punto respectivamente, en los ítems siguientes: 1 – 2 – 4 – 6 – 7 – 8 – 9 – 13 – 15 – 17 – 20
Las alternativas A, N, y D equivalen a 1,2 y 3 puntos respectivamente, en los ítems siguientes: 3 – 5 – 10 – 11 – 12 – 14 – 16 – 18 – 19

Al finalizar se realizó la suma de los puntos obtenidos en cada cuestionario. La valoración utilizada en este Test se menciona a continuación:

Tabla 7.

Interpretación de la Escala de auto estimación de Lucy Reidl:

MUY BUENO 55 – 60 PUNTOS	Alto concepto de sí mismo. Congruencia importante entre ser, el sentir y el hacer. Excelente proyección del yo personal – moral – social. Libertad amplia en la toma de decisiones. Confianza y optimismo.
BUENO 46 – 54 PUNTOS	Concepción realista del yo, aceptando su personalidad tal cual es. Buen dominio emocional. Correcta conjugación de valores: apoyo y conformidad, independencia, reconocimiento otorgantes de una buena imagen ante los demás.
SUFICIENTE 37 – 45 PUNTOS	Conceptualización de un yo o imagen de si convencionalmente y socialmente aceptable. Moderado control de impulsos, actitudes y rasgos partícipes en la evaluación de la autoestima.
INSUFICIENTE 28 – 36 PUNTOS	Débil proyección del auto imagen. Frenos importantes en la irradiación de un yo personal – social –moral maduro. Indecisiones, dependencias, desconfianzas, inseguridad básica. Incongruencia entre el yo real y el yo ideal.
DEFICIENTE 20 – 27 PUNTOS	Pérdida notoria o muy baja estima. Contraposición entre el ideal de sí mismo y el percibido. Vida desmotivada y/o afectividad pobre, inseguridad, ansiedad, angustia, dependencia, tristeza, debilidad de relaciones, sentimientos de inferioridad.

Este Test se aplicó antes y después de la intervención del proyecto para determinar el grado de cambio que hubo en el nivel de autoestima de las participantes. Los datos obtenidos fueron analizados en el paquete SPSS versión 22 utilizando la prueba de Wilcoxon con un nivel de confianza de 95%.

d) Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida

Anteriormente se había trabajado con algunas de las integrantes de este grupo de ayuda mutua en un proyecto de investigación llamado “Atención Integral de la Obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”. A través de la técnica con grupos de discusión realizados en esta investigación, se pudo constatar que el problema de la obesidad en todas las participantes del estudio está por un lado relacionado al estilo de vida de las participantes ya que según estudios (Cabello, 2010 y Cabello y Arroyo, 2013) este es uno de los factores más importantes en la génesis y mantenimiento de su obesidad, y por otro lado eventos estresantes en la vida

y el utilizar la comida como un refugio y respuesta a emociones positivas o negativas, se consideró importante iniciar un proyecto de intervención social relacionado con creencias y pensamientos que pudieran estar relacionados con estilos de vida no saludable y que de alguna manera estuvieran bloqueando la pérdida de peso.

Para conocer el estilo de vida de las participantes se diseñó un cuestionario que fue adaptado sobre prácticas y creencias sobre estilos de vida. Para la validación del cuestionario se recurrió al juicio de expertos quienes evaluaron los apartados de este cuestionario posteriormente se revisaron y corrigieron las observaciones de los expertos y finalmente los resultados del cuestionario fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 22 utilizando la prueba de Wilcoxon y un nivel de confianza de 95%.

Este cuestionario está formado por 63 ítems distribuidos en dos subescalas: practicas (33 ítems) y creencias (30 ítems). El cuestionario evalúa seis dimensiones: condición y actividad física, recreación y manejo del tiempo libre, hábitos alimenticios, autocuidado, consumo de alcohol y tabaco y por ultimo sueño. Cabe hacer notar que para el cuestionario los ítems fueron valorados como positivos o negativos, esto según su incidencia en el estilo de vida. Su formato de respuesta es de tipo Likert de cuatro alternativas con un rango de “Siempre” a “Nunca” y de “Totalmente de acuerdo” a “Totalmente en desacuerdo” respectivamente.

Las categorías del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida quedan distribuidas de la siguiente manera:

Tabla 8.

Distribución de las categorías del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida

	Categoría	Pregunta
Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida	Actividad física y manejo del tiempo libre	8- 13 35- 43
	Autocuidado	45- 52
	Hábitos alimenticios	14- 25 54-59
	Consumo de alcohol y tabaco	26- 30 61- 65
	Sueño	31- 34 67-68

Las categorías de calificación establecidas para el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida fueron las siguientes:

PRACTICAS: Muy saludable (MS), Saludable (S), Poco Saludable (PS) y No Saludable (NS)

CREENCIAS: Muy Alto (MA), Alto (A), Bajo (B) y Muy Bajo (MB)

Estas categorías se establecieron en términos de la frecuencia de las prácticas ejecutadas. Los rangos de calificación de puntos contruidos para medirla, y por eso la escala se homologa a una misma unidad de medida cuando se lleva a su forma ordinal. La escala tiene diferentes valores de acuerdo al criterio seleccionado, según se observa a continuación:

Tabla 9.

Valores a escala del Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida

Valores a escala		
(Muy saludable)	Siempre	4
(Saludable)	Frecuentemente	3
(Poco Saludable)	Algunas veces	2
(No saludable)	Nunca	1

Corresponde el numero 4 a que las participantes tienen un estilo de vida muy saludable, el 3 los que tienen un estilo de vida saludable, el 2 poco saludable y el numero 1 un estilo de vida no saludable.

En los cuadros siguientes se presentan los rangos para la calificación de las prácticas y las creencias:

Tabla 10.

Rangos de calificación del cuestionario para las practicas sobre estilo de vida				
PRACTICAS	RANGOS			
Dimensión	No Saludable	Poco Saludable	Saludable	Muy Saludable
Actividad física y manejo del tiempo libre	01 – 04	05- 10	11- 15	16- 20

Hábitos Alimenticios	01-12	13- 24	25- 36	37- 48
Consumo de Sustancias y Bebidas	01- 04	05-10	11 - 15	16 – 20
Sueño	01-04	05 –08	09 - 12	13 – 16

Para ver el cuestionario de prácticas (Ver apéndice C)

Tabla 11.

Rangos de calificación del cuestionario para las creencias sobre estilo de vida				
CREENCIAS	RANGOS			
Dimensión	Muy Bajo	Bajo	Alto	Muy Alto
Actividad física y manejo del tiempo libre	01-09	10- 18	19-27	28-36
Autocuidado	01-08	09-16	17 - 24	25- 32
Hábitos Alimenticios	01-06	07-12	13-18	19-24
Consumo de Alcohol y Tabaco	01 -05	06- 10	11-15	16 – 20
Sueño	01- 02	03 – 04	05- 06	07 -08

Para ver el cuestionario de Creencias (Ver apéndice D)

Los datos recolectados del apartado de prácticas y el de creencias de este cuestionario, se traducen en puntaje, que al final permite llegar a una evaluación sobre el estilo de vida de todas las mujeres que participaron en el proyecto (es importante aclarar que este test parte de las percepciones de ellas que no significa que sea lo correcto o lo saludable).

Tabla 12.

Rangos de calificación general del cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida	Rangos de Calificación
Muy Saludable	169– 224
Saludable	113 – 168
Poco Saludable	55 – 112
No Saludable	10 – 54

3.2.- Análisis de la evaluación

3.2.1.- Análisis Cualitativo

Los datos que se obtuvieron de las entrevistas semiestructuradas antes y después de la intervención fueron analizados mediante el programa MAXQDA versión 2011 que permite estructurar y analizar de manera sencilla y práctica la información. Uno de los objetivos del análisis del contenido de acuerdo a Pérez (2007), es mostrar las actitudes, interés y valores de las participantes, lo que es de suma importancia para los objetivos de este proyecto, donde se buscaba identificar y reestructurar en su mente cambios en la actitud, creencias, sentimientos y emociones respecto a la obesidad, alimentación actividad física etc. posteriormente ya elaborado el análisis del contenido de las entrevistas se hicieron comparaciones dentro de una misma categoría con los datos iniciales y finales del proyecto.

Para garantizar la confiabilidad y validar los datos obtenidos en la evaluación cualitativa, se utilizó la validez teórica. La estrategia que se utilizó fue la triangulación de la teoría que consiste en la utilización de diferentes teorías y perspectivas para interpretar los datos, esta estrategia permite desarrollar una conclusión más objetiva (Izcara, 2014).

En este análisis de la información cualitativa se trató de referenciar el análisis de los datos obtenidos, por lo tanto los resultados del material cualitativo recopilado aparecen con referencias literales. De manera que para darle un mayor valor a los resultados encontrados, el discurso de los entrevistados, plasmado en los resultados es polifónico; es decir; identifica diferentes puntos de vista u opiniones semejantes o contrastantes de diversos autores (Izcara, 2014).

3.2.2.- Análisis cuantitativo

Como se mencionó anteriormente el análisis de los datos cuantitativos se realizó utilizando la prueba estadística *t* de student y la prueba de los signos de Wilcoxon. La corrida de los datos se hizo mediante el paquete estadístico SPSS versión 22 y el nivel de confianza establecido de 95%.

3.3.- Resultados de la evaluación

3.3.1.- Resultados de la evaluación cualitativa.

a) Entrevista semiestructurada

Para poder evaluar los cambios en el estilo de vida, como resultado de la implementación de este proyecto, se evaluó a la participante mediante la entrevista semiestructurada antes y después de la intervención. La entrevista se dividió en *1. Significados (obesidad, su cuerpo, comida, dieta, ejercicio y tiempo libre); 2. Actividades (actividades que realiza en su tiempo libre, actividad física), 3. Percepción de sí misma cuando se mira en un espejo; 5. Manejo de emociones ante situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos y 6. Autodecisión de alimentos saludables.*

Se podrá observar en cada categoría como las participantes ampliaron o cambiaron sus conocimientos, percepciones y emociones hacia la alimentación, actividad física, significados y hacia ellas mismas. Este cambio se logró gracias a que a través de la intervención, temas como creencias irracionales, el empoderamiento y el perdón, así como información documentada sobre el problema de la obesidad, alimentación, actividad física, además de la aplicación de técnicas grupales motivacionales enfocadas a mejorar la autoestima, técnicas de liberación emocional a través de códigos curativos, declaraciones positivas y técnicas de programación neurolingüística fueron utilizadas para lograr un cambio en la percepción de sí mismas, principalmente en lo relacionado con su sobrepeso

A continuación se mencionan los resultados por categorías y además de manera sistemática se describen en este apartado los cambios que se generaron posteriores a la intervención.

1.- Significados

El propósito de este apartado, fue identificar si existía alguna diferencia en los significados que las participantes le daban a la obesidad, a su cuerpo, a la comida, dieta, ejercicio y al tiempo libre, antes y después de la intervención. Estos resultados pueden ser de ayuda para desarrollar próximas intervenciones y/o programas de prevención de la obesidad.

a) Obesidad.

En una segunda entrevista el total de las entrevistadas cambió su visión y el significado que le daba a la obesidad en un principio, siendo así que ahora referían a la obesidad como una enfermedad la que representa complicaciones importantes como se mencionan a continuación:

Tabla 13.

Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre la obesidad	
¿Qué significa para usted la obesidad?	
Antes	Después
“[La obesidad...] es, vergonzoso, te dicen ¡marrana! y te ofenden, para mí eso es doloroso” (Rocío)... “[La obesidad...] para mí es viviendo con mi enemigo, yo duermo con mi enemigo, ese enemigo está conmigo, para mí la obesidad es el enemigo que vive dentro de mí” (Laura)... “[La obesidad...] no es una enfermedad (Paola)... “[La obesidad...] me deprime mucho” (Yabidia).	Para mi significa pues enfermedad, porque siendo una persona obesa hay más alto riesgo de tener enfermedades (Rocío) Para mi es enfermedad, complejo y un estilo de vida muy deprimente (Laura) Bueno, no es solamente estar gordo, sino es todo lo que conlleva, es una enfermedad y lo que desencadena más bien enfermedades como: arterosclerosis, hipertensión, problemas digestivos, problemas hepáticos, de los riñones o sea en conjunto es una enfermedad... (Paola) Bueno pues ahora para mí significa enfermedad, ya entendí que la obesidad te lleva a tener muchas enfermedades, y también a que te canses más rápido, no puedes hacer muchas cosas te provoca problemas físicos, como desgaste de rodillas, desgaste de vertebras por el sobrepeso (Yabidia)

Al respecto Salmerón (2006), menciona que la obesidad es un riesgo de salud que puede transformarse en una enfermedad, es una condición de deterioro para la salud. La percepción de la obesidad fue una de las conductas a tratar a través de la intervención, temas como creencias irracionales, el empoderamiento y el perdón, así como información teórica sobre el problema de la obesidad, sus con-morbididades, aplicación de técnicas grupales motivacionales enfocadas a mejorar la autoestima, fueron tratadas dentro de las sesiones

b) Su cuerpo

El cuerpo ideal femenino se ha ido configurando en las sociedades occidentales como un cuerpo esbelto y estéticamente bien formado, los medios de comunicación han sido una de las principales razones ante esta situación. Debido a esto se ha vuelto excesiva la preocupación de muchas personas, esto ha conducido a las mujeres a que propicien una diversidad de trastornos alimenticios y emocionales Arroyo y Cabello (2010). Según Gavilán (2005), el cuerpo es reconocido como un objeto natural moldeado por fuerzas sociales. Además menciona que existe un orden social en la cultura que determina si la imagen corporal es adecuada o inadecuada.

Este significado que tienen sobre su cuerpo se asocia con el surgimiento de su obesidad, y también con el entorno cultural y social al que están expuestas, pues se sabe que la influencia que los otros ejercen sobre la visión de los cuerpos y los atributos físicos, influye de manera positiva o negativa en las emociones de las personas vulnerables, en este caso las personas con obesidad. A través de sus propias declaraciones se pudo constatar que el significado que el cuerpo tiene para ellas influye en su autoestima sin embargo al término de la intervención su percepción cambio de manera positiva. Así mismo se logró resignificar el concepto que tenían de ellas mismas al mejorar en algunas de ellas la percepción sobre su cuerpo y lo que les gusta y no de él, como se aprecia a continuación:

Tabla 14.

Descripción de las opiniones de las participantes del grupo de ayuda mutua sobre su cuerpo	
¿Qué significa para usted su cuerpo?	
Antes	Después
Mi cuerpo pues no le presto mucha atención, no lo cuido, y no le dedico tiempo (Perla).	“[Mi cuerpo...] Es algo que tengo que cuidar, es algo que me va a acompañar toda la vida” (Perla)
“[Mi cuerpo...] no me gusta, no me gusta estar así, me arrepiento de no haberme cuidado” (Yabidia).	“[Mi cuerpo...] ahora significa como un templo algo que tengo que cuidar por salud ya no tanto por estética sino por salud” (Yabidia)
“Así como estoy ahorita [Su cuerpo...], ¡Estoy fea!” (Rocío)	Pues es algo que Dios me dio y debo de cuidarlo, aunque este gorda o flaca debo de cuidarlo (Rocío)

Mi cuerpo me da lástima, y le pido perdón por haberlo lastimado, siempre voy a culpar a la vida a los hechos (Laura)	Antes no le daba importancia pero ahora si me importa. Mi cuerpo es mi vida y es sagrado, y por eso me duele estar como estoy” (Laura)...
“[Mi cuerpo...] no me gusta, porque no me gusta estar gorda, yo siempre fui delgada yo quisiera hacer todo lo que hacía antes” (Olga)...	“Pues ahora [mi cuerpo...] es todo porque si no estoy bien no puedo hacer nada, ni vivir bien y ahora ya estoy haciendo muchas cosas otra vez (Olga).

c) La comida

Siguiendo el modelo cognitivo-conductual, la interpretación que le damos a nuestras características personales actuales, ocurre mediante los pensamientos o creencias y se manifiesta en emociones o sentimientos que son los que impulsan una conducta no saludable. Castro (2009), refiere que la comida ejerce poder sobre las personas de acuerdo a lo que significa para ellas. Según Contreras y Gracia (2005), la comida está mediada por un conjunto de significados, como prestigio, estatus, riqueza; es un medio de comunicación, de relaciones interpersonales, es signo de amistad, afecto, comodidad, buena vecindad, comodidad y simpatía para combatir la tristeza o el peligro. Además es un medio de placer y gratificación personal, así como un alivio al estrés (Ávila y Cabello, 2010).

Los significados internos como las condiciones del consumo en la vida diaria, preferencias individuales y colectivas, que una persona le da a la comida están determinados por el horario de trabajo, horarios de comida, tiempos de ocio, por otro lado el significado externo está implicado en el establecimiento de marcos institucionales legales que definen los términos por los cuales la gente obtiene comida, mantiene o modifica sus hábitos y perpetua sus formas de comer, con los significados respectivos o construyendo nuevos significados (Castro, 2009).

En la intervención con el grupo de ayuda mutua se intentó a través de la utilización de técnicas psicosociales, proyecciones de videos, exposición y otras técnicas grupales, un cambio al significado que las participantes le han dado a la comida ya que el sistema de creencias que uno tiene respecto a cualquier tema se traduce en respuestas fisiológicas, Cabello y Arroyo (2013) mencionan que este impacto emocional contribuye a la aparición de cuadros depresivos, ansiedad, culpa, vergüenza que son afrontados comiendo en exceso en una persona con obesidad como se aprecia en sus discursos

Esto se ve reflejado en las participantes del proyecto, ya que después de la intervención sus discursos cambiaron, ellas hablaban de la comida como una necesidad para estar saludable, para estar bien, ahora ven a la comida como una amiga, por lo que se determina que en su mayoría lograron construir nuevos significados. A continuación se mencionan los discursos que respondieron algunas de las participantes al preguntarles que significaba para ellas la comida, después de la intervención:

Tabla 15.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua sobre la comida	
¿Qué significa para usted la comida?	
Antes	Después
La comida para mí, es un refugio a mis sentimientos toda mi vida las causas emocionales me han afectado” (Laura).	Ahora la comida para mí ya no es un refugio (Laura)
Un gusto, o sea yo si disfruto la comida para mí la comida, es un refugio a mis sentimientos (Carla)	Es algo que nos sirve, pero que no debe de ser en exceso (Carla)
Es un placer comer, es rico (Paola)	La comida ahora es mi amiga antes era mi enemiga, ahora nada mas como lo que debe de ser (Poala)
Como supervivencia, celebración, porque todas las celebraciones implican alimento (Nidia)	Es el alimento para el cuerpo (Nidia)
Es el alimento de cada día, a veces si es mi refugio, cuando no puedo controlar mis sentimientos, las preocupaciones o el estrés (Yabidia)	[La comida...] la veo como que, “tengo comer para que mi cuerpo tenga energía y que sé que tengo que darle a mi cuerpo los nutrientes necesarios y que tengo que comer saludablemente (Yabidia)
La comida es como un refugio si me siento mal (Mónica)	No significa nada es como comida y ya (Mónica)
No me mido en la comida así de que si me gusta algo mucho no sé porque tengo la idea de acabármelo todo (Perla)	Ahora ya pienso, si como algo pienso que me va a dejar, si me va a nutrir (Perla)

Para Sánchez, et al (2002), la comida es un gusto, que no solo satisface las necesidades nutricias, sino también las sociales, culturales, emocionales y psicológicas. Por lo que el significado que las participantes le otorgan a la comida después de la intervención del proyecto, de la pauta para mejorar su estilo de vida ya que modificaron el significado que para ellas tenía la comida en un principio.

Entre los cambios importantes que se encontraron fue el cambio de actitud hacia la comida, que para ellas significaba refugio, placer o celebración, entre otras, ahora representan los nutrientes necesarios que el cuerpo requiere para tener energía y estar saludable.

a) Dieta

El significado de dieta según Contreras (2005), es un término empleado para referirse a un régimen específico de comida y bebida, que es prescrito para corregir una enfermedad o situación como la obesidad.

Después de llevar a cabo la intervención sus discursos hablaban de como la dieta les ayuda a estar saludables, ahora mencionan que “dieta” es aprender a comer. En cuanto al significado de la dieta, que antes significaba restricción o castigo, ahora la mayoría de las participantes modificaron la dieta por “Modo de alimentación”, aprender a comer cuidando su alimentación. Como se puede apreciar en algunos de sus discursos a continuación:

Tabla 16.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua sobre la dieta	
¿Qué significa para usted la dieta?	
Antes	Después
“Dieta es restricción” (Paola)	[Dieta...] es la combinación de alimentos como hacer tu menú, “Dieta para mí ya no es restringir” (Paola)
“[Dieta...] significa que me van a castigar para que no coma y no sea gorda ósea para mí es que te digan ¡Te voy a poner a dieta para que no seas gorda!” (Laura)	Es una forma diferente de comer una forma de alimentación (Laura)
“Cuando me voy a poner a dieta un día antes me pongo a comer y a comer como si se fuera a acabar el mundo” (Mónica)	“Ahora la dieta es aprender a comer” (Mónica)
“[Dieta...] es una pesadilla, siento que hasta me da más hambre cuando estoy a dieta” (Yabidia)	“Ahora dieta es ¡Me estoy enseñando a comer! o sea eso es para mí, enseñarme a comer correctamente y saludablemente (Yabidia)
“Dieta es dejar de comer” (Nidia)	“[Dieta...] Ya le cambié a la idea que tenía que era dejar de comer, para mí ahorita es un modo de alimentación” (Nidia)

Diversos estudios confirman que para tener éxito en el mantenimiento del peso se necesitan realizar cambios de hábitos, metas realistas, ser constante, realizar ejercicio, y hacer cambios

pequeños; es importante el cambio que se logró ver en la mayoría de las participantes al resignificar el concepto que tenían de la dieta, se considera que estos cambios aunados a una dieta variada para no caer en la rutina, además de mantener una actitud positiva, podrá beneficiar la salud física y mental de las personas con obesidad (Ávila y Cabello 2010).

En relación al cambio de significados que se obtuvo en las participantes, Campillo (2001), menciona que las dietas son planes de alimentación que requieren sacrificio, esfuerzo y perseverancia, por lo que no son gratos, además se toma tiempo ver los resultados deseados, por lo que mencionan Ávila y Cabello (2010) es importante que el individuo entienda que estos cambios tendrán que ser de por vida.

b) Ejercicio

Bajo una perspectiva psicosocial del aprendizaje encontramos un lema: "No son las situaciones las que determinan como nos sentimos y como actuamos, sino lo que pensamos acerca de ellas". En la intervención con este grupo, se trabajó de manera constante en cada sesión sobre esas situaciones que están rodeadas de emociones, recuerdos y culpas que hacen que el ejercicio sea algo desagradable. Una de las participantes por ejemplo recuerda como su madre le prohibía hacer ejercicio porque se tenía que poner shorts y las piernas estaban muy gordas y podía provocar a "los hombres". Esto se lo dijo cuando ella tenía solo 13 años. Así podemos inferir que ante determinadas situaciones o estímulos, cada persona realiza una respuesta o reacción, que está mediada por el proceso de significación o evaluación de cada uno, y son el resultado tanto de predisposiciones genéticas, junto a las experiencias vividas, las cuales generan acciones o conductas no saludables, como el evitar hacer ejercicio. A través de la intervención en el grupo se intentó modificar esas estructuras mentales y también los significados o evaluaciones adversas que la persona hace y ofrecerle una ayuda que favoreciera un cambio hacia estilos de vida saludable, específicamente en relación al ejercicio

Esta reestructuración cognitiva por medio de intervenciones psicoeducativas, o modificaciones emocionales y el poner en práctica nuevas modalidades de pensamientos y conductas lograron en el grupo resignificar el concepto del ejercicio como se puede captar en los siguientes discursos:

Tabla 17.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua sobre el ejercicio	
¿Qué significa para usted el ejercicio?	
Antes	Después
“Tengo la idea de que si hago ejercicio y lo dejo de hacer voy a engordar más, le tengo más miedo que a una dieta” (Nidia)	“[El ejercicio...] es algo que tengo que hacer en mi nuevo estilo de vida (Nidia)
“No me gusta ir a hacer ejercicio...me da pena que me vean correr, es mucho la pesadez de ir, me desagrada la decisión de ir eso es lo que no me gusta” (Perla)	Ahora después de que hago ejercicio me siento bien, sé que me va a ayudar a estar sana pero antes yo no lo quería aceptar (Perla)
“[El ejercicio...] es muy importante porque sé que eso si te ayuda bastante (Rocío)	Hacer ejercicio ¡Está en mí!... ya me gusta más que antes (Rocío)
Pues si es muy importante, pero no me he dado el tiempo (Paola)	“El ejercicio es bueno porque te hace más elasticidad, te da condición, ahora ya hago natación” (Paola)
“[El ejercicio...] se me hace algo padre, lo disfruto porque es como si te relajara, pero no lo hago mucho me la paso sentada” (Carla)	“[El ejercicio...] Me está gustando mucho. Es un cansancio padre y que es algo rico y que te hace sentir más ligera yo me sentía como que algo le falta aceite y ahora ya tengo más movimiento más flexibilidad. Me siento feliz” (Carla)
“[El ejercicio...] es mi hora feliz, me dedico solo a mí no me importa, lo que pasa alrededor, ya saliendo de ahí de la puerta para afuera vuelvo a la realidad (Mónica).	“Ahorita si disfruto mucho, siento que me ha ayudado a no estar encerrada y no pensar en que me sentía mal o en los problemas de la casa, esa hora, es la hora en que me olvido de todo, (el ejercicio) es mi hora” (Mónica)

c) Tiempo libre

Después de haber puesto en práctica nuevas modalidades de pensamiento y de conducta no saludable se generaron cambios en el significado que para ellas tenía el tiempo libre. Se ve una recuperación en el tiempo que las participantes pasaban viendo televisión ya que el acceso a la televisión es otro factor ambiental percibido como barrera para mantener un peso saludable (Cervantes, 2013). Además ahora en sus discursos relatan pensar más en sí mismas, en ocupar su tiempo en ellas. Por su parte Cervantes (2013) menciona que el no dedicar tiempo para sí mismas anteponiendo obligaciones del hogar y de su hijos o esposo, es otra limitante para mantener el peso corporal saludable; por ultimo en algunas de ellas se logró modificar el nivel de sedentarismo que mantenían anteriormente, para Cervantes (2013), la vida sedentaria es percibido por las mujeres como otro factor que las hace susceptibles a perder peso.

Sin embargo es importante mencionar que en una de las participantes no se logró resignificar el cambio en cuanto este rubro ya que ella menciona en los dos tiempos de evaluación que el tiempo libre para ella es depresión. Esto es un riesgo para su salud, ya que la depresión puede influir en la ganancia de peso corporal por las conductas de riesgo que conlleva (Cervantes, 2013).

Tabla 18.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua sobre el tiempo libre	
¿Qué significa para usted el ejercicio?	
Antes	Después
[El tiempo libre...] pues es descanso, me hace romper la dieta, me gustaría tener todo saturado de actividades para llegar y dormir porque de estar sola nada más estoy pensando en qué comer, pienso ¡Déjame como algo!” (Perla)	[El tiempo libre...] es descansar, pero también es el tiempo en que hago ejercicio (Perla)
No me gusta tener tiempo libre, pero igual y me pongo a ver la televisión, pero no me gusta tener ratos libres, porque para mí es depresión, yo me deprimó mucho” (Paloma)	“Me deprimó mucho, no me gusta estar sola o mejor me pongo a ver televisión” (Paloma)
[El tiempo libre...] es mi tiempo, me pongo a ver la televisión” (Olga)	[El tiempo libre...] pues es tener tiempo para mí (Olga)
“Tiempo libre, pues es ociosidad, tiempo libre, no hago nada” (Paola).	[El tiempo libre...] Pues es hacer cosas que regularmente no son de la casa, ahora ya voy más al deportivo (Paola)
[El tiempo libre...] es descansar cuando tengo tiempo libre es maravilloso (Carla)	“Como descansar, por ejemplo lo del ejercicio es algo que me estoy dando a mí y sobre lo que sea porque hay veces que por el trabajo no duermo... ¡Pero yo voy al ejercicio!” (Carla)
[El tiempo libre...] es mucho tiempo para mí...pero no hago nada (Mónica)	[El tiempo libre...] Es algo para mí, mi tiempo libre ahora me lo dedico a mí. Antes me preocupaba mucho por mis hijos todo para ellos y para mi esposo y yo siempre era al último y ahora no yo digo ¡Yo soy primero!” (Mónica)

2.- Actividades

a) Actividades que realiza en su tiempo libre

Un punto importante que fue considerado en la primera evaluación fue las actividades que las participantes realizaban en su tiempo libre donde anteriormente se hacía notar que llevaban una vida muy sedentaria. Después de la intervención sus discursos cambiaron, ahora

hablaban de cambiar el tiempo de ocio por actividades más productivas como hacer ejercicio, oración, actividades que anteriormente habían dejado de hacer:

Tabla 19.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua sobre las actividades que realiza en su tiempo libre	
¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?	
Antes	Después
“Pues me siento aquí [en la sala...] veo la tele o a veces nomas estoy pensando y dice mi esposo que parezco loca cuando me ve con la vista pérdida pero es porque estoy pensando o me pongo a leer” (Paola)	Pues me pongo a ver la novela de las 4pm y aquí en la casa pongo un video y hago desplantes, limpiar la casa y también me pongo a leer y a tejer (Paola)
“Me pongo a ver la tele pero también lloro un chorro” (Paloma)	Ahora además de hacer mi quehacer me salgo a caminar lo que yo no hacía antes (Paloma)
“Me meto al Facebook, me pongo a jugar (Yabidia)	“Busco en google recetas, me pongo a escuchar música de relajación y de Dios, ya casi no veo novelas o pongo música a todo volumen o videos y me pongo a bailar” (Yabidia)
“Yo anteriormente en mis tiempos libres me salía y estaba en clases de pintura, de costura yo todo lo hacía y ahorita no hago nada,” (Mónica).	“Hago muchas cosas me manejo todo el día ocupada ya después de los quehaceres estoy volviendo a mis actividades que yo ya había dejado antes, antes yo pintaba, tejía bordaba todo lo que se me ponía enfrente” (Mónica)
Me siento en mi mesita viendo la televisión ahí me quedo aplastada (Rocío)	“El quehacer o me pongo a ver la televisión pero haz de cuenta que ahora si me muevo un poquito más, así como los ejercicios que nos dijiste que podíamos hacer y también aunque a veces me da flojera subir arriba como quiera me voy para arriba, a veces me subo a gatas pero llego (Rocío)

b) Actividad física

Después de haber trabajado en el grupo de ayuda mutua técnicas motivacionales, que les permitieran elevar su autoestima, su interés por realizar cosas nuevas, salir de la rutina así como no utilizar su obesidad de excusa para no realizar ejercicio físico ya que de acuerdo a Silvestri y Stavile (2005), la obesidad muchas veces sirve como excusa o para justificar por qué no se puede lograr aquello que se desea

Se pudo constatar ver un cambio en sus discursos ya que en la primera entrevista sus relatos hablaban del pasado, de cuando hace años en su mayoría de ellas habían realizado alguna vez

ejercicio, en esta segunda evaluación sus discursos cambiaron, ahora hablaban más positivamente y mencionaban las rutinas que realizaban, se observó en la mayoría de las participantes la restructuración cognitiva por el ejercicio, algunas de las participantes ya practican ejercicio en gimnasio o en su casa como se muestra a continuación:

Tabla 20.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua Sobre la actividad física que realizan	
¿Realizas actividad física?	
Antes	Después
“Cuando estaba soltera, pues yo me acuerdo que me ponía mi leotardo y saltaba y hacia cosas así, en un gimnasio ahí en la Cuauhtémoc, pero ya de casada fatal...ya no hago nada por floja” (Rocío)	“Pues subo más escaleras, estoy caminando más y haz de cuenta que me acorde de “Lety”[Responsable del proyecto] porque ella que aunque llueva, ella se va a hacer ejercicio y bueno si tengo muchas cosas que hacer pero no tengo quien me detenga; soy yo la que me detiene, ahorita ya me compré unos tenis y ahorita los estrené, en la mañana me fui a caminar” (Rocío)
“Hasta a un gimnasio fui, en el fitness estuve todo un año, eran 300 pesos por mes pero solo fui 2 o 3 veces mi esposo se enojó bastante” (Paola)	“Pues aquí en la casa pongo un video y hago que desplantes, y otros ejercicios” (Paola)
“Hace unos años hasta entré a un gimnasio me inscribí y fui pero no era constante, me regalaron un año gratis pero solo fui 3 meses” (Perla)	“Estoy en clases de zumba, de hecho ahorita me duele el estómago porque después de la clase te ponen ejercicios específicos” (Perla)
“Hace muchos años me metí a un gimnasio y me puse bien anchota de la espalda y me dijeron; ya te vez muy fea, y lo deje” (Nidia)	“Ahora uso mi elíptica si esta en mis planes el ejercicio, sé que es algo que tengo que hacer para mi salud” (Nidia)
“Hace años estuve en aerobics en Nova, y ya más grande de edad me iba con mis dos bastones caminar pero ahorita ya no puedo” (Laura)	“Ahora hago actividad en la cama, hago algo aunque mi problema articulario a veces me lo impide pero sentada en mi cama hago ejercicios con mis brazos como 20 veces despacio según lo que mi cuerpo lo aguanta” (Laura)
“Después de que me casé deje de hacer muchas cosas, haz de cuenta que de soltera hacia mucho ejercicio y ya cuando me case, nada” (Carla)	“Hago bailo terapia y algo de especifico también” (Carla)
“Hago aerobics...”(Mónica)	“Hago rutinas de aerobics de lunes a viernes, y sábado y domingo camino, antes yo tenía miedo, yo no salía a la tienda y está aquí a la vuelta yo todo lo hacía en carro” (Mónica)

3.- Percepción de sí misma (Cuando se mira en un espejo)

Los cambios que surgieron en la población con la que se trabajó en esta intervención social, fueron muy significativos respecto a la forma de mirarse en un espejo, ya que según sus discursos impactaron en su imagen corporal, esto se relaciona con el haber participado en el grupo de ayuda mutua por más de un año, la información proporcionada sobre el problema

de obesidad, y hablar sobre sus emociones y creencias al respecto, les permitió construir nuevas explicaciones y significados sobre su cuerpo.

Se pudo encontrar que en una primera entrevista sus discursos detonan insatisfacción, infelicidad, inconformidad, trauma y sufrimiento. De acuerdo a Cabello y Arroyo (2013) los problemas psicológicos más frecuentes que sufren las personas con obesidad, suelen ser la ansiedad y la depresión. Lo anterior lo pudimos confirmar en el diagnóstico, ya que en la mayoría de los discursos de las mujeres afirmaban no verse bien frente al espejo e incluso ni siquiera mirarse. Lo que hace darnos cuenta de la imagen negativa que tienen sobre si mismas ya que tienen insatisfacción corporal.

Un estudio realizado por Arroyo y Cabello (2010), en mujeres con obesidad a quienes se les cuestionó las expresiones que hacen al mirarse en un espejo, concluyó en que las expresiones personales y de sus familias influyen positiva y negativamente en la visión de sí mismos. En referencia a esto, Cash (2004) asevera que las características físicas y la imagen del cuerpo afectan el desarrollo de la personalidad, la autoestima y el predominio de comportamientos alimenticios desordenados.

Después de trabajar con la percepción sobre la obesidad que tenían las participantes se logró generar cambios en la percepción de sí mismas y de su sobrepeso como se aprecia a continuación:

Tabla 21.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua Cuando se miran en un espejo	
¿Cómo te sientes cuando te miras en un espejo?	
Antes	Después
“Si me gusta cómo me veo, si me veo yo sola, pero si está alguien al lado que esté más delgada ya no me agrada la idea” (Perla)	Ahora me siento muy bien, sé que a lo mejor no he bajado así de que mucho pero he bajado poco a poco siento que voy bien y sé que si se puede” (Perla)
“A veces me siento muy deprimida y cuando me miro en un espejo digo: ¡Yo como no puedo adelgazar, porque no puedo, porque estoy así!” (Yabidia)	“Pues ya me gusta cómo me veo por qué ya la gente me dice: “Te vez más recogidita”... y yo misma digo bueno, tengo que seguir, y que sé que estoy aprendiendo a comer saludablemente y que eso es beneficio para mí” (Yabidia) “Ya me siento más segura de mi misma, ya no me siento ‘con baja autoestima, mi esposo me dice: “tu estas revolucionando” me siento como que más fuerte más segura de mi misma “(Yabidia)

“No me veo, no me gusta nunca me ha gustado verme yo digo que necesito bajar para verme en un espejo y estoy desesperada para poderme ver en un espejo nada más por eso” (Laura)	“Cuando me veo siento que me falta mucho o sea... que me falta mucho por mi salud por que la que padece problemas de salud soy yo y ahora me estoy enseñando a no ser conformista, y a no darle algo que le está haciendo mal a mi cuerpo y sobretodo en la comida cosa que antes no hacía”(Laura)
“Cuando me veo en un espejo no gusta nada, me da coraje” (Mónica)	“Siento que si he bajado y quiero pesar menos, ¡Me siento mejor, me siento feliz!” (Mónica)
“Trato de no verme en cuerpo completo, de no verme tanto, osea, si me voy a pintar agarro un espejo chiquito pues para estar viéndome solo ese pedazo, no estoy contenta con mi cuerpo yo si me deprimio, si me deprime el estar gorda” (Paola)	“Pues al principio no me veía y eso que tengo la casa llena de espejos, no me veía; no me gusta mi cuerpo hay cosas que si me gustan y cosas que no, pero ahora ya me veo más” (Paola)

4.- Manejo de emociones ante situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos

Los eventos estresantes en la vida de las mujeres entrevistadas aparecen como un elemento importante en su manera de consumir alimentos y por consiguiente en el desarrollo de la obesidad. Al respecto Cabello y Ávila (2009), mencionan que los factores psicológicos, las emociones y las relaciones interpersonales influyen en la conducta alimentaria, afectando la personalidad y la salud de una persona con obesidad. De acuerdo a Castro (2009), las personas transforman la nutrición al asignarle un significado de “algo”, lo que ocasiona la necesidad de comer, de tal forma que los sentimientos y las emociones en relación con la comida nunca son los mismos, no son universales.

En este sentido, el acto de comer puede representar tanto placer como dolor, status, disciplina, éxito o fracaso, control del cuerpo; culpa, ambivalencia, puede estar vinculado a creencias religiosas, a la socialización, a convicciones políticas e incluso a resistencia, o al desafío y sometimiento (Castro, 2009). Al respecto Contreras (2002) menciona que resulta difícil encontrar usos no sociales al consumo de alimentos, esto debido a que con frecuencia se consumen alimentos por razones muy distintas a la satisfacción del hambre y la correcta nutrición. Sino más bien implícita o explícitamente se busca al consumir alimentos mantener relaciones personales y de negocios, o expresar cariño y amor, expresar individualidad, felicidad, demostrar pertenencia a un grupo, enfrentar estrés psicológico o emocional, reforzar el autoestima y ganar reconocimiento.

Las participantes al inicio del proyecto relacionaban sus emociones con la ingesta excesiva de alimentos no nutritivos, dentro de una sección de este proyecto se trabajó mediante, videos e información teórica el manejo de emociones y la elección de comida nutritiva por lo que se logró desarrollar la autodecisión de alimentos saludables y el manejo de emociones frente a estas situaciones. Después de la intervención, ahora sus relatos hablan de pensar antes de consumir alimento y elegir opciones saludables en situaciones de estrés y tristeza.

Tabla 22.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua sobre el manejo de emociones ante situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos	
Antes	Después
“Comer para mi es algo así como que feliz, ¡Estas feliz!, por ejemplo es fecha que; yo bajo [Refiriéndose ir hacia la cocina...], y que tengo un problema vengo al refrigerador y como algo” (Perla)	“Ahorita ya me pongo a pensar en lo que pienso de que “ay ahorita llego a la casa y me como algo y luego pienso... de que achís y porque me voy a comer algo y me voy a sentir bien el comer” y hasta ahorita es como que lo ando viendo eso de que ¡No, no está bien o sea eso de que te sientes mal comes y te hace sentir bien en ese momento, no está bien!” (Perla)
“Cuando estoy con algún problema, preocupación o triste, me voy a comer un pan y luego después me arrepiento” (Yabidia)	“Ya no tengo pan en mi casa, en mi casa ya ahí galletas de avena si me da hambre agarro eso o barritas de Special K y puede pasar el pan de dulce y digo: “No”... mejor agarro jícama o fruta ya casi no me dan esos atracones de antes (Yabidia)
“Yo sé que relacionó mucho la comida con mis sentimientos...si estoy deprimida o estoy triste... me da por querer comer (Rocío)	“He tenido mucha ansiedad pero sabes ahora lo que hago es hacerme un té de manzanilla con Stevia” (Rocío)
“Yo no soy de comer mucho pero sí, cuando me siento triste y sola no se me antoja nada” (Olga).	“Ahora sigo comiendo sola y aunque me siento triste a veces, ahora ya como a mis horas y lo que me toca!” (Olga)
“Los problemas me dan ansiedad y eso me hace comer de más ando buscando lo dulce (Paola)”	“Los problemas familiares nunca se van a acabar. Trato de no pensar, dejar soltar, si los problemas de otras personas no los puedo solucionar, mejor soluciono los míos, cuando me da ansiedad, ahora agarro nueces, pistaches, cacahuates, ya no me voy por el pan, ya no tengo pan, y lo que tengo lo tengo guardado con llave” (Paola)

5.- Autodecisión de alimentos saludables

El medio ambiente contribuye en gran medida a la presencia de la obesidad, esto debido al consumo frecuente de alimentos no saludables, entendidos como aquellos que no tienen las proporciones adecuadas y que no brindan nutrientes al cuerpo para llevar una vida sana, lo anterior aunado a la falta de actividad física y a las ocupaciones de la vida moderna; han orillado a cambiar las buenas costumbres de alimentación saludables y buenos hábitos de vida, por un estilo de vida no saludable (Arroyo y Cabello, 2010).

En la actualidad el aspecto sociocultural es de gran relevancia para las numerosas acciones que realiza un individuo y que giran en torno a la comida y la bebida, ya sea por una celebración familiar, por asuntos de negocios, por premios de reconocimiento, por un logro personal, o por tradiciones, la comida siempre está incluida (Arroyo y Cabello, 2010)

Según Castro (2009), la alimentación es cultura, forma parte de todo lo que se aprende en el transcurso de la vida, además menciona que comer puede ser una emoción dolorosa o agradable, puede remitir la sensación de libertad, de encierro o ensimismamiento y se aprende con y en relación a otros. Además comer es una experiencia individual o colectiva y consecuentemente la adquisición y la transformación de hábitos alimentarios difícilmente se realizan en solitario o en aislamiento. En este proyecto se trabajó mediante la enseñanza impartida por expertos en nutrición el cambio de hábitos alimenticios, en el cual se instruyó al participante a alimentarse correctamente desde el punto de vista nutricional. Por lo que es importante el resultado que se obtuvo después de la intervención ya que, en sus relatos mencionan que comienzan a elegir alimentos saludables al convivir con otras personas lo que puede beneficiar su salud si se continua actuando de la misma manera, estos hechos confirman que comer es ante todo un acto social como lo menciona Castro (2009).

Las participantes al inicio del proyecto relacionaban sus emociones con la ingesta excesiva de alimentos no nutritivos, dentro de una sección de este proyecto se trabajó mediante, videos e información teórica el manejo de emociones y la elección de comida nutritiva por lo que se logró desarrollar la autodecisión de alimentos saludables y el manejo de emociones frente a estas situaciones. Ahora sus relatos hablan de pensar antes de consumir alimento y elegir opciones saludables en situaciones de estrés y en reuniones sociales. A continuación se muestran sus discursos:

Tabla 23.

Descripción de las opiniones de las participantes en las mujeres del grupo de ayuda mutua sobre la autodecisión de alimentos saludables	
Antes	Después
“Soy canibal porque a mí y a mi familia nos encanta la carne de puerco, hasta 3 a 4 veces en la semana comemos carne; que chicarrones, que asado de puerco” (Carla)	“Ahora mi familia y yo comemos más saludable, y te voy a ser sincera yo ahora aplico la regla de 3 yo trato de todo comer solo 3 tortillas, tostadas etc. el viernes pasado hubo una fiesta en la bailo terapia y todas llevaron comida yo llevé algo y al final me dieron pastel y se lo di a mi niño” (Carla)
“Yo compro mucho en la calle compro, gorditas, hamburguesas toda la semana es comprar comida” (Mónica)	“Ya no compramos en la calle, ahora compramos frutas, verduras, ahorita ya es mucha fruta y mi familia me apoya” (Mónica)
“Tomo mucho refresco cuando voy a las fiestas hasta dos litros me tomo y siempre repito plato” (Mónica)	“Ahora ya trato de no consumir refresco, antes no tomaba nada de agua ni un vaso ahorita tomo dos litros, y cuando voy a las fiestas tomo una cosita de refresco y ahora inconscientemente ya no como la cantidad de antes, porque antes que repetía plato” (Mónica)
“Compro galletas en la mañana y luego en la tarde, una bolsa de papitas todos los días” (Perla)	“Antes comparaba muchas papitas, pensaba que como eran light pues todos los días me compraba una bolsa de papitas, pero ahora pienso que no le deja nada a mi cuerpo” (Perla)
“En las noches me ceno dos sándwiches con cuatro rebanadas en una sola sentada” (Perla)	“Ya no ceno igual que antes he estado cenando huevo, huevo con champiñones, o atún también ... ahora como que mi cuerpo ya se acostumbró” (Perla)
“En mi casa si compramos comida muy seguido como los tacos o hamburguesas y cuando hay reuniones es comer de todo” (Paola)	“Anoche estaba en una posada y sirvieron muchos pasteles a las 11pm yo me vine a la casa y mis amigas le siguieron, y más noche me trajo pastel mi hermana y le dije: no, llévate todo si te lo dieron a ti, llévatelo tú” (Paola)
“Mi esposo es bien antojado todos los días es almorzar taquitos, milanesa empanizada, en la noche que unos taquitos de bistec, que una carnita asada, que un pollito asado, que unas enchiladas, que unos sopos, enchiladas, flautas” (Yabidia)	“Hoy mi marido me invito a comer y había asado, no lo comí, había puntas de res, no las comí, y había envueltos de pollo, entonces le saque el pollo y no me comí las tortillas, prefiero mejor servirme más nopales y verduras que comer carne” (Yabidia)
“Los domingos son de barbacoa con menudo en la mañana, como para las 3 o 4 pm comemos ya sea carne asada, pollo o pizza, lo que se nos antoje y para cenar taquitos de bisteck en la noche” (Nidia)	“Ya como mucho más saludable que antes ya es muy raro comer hamburguesas, o esa comida frita, o barbacoa, ahora es muy común en mis comidas las ensaladas y el día que no las como me siento mal” (Nidia)
“Antes de entrar al grupo no me preocupaba por lo que comía, yo comía huevo, frijoles, 2 tortillas y luego me hacía un licuado de fresa grande y eso era	“Ahora si me preocupo mucho por lo que estoy comiendo...ahorita por ejemplo en la lotería; ¡Yo voy a llevar un lonche, tengo nopales, ejotes y lechuga

mi desayuno y si yo tenía ganas de una hamburguesa yo me comía la hamburguesa con papas” (Rocío)	porque ellas encargan enchiladas pero yo veo que tienen mucha grasa, mejor yo me hago un sándwich!” (Rocío)
--	---

Para finalizar la segunda evaluación se les pidió comentaran lo que para ellas había significado el grupo de ayuda mutua y estas fueron sus respuestas:

[El grupo...] me deja mucha enseñanza, muchas cosas positivas acerca de mi salud; me enseñó a comer y a convivir y a echarle ganas por mi salud (Rocío).

[El grupo me dejó...] mucha satisfacción, un grupo con personas que tiene los mismos problemas, muy solidarias, muy amable todas, el grupo es muy versátil, yo sentí mucho apoyo en el grupo... yo, si quisiera seguir aunque tenga que pagar e ir a otra parte, porque de usted aprendí, todas las herramientas para hacer mi vida diferente y comer diferente y hacer mi vida más saludable... (Paola).

A mí el grupo me dejó muchas cosas, muchos conocimientos, porque yo ya había ido con nutriólogas antes pero siento que el tiempo que nos dedicaron ahora si fue mucho, no fue nada mas de que te den la dieta y ándale vete, ustedes se tomaron el tiempo de explicarnos por ejemplo el video de la coca, como que nos dieron muchas herramientas y por ejemplo yo nunca había llevado una dieta de equivalencias se me hizo más fácil... (Perla).

El grupo me dejó mucha enseñanza, a seguir aprendiendo, me he interesado más por la nutrición y en conseguir amigas... (Nidia).

A mí [el grupo...] me deja muchas satisfacciones, alegrías, estoy muy agradecida con todas y con todas ustedes, me siento contenta por la ayuda que recibí de ustedes y estoy muy agradecida... (Paloma).

Todo el equipo nos enseña a vivir... Yo tengo un lema “sanar para vivir”, en nombre mío le seguimos con el grupo somos como los que están internados en una clínica de rehabilitación así somos nosotros, necesitamos entender que es una enfermedad y que no estamos curadas aún, esto es un proceso... (Laura).

El grupo me dejó mucha enseñanza; de cuidar mi cuerpo de enseñarme a comer y de valorarme (Yabidia).

A mí el grupo me dejó mucha satisfacción, las ganas de ir y de motivarme porque yo creo que yo sola no lo hubiera logrado (Mónica).

[El grupo...] me dejó mucha enseñanza, me sirvió de mucha ayuda y me sentí apoyada me identifique con algunas y son como una familia para mí... (Carla).

3.3.2.- Resultados de la evaluación cuantitativa

a) Prueba *t* de Student para el peso corporal

Se utilizó la prueba *t* de Student con el peso corporal para comparar la diferencia de antes y después de la intervención. En la siguiente tabla 24 se aprecian los datos del peso corporal obtenidos de cada participante.

Tabla 24.

Peso corporal antes y después de la intervención (aproximadamente 12 semanas)

Participante	Peso ANTES	Peso DESPUES	Diferencia
1	138.00 kg	136.90kg	-1.10kg
2	98.60 kg	94.90kg	-3.70kg
3	115.20kg	107.70kg	-7.50kg
4	122.50kg	120.50kg	-2kg
5	130.70kg	129.50kg	-1.20kg
6	100.80kg	99.60kg	-.80grs.
7	94.00kg	90.80kg	-3.20kg
8	92.70kg	91.30kg	-1.40kg
9	97.40kg	98.40kg	1kg
10	110.20kg	109.40kg	-.800grs.

Hipótesis

Ho: No hay diferencia significativa en las medias de peso antes y después de la intervención

Ha: hay diferencia significativa en las medias de peso antes y después de la intervención

Nivel de significancia

$$\alpha = 0.05 = 5 \%$$

El criterio para decidir es:

Si la probabilidad obtenida $P\text{-Valor} < \alpha$, rechace H_0 (Se acepta H_a).

Si la probabilidad obtenida $P\text{-Valor} \geq \alpha$, se conserva H_0 .

Tabla 25.

Estadísticas de muestras emparejadas del peso corporal antes y después de la intervención

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	peso anterior	110.0100	10	16.07092	5.08207
	peso después	108.2000	10	16.06591	5.08049

Tabla 26.

Correlaciones de muestras emparejadas del peso corporal antes y después de la intervención

		N	Correlación	Sig.
Par 1	peso anterior& peso después	10	.987	.000

Tabla 27.

Prueba de muestras emparejadas del peso corporal antes y después de la intervención

	Diferencias emparejadas					T	Gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia				
				Inferior	Superior			
Peso anterior- peso después	1.81000	2.60147	.82266	-.05098	3.67098	2.200	9	.055

De acuerdo a los resultados del peso inicial antes de la intervención ($\bar{X} = 110.01$, $DE = 16.07$) y final ($\bar{X} = 108.20$, $DE = 16.07$) de las participantes resultó estadísticamente significativa ($t(9) = 2.20$, $p < .00275$ [unilateral])

Al respecto es importante mencionar que de acuerdo a Perichart (2012), la pérdida de peso de .5 a 1.0 kg por semana en los primeros 6 meses, suele considerarse como una meta realista y factible que puede mantenerse además de que es bien sabido que esta reducción induce beneficios importantes para la salud. Además Suverza y Haua (2010), mencionan que una opción para promover la modificación paulatina de hábitos de alimentación, es conseguir cambios pequeños, como reducir la ingesta de calorías paulatinamente, esto suele aumentar el auto eficiencia del paciente y la motivación para intentar otro pequeño cambio. Lo anterior da lugar a un proceso de modificación de conducta que poco a poco llegará a cambios de gran impacto y de largo plazo (Perichart, 2012).

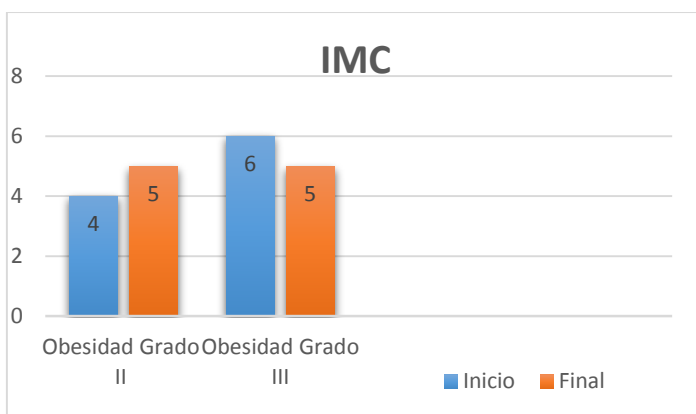
Así mismo Perichart (2012), menciona que los pequeños cambios pueden incidir positivamente en el peso corporal, evitando por ejemplo que siga aumentando. Es por medio de este enfoque que se puede lograr incrementar la actividad física, reducir el consumo de energía, y frenar el aumento de peso en individuos adulto

a) Índice de Masa Corporal (IMC)

Con la toma de medidas antropométricas del peso y la estatura de las participantes, se calculó el IMC. Debido a que el cambio en el estado nutrición obtenido por el IMC no formó parte de los objetivos de este proyecto, esta medida no se analizó en la prueba t Student solo se comparó en la siguiente gráfica, donde se aprecia que en un inicio 6 participantes tenían obesidad grado III y 4 de ellas obesidad grado II, al final de la intervención solo una de las participantes modificó su estado nutricio como se aprecia en la figura 3 donde se muestra que 5 de ellas tenían obesidad grado II y 5 obesidad grado III en la segunda evaluación.

Figura 3

Estado nutricional de acuerdo al IMC antes y después de la intervención



Para el análisis de los resultados obtenidos en el Test de autoestimación de Lucy Reidl y en el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida se utilizó la Prueba de los Signos de Wilcoxon. Esta prueba cuenta con dos opciones de resultados:

Ho El nivel de autoestima de las participantes permanece sin cambio

Ha El nivel de autoestima de las participantes es modificado

Prueba de los signos de Wilcoxon para la Escala de auto estimación de Lucy Reidl

Para el análisis de los datos obtenidos en este cuestionario se utilizó la prueba de los signos de Wilcoxon. En la Tabla 28 se aprecian los resultados generales del nivel de autoestima antes y después de la intervención.

Tabla 28.

Resultados de la Escala de auto estimación de Lucy Reidl antes y después de la intervención

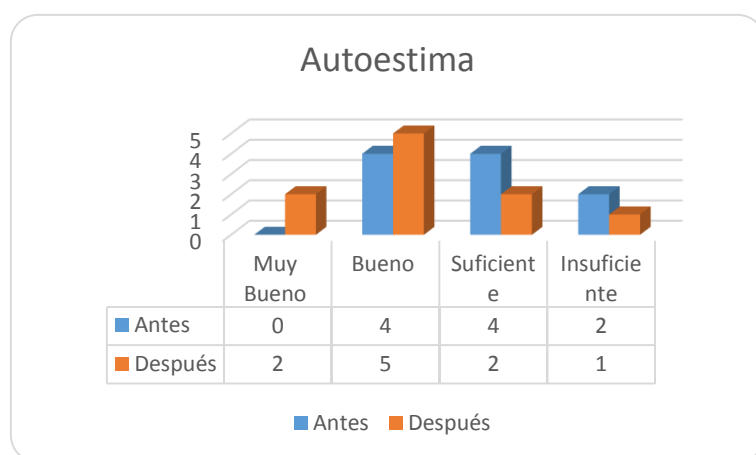
NIVEL DE AUTOESTIMA	Antes	Después
Muy Bueno	0	2
Bueno	4	5
Suficiente	4	2
Insuficiente	2	1
Total	10	10

Como se puede apreciar es notable el cambio en las puntuaciones obtenidas Respecto a los resultados del test de autoestima de Lucy Reidl se pudo observar que antes del inicio del proyecto solo 4 participantes obtuvieron un nivel de autoestima *Bueno*, 3 de ellas obtuvieron un nivel *Suficiente* y 3 más *Insuficiente*.

Posterior a las sesiones de intervención se dio un cambio notable en cuanto al nivel de autoestima; dos de las personas que habían obtenido un nivel *Bueno* se mantuvieron en este, las otras dos que tenían un nivel *bueno* mejoró a *Muy Bueno*, las tres personas que obtuvieron en una primera instancia *suficiente* lo mejoraron a *Bueno* y dos de las participantes que habían obtenido un nivel *insuficiente* se modificó a *Suficiente*, es importante mencionar que la participante que obtuvo en un principio un nivel *Insuficiente* se mantuvo en el mismo nivel lo anterior se puede apreciar en la figura 4 . Estos resultados influyen de manera positiva y negativa en la salud de las participantes.

Figura 4

Resultados de la Escala de auto estimación de Lucy Reidl antes y después de la intervención



El estudio no fue concluyente, muy posiblemente no se obtuvieron las evidencias suficientes para aceptar la Ha porque el tamaño de la muestra fue muy pequeño. Sin embargo, como puede observarse, solo un participante no logró mejorar su nivel de autoestima.

Tabla 29.

Prueba de los signos de Wilcoxon para la Escala de auto estimación de Lucy Reidl

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Antes y Después es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.102	Conserve la hipótesis nula.

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

b) Prueba de Wilcoxon para el Cuestionario adaptado de prácticas y creencias sobre estilos de vida

Para el Cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida, se utilizó la prueba de los signos de Wilcoxon. En la Tabla 30 se observan los cambios antes y después del **Estilo de Vida en General** de las participantes antes y después de la intervención y posteriormente se visualizan en la figura 5.

Tabla 30

Estilo de Vida en General antes y después de la intervención

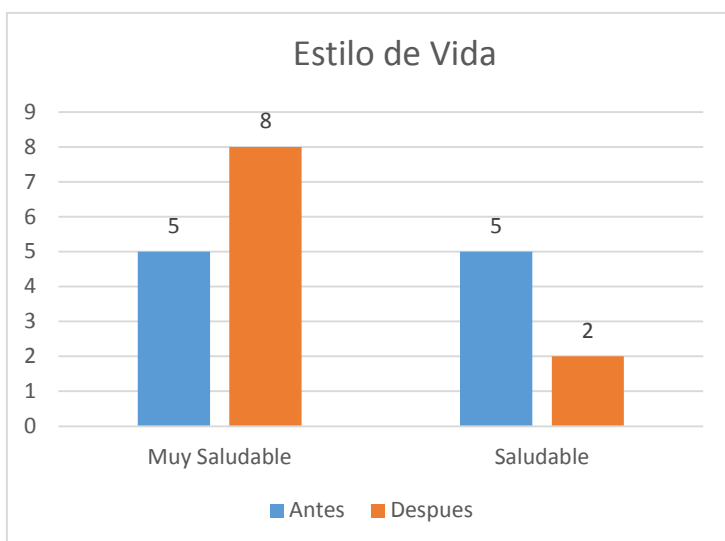
ESTILO DE VIDA GENERAL	Antes	Después
Muy Saludable	5	8
Saludable	5	2
Total	10	10

En esta tabla se observa que en un inicio 5 de las participantes tenían un estilo de vida *Muy Saludable* y las otras 5 *Saludable*, después de la intervención 3 de ellas subieron de nivel quedando 8 con un estilo de vida *Muy Saludable* y solo 2 con un estilo de vida *Saludable*.

Estos resultados se obtuvieron de la suma de las puntuaciones obtenidas del Cuestionario de prácticas sobre estilos de vida (ver apéndice C) y del Cuestionario de creencias sobre estilos de vida (ver apéndice D).

Figura 5

Estilo de Vida antes y después de la intervención



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia un cambio importante en el aumento de personas que están en el nivel *Muy Saludable*, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 31).

Tabla 31.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Estilo de vida en general de las participantes

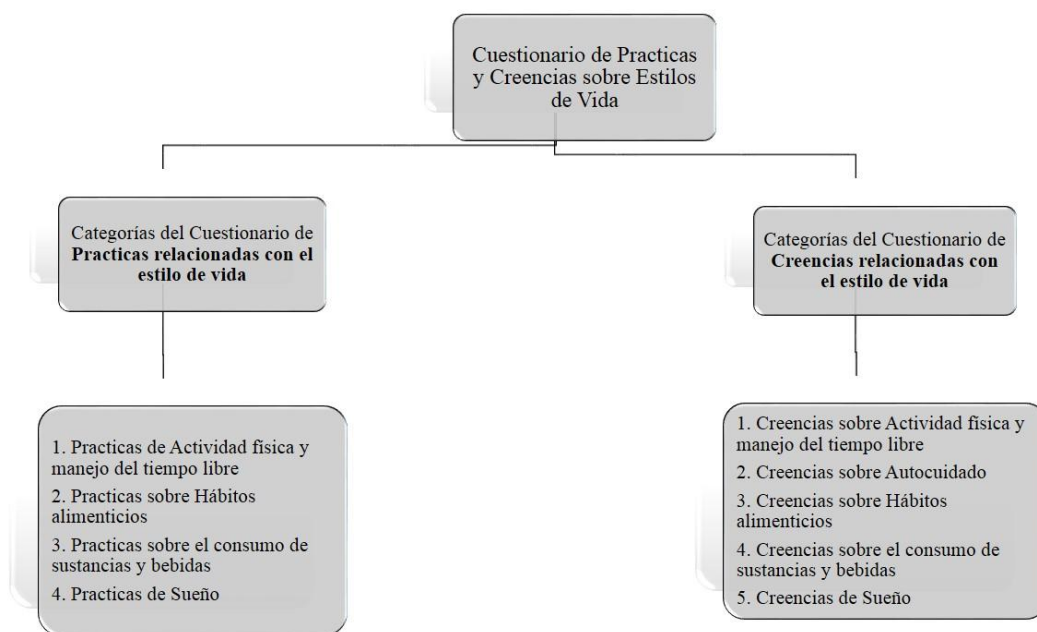
Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre ESTILO DE VIDA RECODIFICADO ANTES 1 y ESTILO DE VIDA DESPUES RECODIFICADA es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.180	Conserve la hipótesis nula.

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

Como se mencionó anteriormente este cuestionario se divide en dos secciones donde cada una de ellas cuenta con diferentes categorías las cuales se aprecian en la siguiente figura 6.

Figura 6.

Categorías del cuestionario de Prácticas y Creencias sobre Estilos de Vida.



Respecto a la figura anterior a continuación se muestran los resultados obtenidos en cada categoría del Cuestionario de **Prácticas** relacionadas con el estilo de vida.

1.- Actividad física y manejo del tiempo libre

Al evaluar el nivel de actividad física y el manejo del tiempo libre se encontró que las mujeres que participaron en esta intervención presentaban en su mayoría hábitos *Poco Saludables* y *Saludables* en su mayoría, esto se midió dependiendo lo que contestaron a aseveraciones como si incluyen descanso en su rutina diaria, si realizan actividades de recreación con su familia y si realizan actividad física

En esta categoría es importante mencionar que las participantes en un inicio mencionaron no realizar actividad física con regularidad, solo una mencionó realizar siempre actividad física ubicándola en el nivel *Muy Saludable*, cuatro de ellas algunas veces nivel *Saludable* y las

otras cinco mencionaron nunca realizan actividad física lo que las posiciona en el nivel *Poco Saludable* (ver tabla 32).

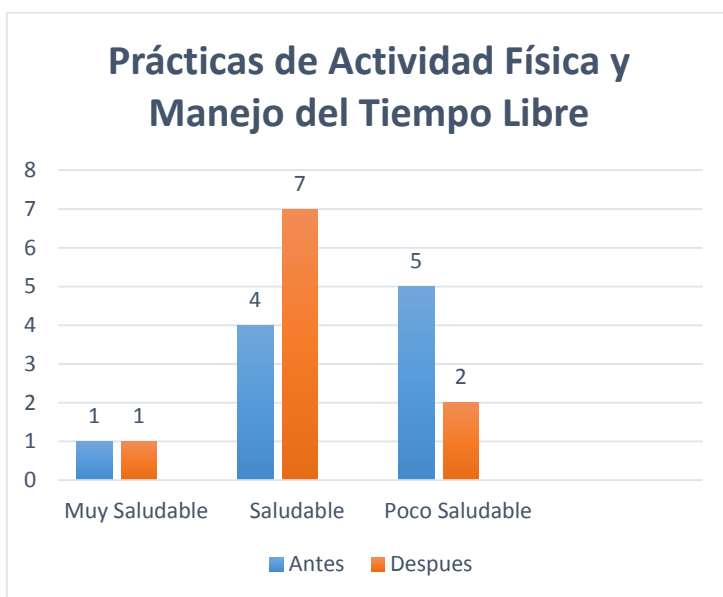
Tabla 32.

Nivel de Practicas sobre actividad física y el manejo del tiempo libre antes y después de la intervención

ACTIVIDAD FÍSICA Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	Antes	Después
Muy Saludable	1	1
Saludable	4	7
Poco Saludable	5	2
Total	10	10

Después de la intervención presentaron en su mayoría hábitos saludables, solo una de ellas permaneció en el nivel *Saludable* por realizar actividad física siempre, dos de ellas mencionaron nunca realizar actividad física ubicándolas en el nivel *Poco Saludable*, y siete de ellas refirieron realizar algunas veces actividad física lo que las coloca en el nivel *Saludable* (ver figura 7)

Figura 7.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia un cambio importante en el aumento de personas que están en el nivel Saludable, lo que influye de manera positiva en su salud y en su estilo de vida (ver tabla 33).

Tabla 33

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Practicas sobre estilos de vida/
Categoría Actividad física y manejo del tiempo libre

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre ACTIVIDAD FISICA ANTES RECODIFICADA y ACTIVIDAD FISICA DESPUES RECODIFICADA es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.180	Conserve la hipótesis nula.

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

2.- Hábitos alimenticios

Referente a la práctica de hábitos alimenticios se cuestionaron varios aspectos como el consumo de agua al día, el consumo de alimentos salados, la frecuencia con la que consume comida chatarra y de refrescos light o normales, la cantidad de carnes como pollo, pescado y carne roja que consume a la semana y la frecuencia con la que desayuna antes de comenzar su día.

Las prácticas en esta dimensión, de las mujeres de esta intervención, muestran una distribución de cinco mujeres con prácticas *Muy Saludables* y cinco con prácticas *Saludables* (ver tabla 34)

Las prácticas saludables que más destacaron siempre o frecuentemente en nueve de las mujeres fueron: “Incluir vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos y granos enteros”, “Consumir entre cuatro y ocho vasos de agua al día”. “Comer pescado y pollo más que carne roja”. “

Las practicas no saludables que se encontraron fueron: “Consumir comidas rápidas más de tres veces a la semana” en cinco de ellas. “Desayunar antes de iniciar con sus actividades

diarias” cinco de ellas refirieron no hacerlo nunca o algunas veces. “Comer carne más de cuatro veces a la semana” siempre o algunas veces en seis de ellas

Tabla 34

Nivel de prácticas sobre hábitos alimenticios antes y después de la intervención

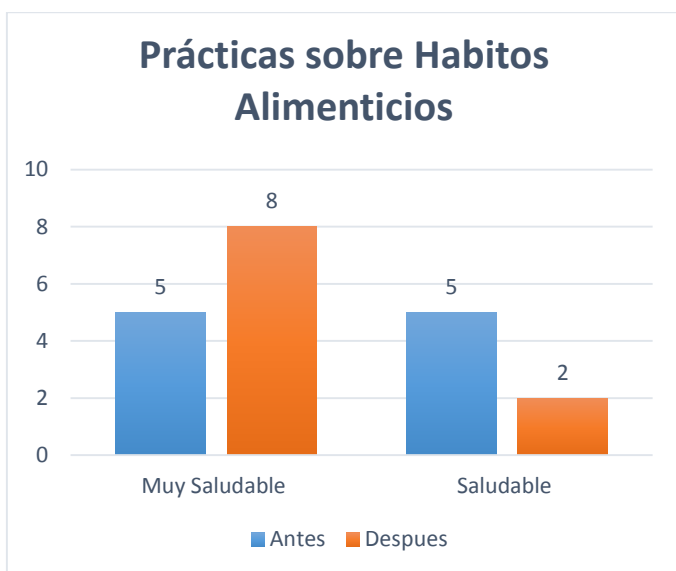
HABITOS ALIMENTICIOS	Antes	Después
Muy Saludable	5	8
Saludable	5	2
Total	10	10

Después de la intervención, las prácticas de las mujeres en esta dimensión fueron saludables en dos de ellas, y ocho más como muy saludables (ver figura 8)

Las prácticas saludables que mencionaron practicarlas siempre o frecuentemente fueron las siguientes: “Incluir vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos y granos enteros”, “Consumir entre cuatro y ocho vasos de agua al día”. “Comer pescado y pollo más que carne roja” en todas ellas y “Desayuna antes de iniciar sus actividades diarias” en todas las participantes. Es importante mencionar que en todas ellas se logró modificar en una frecuencia de nunca a algunas veces la ingesta de comidas rápidas

Las practicas no saludables que se encontraron fueron: “Consumir alimentos salados” en nueve de ellas. “Consumir más de cuatro gaseosas normales o light a la semana” en siete de ellas.

Figura 8.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia un cambio importante en el aumento de personas que están en el nivel *Muy Saludable*, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 35).

Tabla 35.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Practicas sobre estilos de vida/ Categoría Prácticas sobre Hábitos Alimenticios

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre HABITOS ALIMENTICIOS ANTES RECODIFICADO y HABITOS ALIMENTICIOS DESPUES RECODIFICADOS es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.083	Conserve la hipótesis nula.

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

3.- Consumo de Sustancias y Bebidas

En general la población mantuvo una práctica muy saludable, hubo un cambio positivo en el consumo de bebidas gaseosas, lo cual era un riesgo para su salud antes de iniciar la intervención.

Respecto al consumo de tabaco y alcohol, las mujeres reportaron en general, una práctica *Muy Saludable* solo una de ellas registró fumar algunas veces, y algunas veces consumir alcohol dos veces a la semana por lo que se ubicó en el nivel *Saludable* (ver tabla 36)

Tabla 36.

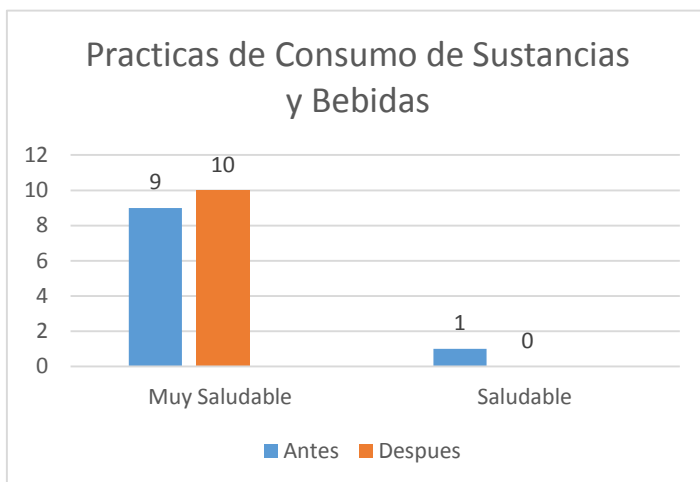
Nivel de prácticas sobre consumo de sustancias y bebidas antes y después de la intervención

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y BEBIDAS	Antes	Después
Muy Saludable	9	10
Saludable	1	0
Total	10	10

En cuanto a las prácticas negativas que se encontraron referente al consumo de dos tazas de café al día, cinco de las mujeres comentaron realizarlo frecuentemente y cuatro de ellas consumen más de tres coca-colas al día normal o light. Lo que puede perjudicar su salud.

Después de la intervención referente al consumo de tabaco y alcohol, todas las participantes reportaron una práctica *Muy Saludable* (figura 9). En cuanto a las practicas positivas que se encontraron en esta segunda evaluación fueron: Nunca “Consumir más de tres coca- colas al día normal o light” en todas las participantes, “Consumir alcohol al menos dos veces a la semana” en siete de ellas”. En cuanto a las prácticas negativas que se encontraron referente al consumo de dos tazas de café al día seis de ellas seis de ellas refirieron consumirlo algunas veces.

Figura 9.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia que el total de las participantes están en el nivel *Muy Saludable*, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 37).

Tabla 37.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Practicas sobre estilos de vida/
Categoría Prácticas sobre el Consumo de Sustancias y Bebidas

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre CONSUMO DE SUSTANCIAS Y BEBIDAS ANTES y CONSUMO DE SUSTANCIAS Y BEBIDAS DESPUES es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.317	Conserve la hipótesis nula.

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

4.- Sueño

Referente a las prácticas de sueño, siete de las participantes tiene una práctica *Saludable*, y tres de ellas prácticas *Poco Saludables* en esta categoría (ver tabla 38). Las practicas saludables que más destacaron fueron: “Duerme al menos siete horas al día” siempre o

frecuentemente en nueve de ellas. Las practicas negativas que más se destacaron fueron: “Se mantiene con sueño durante el día” frecuentemente o algunas veces en todas las mujeres

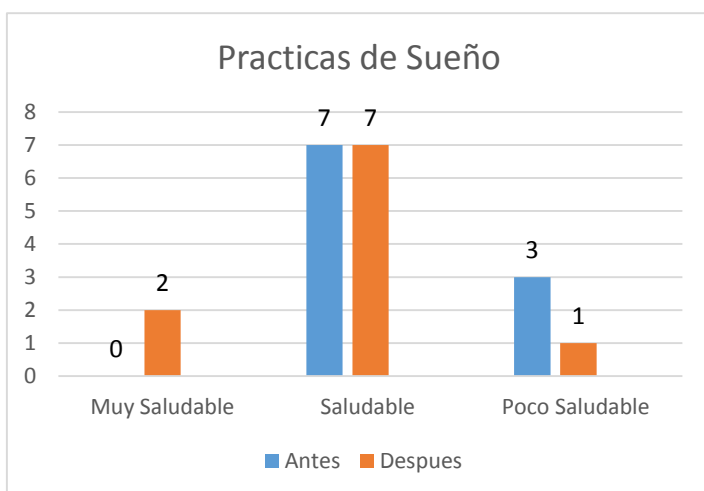
Tabla 38.

Nivel de prácticas sobre hábitos de sueño antes y después de la intervención

SUEÑO	Antes	Después
Muy Saludable	0	2
Saludable	7	7
Poco Saludable	3	1
Total	10	10

Después de la intervención, referente a las prácticas de sueño, 7 de las participantes tienen una práctica *Saludable* y dos de ellas *Muy Saludable* en esta dimensión y solo una *Poco Saludable* (ver figura 10). Las practicas saludables que se destacaron fueron: “”Duerme al menos siete horas” siempre o frecuentemente en nueve de ellas. La práctica negativa fue: las diez participantes refirieron siempre mantenerse con sueño durante el día.

Figura 10.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia un cambio positivo en el aumento de personas que están en el nivel *Muy Saludable*, lo que influye en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 39).

Tabla 39.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Practicas sobre estilos de vida/
Categoría prácticas de Sueño

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre SUEÑO ANTES RECODIFICADA y SUEÑO DESPUES RECODIFICADA es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.046	Rechaza la hipótesis nula.

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

A continuación se mencionan los resultados por categorías del **Cuestionario de Creencias Sobre Estilo de Vida** (ver apéndice C).

1.- Actividad física y manejo del tiempo libre

Las mujeres presentaron una alta y muy alta presencia de creencias favorables relacionadas con esta categoría. En un inicio siete de ellas obtuvieron una Muy Alta presencia de creencias favorables y tres de ellas Alta presencia (ver tabla 40). Se identificaron las siguientes creencias positivas: “La actividad física ayuda a mejorar la salud” en siete de ellas. “Al hacer ejercicio se pueden evitar muchas enfermedades” en siete de ellas. Otras seis estuvieron en desacuerdo en que “El ejercicio siempre puede esperar”. Cinco de ellas estuvieron de acuerdo en que “Con el ejercicio, mejora el estado de ánimo” y solo cuatro de ellas respondieron estar totalmente de acuerdo en la creencia “Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud”

Tabla 40.

Nivel de creencias sobre actividad física y manejo del tiempo libre antes y después de la intervención

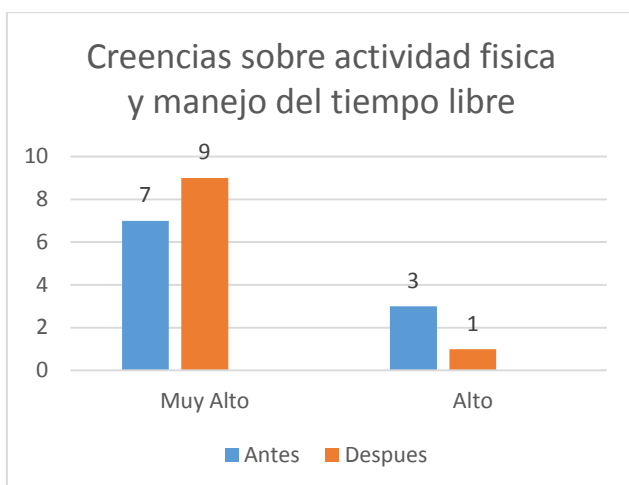
ACTIVIDAD FISICA Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE ANTE	Antes	Después
Muy Alto	7	9
Alto	3	1
Total	10	10

En la segunda evaluación se aumentó a nueve el número de mujeres con una presencia *Muy Alta* de creencias favorables y solo una con *Alta* presencia. Se identificaron la siguientes creencias positivas: “la actividad física ayuda a mejorar la salud” en de ellas. “al hacer ejercicio se pueden evitar muchas enfermedades” en 9 de ellas (Ver figura 11). En la segunda evaluación cinco de ellas mencionaron estar de acuerdo en que “El ejercicio siempre puede esperar”. El total de la población que estuvo de acuerdo, mencionó estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que “El ejercicio aumenta el estado de ánimo”. Y por último ocho de ellas creen que los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud”

Se destacaron las siguientes creencias positivas: “Es importante compartir actividades de recreación con la familia y amigos” todas las participantes estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo. “El descanso es importante para la salud” en todas ellas. Se encontró que siete de las mujeres estaban de acuerdo o totalmente desacuerdo en las siguientes creencias negativas: “La recreación es para los que no tiene mucho trabajo” y “Es trabajo es lo más importante en la vida”

Se destacaron las siguientes creencias positivas respecto a el tiempo libre: Todas las participantes estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo en “Es importante compartir actividades de recreación con la familia y amigos” en “El descanso es lo más importante para la salud”. En esta segunda evaluación es importante mencionar que solo cinco de ellas estuvieron en desacuerdo en “El trabajo es lo más importante en la vida” y solo seis estuvieron en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en que “La recreación es para los que no tienen mucho trabajo”

Figura 11.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, sí se aprecia un cambio considerable en el aumento de personas que están en el nivel *Muy Saludable*, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 41).

Tabla 41

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Practicas sobre estilos de vida/
Categoría creencias sobre actividad física y manejo del tiempo libre

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre creencias actividad física y recreación antesR y creencias de actividad física y recreación despuesR es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.317	Conserve la hipótesis nula.

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

2.- Creencias sobre Autocuidado

En la primera evaluación cinco de las mujeres presentaron una *Alta* presencia de creencias favorables. Tres *Bajo* nivel y solo dos en *Muy Alto* nivel de creencias (ver tabla 42). Se encontraron las siguientes creencias positivas: todas las mujeres estuvieron de acuerdo o

totalmente en desacuerdo en “Cada persona es responsable de su salud”, “Es mejor prevenir que curar”

Se encontró un alto número de mujeres en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas: “Tener buena salud es consecuencia de la suerte o del destino” en siete de ellas. “Por más cuidado que se tenga de algo se va a morir uno” en cinco de ellas. “En la vida hay que probarlo todo antes de morir” en seis de ellas. Las creencias negativas con las que las mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo y que constituyen un factor de riesgo para la salud fueron las siguientes: “El estado de salud es consecuencia del comportamiento” en seis de ellas. “Es difícil cambiar comportamientos no saludables” en seis de ellas y “Los productos naturales no causan daño” en ocho de ellas

Tabla 42.

Nivel de creencias sobre autocuidado antes y después de la intervención

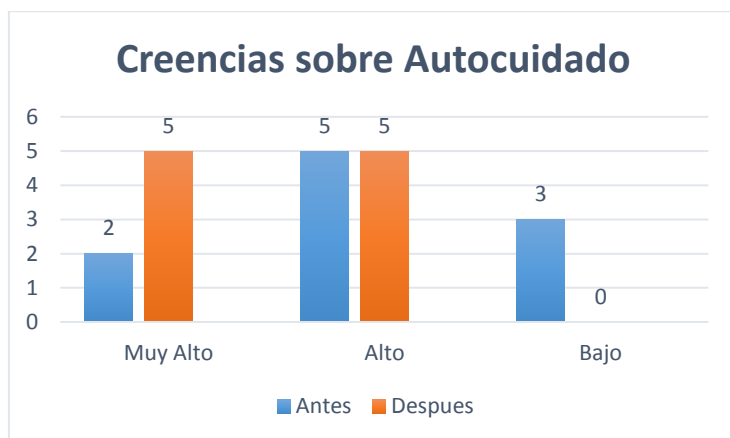
Creencias sobre Autocuidado	Antes	Después
Muy Alto	2	5
Alto	5	5
Bajo	3	0
Total	10	10

Después de la intervención, se observó una *Alta* o *Muy Alta* presencia de creencias favorables en todas las participantes (ver figura 12). Se encontraron las siguientes creencias positivas: toda la población estuvo de acuerdo en las creencias “Cada persona es responsable de su salud”; “Es mejor prevenir que curar”. Así mismo se encontró un alto número de mujeres en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas: “Tener buena salud es consecuencia de la suerte o el destino” en ocho de ellas. “Por más cuidado que se tenga de algo se va a morir uno” en cinco de ellas y “En la vida hay que probarlo todo” en ocho de ellas.

Además resulta interesante mencionar que se encontraron creencias negativas con las que las mujeres estuvieron de acuerdo y que pueden causar daño a su salud: “Es difícil cambiar

comportamientos no saludables” en seis de ellas y “Los productos naturales no causan daño a la salud” en siete de ellas y “El estado de salud es consecuencia del comportamiento”.

Figura 12



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios si son estadísticamente significativos. Se aprecia un cambio importante en el aumento de personas que están en el nivel *Muy Alto*, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 43).

Tabla 43.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Creencias sobre estilos de vida/ Categoría sobre creencias de autocuidado.

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre CREENCIAS AUOCUIDADO ANTES R y CREENCIAS AUTOUIDADO DESPUES R es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.034	Rechaza la hipótesis nula.

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

3.- Creencias sobre Hábitos Alimenticios

En una primera evaluación cuatro de ellas obtuvieron un nivel *Muy Alto* de creencias, otras cuatro niveles *Altos*, y solo dos *Bajos* (ver tabla 44). Las creencias positivas que destacan en esta dimensión fueron: “El agua es importante para la salud” en todas ellas. Siete de las mujeres estuvieron en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en las siguientes creencias: “Lo más importante es la figura” “Entre más grasosita la comida más sabrosa” y “Las comida rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo”

Las creencias negativas con las que las mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo y que constituyen un factor de riesgo para la salud fueron las siguientes: “Las dietas son lo mejor para bajar de peso” en seis de ellas. “Entre más flaco más sano” en cinco de ellas.

Tabla 44.

Nivel de Creencias sobre Hábitos Alimenticios antes y después de la intervención

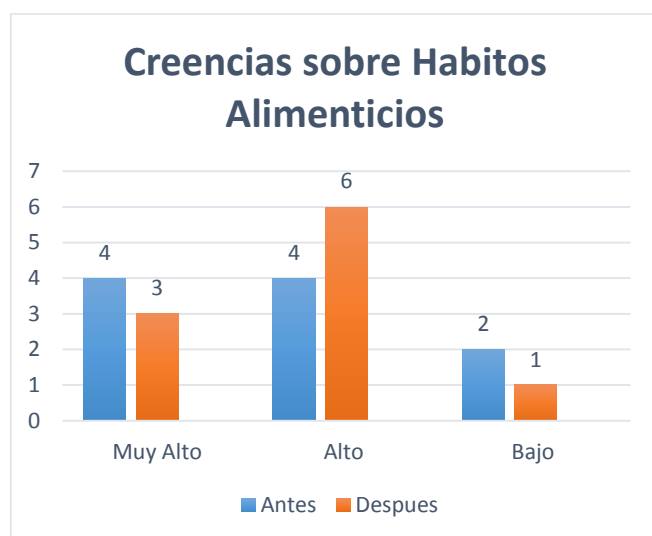
Hábitos Alimenticios	Antes	Después
Muy Alto	4	3
Alto	4	6
Bajo	2	1
Total	10	10

Después de la intervención las mujeres obtuvieron en seis de ellas una *Alta* presencia de creencias favorables, tres de ellas *Muy Alto* y solo una de ellas obtuvo un nivel *Bajo* en esta dimensión (ver figura 13). Se destacan las siguientes creencias positivas: “El agua es importante para la salud” en todas ellas. Complementariamente nueve de ellas estuvieron en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas “Entre más grasosita la comida mejor”, “Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo”, “Las dietas son lo mejor para bajar de peso” y “Lo más importante es la figura”. Se encontraron creencias negativas con la que las mujeres aún están de acuerdo o totalmente de acuerdo y que constituyen un factor de riesgo para la salud como: “Entre más flaco más sano”, en cinco de ellas.

Por medio de los resultados obtenidos se puede evidenciar que la mayor parte de las mujeres no posee aun hábitos alimenticios saludables ya que solamente seis de ellas entra en esta categoría.

Al respecto Castro (2009), menciona que no basta conocer los riesgos para la salud y recibir información para que las personas modifiquen sus hábitos. Así mismo Gracia (2002), en un amplio estudio que realizo con población española encontró diferencias significativas entre lo que las personas saben que deben de comer para seguir una dieta saludable y lo que cotidianamente hacen.

Figura 13.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia un cambio importante en el aumento de personas que están en el nivel *Alto*, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 45).

Tabla 45.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Creencias sobre estilos de vida/ Categoría sobre creencias de autocuidado.

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre CREENCIAS HABITOS ALIMENTICIOS ANTES R y CREENCIAS HABITOS ALIMENTICIOS DESPUES R es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	1.000	Conserve la hipótesis nula.

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

4.- Creencias sobre consumo de sustancias y bebidas

En una primera evaluación cinco de las participantes de esta intervención, obtuvieron una *Alta* presencia de creencias favorables, cuatro de ellas *Muy Alto* y solo una, *Baja* presencia de creencias favorables en esta dimensión (ver tabla 46). Las creencias positivas en la que todas estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo “Dejar de fumar es cuestión de voluntad”. Por su parte el total de mujeres estuvieron desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas: “Consumir uno o dos cigarrillos al día no es dañino para la salud” en siete de ellas. “Al consumir alcohol se logra estados de ánimo de mayor sociabilidad” en ocho de ellos. “Nada como una coca- cola con hielo para quitar la sed” en ocho de ellas. “El café permite a la gente estar despierta” en cinco de ellas

Las creencias negativas con las que las mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo y que constituyen un factor de riesgo para la salud fueron las siguientes “Nada como una coca- cola con hielo para quitar la sed” en tres de ellas y “El café le permite a la gente estar despierto” en cinco de ellas.

Tabla 46.

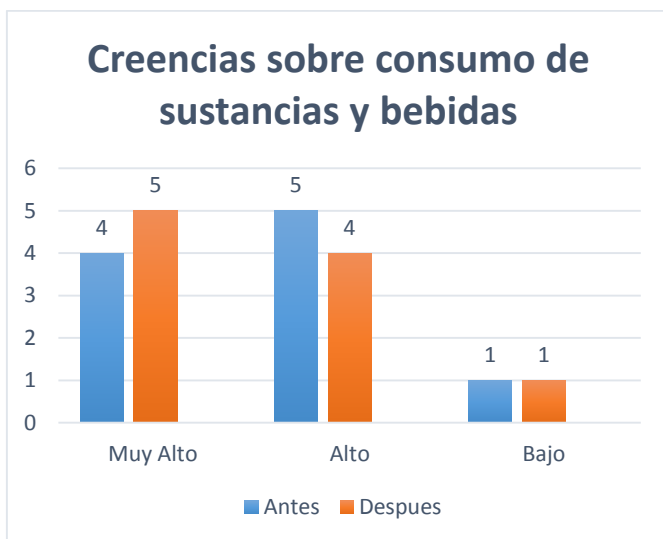
Nivel de creencias sobre consumo de sustancias y bebidas antes y después de la intervención

Consumo de sustancias y bebidas	Antes	Después
Muy Alto	4	5
Alto	5	4
Bajo	1	1
Total	10	10

Después de la intervención las participantes modificaron sus creencias, cinco de ellas obtuvieron un nivel *Muy Alto*, cuatro de ellas *Alto* y la misma persona que anteriormente había obtenido un nivel *Bajo* permaneció igual (ver figura 14). Se encontró la siguiente creencia positiva: “Dejar de fumar es cuestión de voluntad” en todas ellas. Por su parte el total de mujeres estuvieron desacuerdo o totalmente en desacuerdo con las siguientes creencias negativas: “Consumir uno o dos cigarrillos al día no es dañino para la salud”, “Al consumir alcohol se logra estados de ánimo de mayor sociabilidad”, “Nada como una coca-cola con hielo para quitar la sed”. Y “El café permite a la gente estar despierta”.

En general la población mantuvo una práctica saludable, hubo un cambio positivo en el consumo de bebidas gaseosas, lo cual era un riesgo para su salud antes de iniciar la intervención.

Figura 14.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia que las participantes mantuvieron un nivel *Muy Alto* o *Alto* respecto a las creencias sobre consumo de sustancias y bebidas, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 47).

Tabla 47.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Creencias sobre estilos de vida/ Categoría sobre consumo de sustancias y bebidas.

Resumen de contrastes de hipótesis			
	Hipótesis nula	Prueba	Sig. Decisión
1	La mediana de las diferencias entre CREENCIAS DE CONSUMO ANTES RECODIFICADA y CREENCIAS DE CONSUMO DESPUES RECODIFICADA es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los rangos con signo para muestras relacionadas	.785 Conserve la hipótesis nula.

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

5.- Creencias de sueño

En esta categoría las participantes presentaron una *Alta* presencia de creencias favorables en cinco de ellas y *Muy Alta* presencia de creencias favorables en cuatro de ellas, solo una obtuvo un nivel *Bajo* (ver tabla 48). Se encontraron las siguientes creencias positivas con las que las mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo: “Dormir bien alarga la vida” en 9 de ellas y “Si toma café o coca- cola después de las 6:00pm no puede dormir”.

Tabla 48.

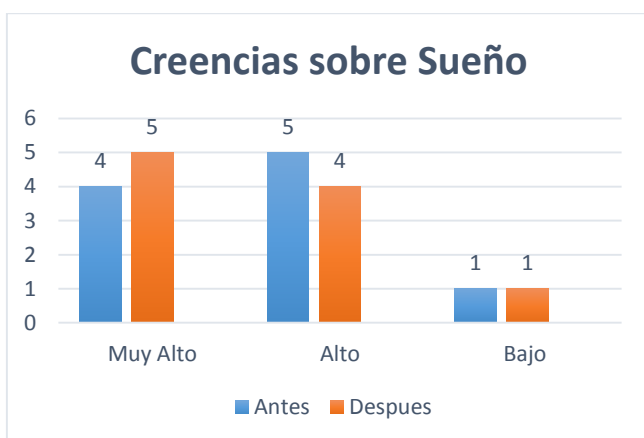
Nivel de creencias sobre sueño antes y después de la intervención

SUEÑO	Antes	Después
Muy Alto	4	5
Alto	5	4
Bajo	1	1
Total	10	10

Después de la intervención, en esta categoría las mujeres mejoraron sus niveles de creencias, en cinco de ellas se aprecia un nivel *Muy alto* de creencias, cuatro de ellas nivel *Alto*, y solo una permaneció en el mismo nivel *Bajo* que en la primera evaluación (ver figura 15). Se encontraron las siguientes creencias positivas con las que los participantes estuvieron de acuerdo o totalmente de acuerdo: “Dormir bien alarga la vida” y “Si toma café o coca- cola

después de las 6:00pm no puede dormir”. En esta categoría no coinciden las creencias saludables que tuvieron las mujeres antes y después de la intervención con las prácticas, ya que refieren en los dos tiempos de evaluación siempre mantenerse con sueño durante el día lo que afecta su salud. Las participantes difieren en sus creencias y prácticas, lo cual es contradictorio. Según Arroyo y Cabello (2010), la contradicción es un elemento importante en la teoría de las representaciones sociales

Figura 15.



La prueba de los signos de Wilcoxon en los datos obtenidos mostró que los cambios no son estadísticamente significativos. Sin embargo, si se aprecia que las participantes mantuvieron un nivel *Muy Alto* y *Alto* de creencias sobre el sueño, lo que influye de manera positiva en su salud, dando pauta a seguir mejorando su estilo de vida a largo plazo (ver tabla 50).

Tabla 49.

Prueba de los signos de Wilcoxon para el Cuestionario de Creencias sobre estilos de vida/
Categoría sobre creencias de sueño.

Resumen de contrastes de hipótesis				
	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre CREENCIAS DE SUEÑO ANTES y CREENCIAS DE SUEÑO DESPUES R es igual a 0.	Prueba de Wilcoxon de los Rangos con signo para muestras relacionadas	.083	Conserve la hipótesis nula.

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

CAPÍTULO 4: RESULTADOS DEL PROYECTO

4.1.- Implicaciones del proyecto para el campo del Trabajo Social

La obesidad es una enfermedad multifactorial, las personas que padecen esta enfermedad se enfrentan a problemas físicos, psicológicos, sociales y emocionales. Demanda además gastos elevados para el país y se relaciona con el nivel económico, social, con la cultura, el ambiente social y familiar todas ellas relevantes para el campo del Trabajo Social.

Los resultados de este proyecto, muestran la necesidad del trabajo multidisciplinario y de elaborar nuevas propuestas de intervención para personas con obesidad. Este proyecto muestra evidencia de cómo generar acciones específicas y eficaces a través de espacios micro sociales en instituciones de salud del sector público y privado, para contribuir a disminuir las altas tasas de obesidad en el país buscando el bienestar físico y mental de aquellos que presentan esta condición

Según Mondragón y Trigueros (1999), el trabajo social enfocado a la salud, tiene como fin el estudio y tratamiento de factores sociales que condicionan la salud, en el ámbito familiar e individual. Este proyecto trato de influir en el ambiente cultural, emocional y familiar relacionado con la obesidad, alimentación y ejercicio físico, donde el trabajador social desempeña un papel activo, guiando y orientando en la adquisición de competencias y habilidades que les permitieran a las participantes interiorizar y reestructurar creencias, excluir pensamientos negativos creencia no saludables que afectan su estilo de vida.

Por su parte la alimentación es un fenómeno complejo, según Castro (2009), está determinado por múltiples factores sociales y culturales, presentes en la vida cotidiana de todos los individuos como una necesidad vital. Por lo anterior el impacto social de este proyecto fue significativo ya que las participantes de este proyecto actuaron como agentes de cambio al compartir sus conocimientos, nuevas formas de alimentación, nuevas formas de integrar la comida de manera saludable en eventos sociales, recomendaciones saludables y motivación al cambio con sus familiares directos, amistades, vecinos y demás personas que rodean su contexto.

En este trabajo las interacciones dinámicas que se realizaron en conjunto con el grupo interdisciplinario permitieron aportan nuevas ideas y opiniones acerca del tratamiento para personas con obesidad. De ellas emergieron nuevos patrones de pensamiento y conducta que

permitirán producir cambios en el comportamiento de cada persona con obesidad en su proceso de adopción hacia un nuevo estilo de vida.

4.2.- Conclusiones

A continuación se muestran los alcances que se lograron en el proyecto “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad a través de un grupo de ayuda mutua”, además de las limitaciones que surgieron durante la implementación de este proyecto.

4.2.1.- Alcances del proyecto

Se lograron avances satisfactorios aun y con el corto tiempo de implementación del proyecto. A continuación se muestra el nivel de cumplimiento de cada uno de los objetivos y metas que guiaron la implementación de este proyecto de intervención “Resignificando el estilo de vida en mujeres con obesidad”

a) Cumplimiento con los objetivos

Objetivo general

El **objetivo general** de este proyecto de intervención social fue generar en mujeres con obesidad nuevas conductas, actitudes, emociones y pensamientos respecto a estilos de vida saludables mediante un proceso de reaprendizaje y resignificación de conceptos a través de un modelo de intervención social cognitivo conductual teniendo como **meta** disminuir significativamente el peso corporal de manera individual. De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba *t de student* $p > .05$ (ver tabla 27) si se muestra una disminución significativa en el peso corporal de las participantes de manera individual.

Objetivos específicos

Objetivo específico 1: Resignificar creencias no saludables e imágenes negativas sobre sí mismas y sobre su obesidad

Meta: 90% de la población objetivo reconozca las comorbilidades de la obesidad y mejore su autopercepción

La evaluación de este objetivo se realizó por medio de datos cualitativos obtenidos en la entrevista semiestructurada antes y después de la intervención. El 100% de las participantes logro reconocer la obesidad como una enfermedad y mejorar su autopercepción de manera

positiva. Además la evaluación cualitativa demostró información valiosa, los participantes al final de la intervención lograron identificar las comorbilidades de la obesidad, reflexionaron sobre el origen de su obesidad, además en sus discursos se puede notar que identificaron las características que debe tener una alimentación saludable.

Objetivo específico 2: Desarrollar el deseo de hacer nuevas actividades en su tiempo libre donde la prioridad sea la actividad física

Meta: Incremento de la población que realiza actividad física

Para la evaluación de este objetivo se utilizó la entrevista semiestructurada donde a través de los datos obtenidos se demostró el cumplimiento de la meta propuesta ya que las diez participantes incrementaron e iniciaron actividad física. Las participantes lograron identificar los beneficios de hacer ejercicio físico, y se aclararon falsas creencias y mitos que se tenían sobre la alimentación, la obesidad y la actividad física.

Objetivo específico 3: Favorecer nuevas prácticas y creencias en cuanto a la actividad física, hábitos alimenticios y estilo de vida saludable en general

Meta: Aumento de al menos 5 puntos en el cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida de manera individual y un resultado significativo en la prueba de los signos de Wilcoxon

Es importante mencionar que si bien no se obtuvieron resultados significativos en los resultados estadísticos, si se obtuvieron resultado positivos en la calificación general del cuestionario prácticas y creencias sobre estilos de vida (tabla 30), ya que 8 de las 10 participantes subieron 5 puntos de calificación final mejorando de esta manera el nivel de estilo de vida.

Además en la evaluación cualitativa se pueden apreciar casos individuales en donde las participantes mencionaron cambiar alimentos no saludables por otros que sí lo son, mostraron más esfuerzo en buscar alternativas saludables cuando se encuentran fuera de casa, en su mayoría incrementaron su actividad física, cuando anteriormente solo una de ellas realizaba ejercicio y disminuyeron la cantidad de refrescos gaseosos que ingerían en un principio

Objetivo específico 4: Desarrollar la creatividad para lograr la autodecisión de consumo de alimentos saludables y el manejo de emociones frente a situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos

Meta: Incremento en la capacidad de elecciones saludables

En la evaluación cualitativa realizada después de la intervención se pudo hacer notar que la mayoría de las participantes incrementó la autodecisión de consumo de alimentos saludables ante eventos sociales, familiares o situaciones que conducen a la ingesta excesiva de alimentos

Objetivo específico 5: Desarrollar habilidades que mejoren la autoestima, la percepción de su imagen corporal y la actitud ante las críticas

Meta: Aumento de al menos tres puntos en el cuestionario de autoestimación de Lucy Reidl
Es importante mencionar que aunque no hubo efectos significativos estadísticamente en los resultados de antes y después de la aplicación del test de autoestimación de Lucy Reidl, se pudo hacer notar un cambio positivo en sus respuestas, lo que ayuda a seguir modificando su conducta no saludable, mejorando su salud ya que para muchas personas obesas su imagen corporal las afecta, a tal grado que afecta la confianza en sí mismos, su identidad y su auto concepto (Arroyo y Cabello, 2010), al respecto Pelican y otros (2005), mencionan que un autoestima positiva es necesaria para una imagen saludable de sí mismo.

4.2.2.- Limitaciones del proyecto

Al trabajar con mujeres adultas los retos de cambiar creencias y mitos se vuelven muy complejos puesto que son personas que ya tienen muy arraigadas estas creencias y conductas que son difíciles de cambiar. Para llegar a ver cambios efectivos y significativos en la disminución del IMC se necesita más tiempo.

En cuanto al espacio físico: el área que se utilizó para hacer las sesiones era muy pequeño considerando que las mujeres tienen un alto grado de obesidad, lo que no permitió realizar actividades donde se necesitara más movilidad por parte de las participantes.

Es importante mencionar que este espacio físico donde se realizó el proyecto, está ubicado en la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, durante el transcurso del “taller” se

pudo hacer notar que dependían unas de otras para poder asistir a las sesiones esto ya fuera porque no contaban con automóvil, dinero, o por otras circunstancias por lo que si una de las personas que se encargaba de transportar a las demás no asistía, ninguna de estas lo hacía. Debido a lo anterior se puede hacer notar la dependencia que tenían ante esta situación lo que perjudica su salud, ya que esto se ve reflejado tanto en su personalidad como en su peso de acuerdo a lo recabado en las evaluaciones realizadas.

Debido a que el taller se llevó a cabo en un horario de 7 a 8:30 por lo regular se necesitaba más tiempo para terminar las sesiones e incluso algunas de las participantes no alcanzaban a dar sus opiniones e ideas acerca de los temas expuestos lo cual era muy importante para las evaluaciones de cada sesión.

4.3.- Recomendaciones

4.3.1.- Posibles líneas de intervención futura

Durante la implementación de este proyecto se fueron dando diferentes áreas y líneas a seguir para mejorar el proyecto y para realizar investigación científica social y clínica.

Este tipo de proyecto pone de manifiesto que para lograr efectos positivos en la salud de las personas con obesidad se necesitan más de 3 meses de intervención. Además de la importancia de un seguimiento posterior a la intervención para asegurarse de que los cambios se hayan logrado a largo plazo.

El proyecto también puede influir en el tratamiento clínico que los nutriólogos dan a sus pacientes, donde suele ser meramente clínico con estos resultados, se puede demostrar que una terapia emocional aunado a un grupo de ayuda mutua puede también mejorar la salud de los pacientes.

Gracias a los extensos resultados obtenidos de la entrevista cualitativa que se realizó se pueden realizar publicaciones de artículos científicos y de libros. Además con la realización de este proyecto, se resalta la importancia de realizar más colaboraciones e investigaciones en el abordaje de aspectos sociales de la salud y la alimentación saludable.

Es importante incrementar la investigación y los proyectos sociales cualitativos en el ámbito de la salud, ya que este es un gran recurso para futuras generaciones que busquen soluciones diversas a problemáticas que afectan la salud de la población de nuestro país.

4.3.2.- Sugerencias

- Realizar una lista de mercados cercanos más frecuentes por las participantes con la finalidad de realzar menús y dietas más personalizadas
- Organizar paseos recreativos algunas veces al mes con la finalidad de incrementar su actividad física
- Realizar un diagnóstico médico para evaluar las condiciones de salud como por ejemplo exámenes de sangre
- Promover tareas de actividad física durante la semana, para incrementar poco a poco su actividad física
- El proyecto se puede beneficiar con ayuda psicológica individual para cada participante, para que se animen a seguir y puedan compartir experiencias más íntimas que les estén afectando en su cambio de hábitos
- Para mejorar el tratamiento que se le da a las personas con obesidad, debe darse un mayor énfasis a la visión holística de esta enfermedad así como, a la valoración de su contexto, de las creencias, valores, emociones y significados que los actores principales le otorgan a su obesidad. Además de la manipulación y diseño de una dieta, en intervención social en pacientes con sobrepeso u obesidad deberán de recibir orientación para que cambie su conducta e integre los conocimientos adquiridos a su nuevo estilo de vida.

Referencias Bibliográficas

- Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) (2010). Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. Recuperado el día 15 de Julio de, <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/programas/Acuerdo%20Original%20con%20creditos%2015%20feb%2010.pdf>
- Álvarez- Gayou, J. (2003). *Como hacer investigación cualitativa*. México: Paidós.
- Arroyo, M. y Cabello, M. (2010). Narrativas de Obesidad: Emociones y Subjetividad en torno a la Imagen Corporal. En: Cabello, M. y Garay, S. (Coord.). *Obesidad y Practicas Alimentarias: Impactos a la Salud Desde una Visión Multidisciplinaria*. México: UANL.
- Ávila, M. y Cabello, M. (2010). Resignificación de conceptos en el proceso de bajar y mantener el peso. En: Cabello, M. y Garay, S. (Coord.). *Obesidad y Practicas Alimentarias: Impactos a la Salud Desde una Visión Multidisciplinaria*. México: UANL
- Ávila, M.N. y Cabello, M.L. (2013). Aprender la mirada y experiencia de las niñas los niños sobre la obesidad infantil. En: A. E. Castro (Coord.). *Salud alimentación: comprender la perspectiva de las niñas los niños*. Libro Electrónico tendencias Universidad Autónoma de Nuevo León, 45 - 75. ISBN : 978-607-433-971-0
- Ávila M. N. y Cabello, M.L, (2013). Percepción materna y prácticas alimenticias en niños de una primaria publica de Monterrey, México. **“IX Coloquio Internacional Sobre Políticas Sociales Sectoriales: Vulnerabilidad, Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo”**. 22- 23 Agosto 2013. Monterrey Nuevo León, México.
- Baker, J. (2000). Evaluación del impacto de los proyectos de desarrollo en la pobreza. Manual para profesionales. Banco Mundial. Recuperado de <http://siteresources.worldbank.org/INTISPMA/Resources/Impact-Evaluation-Handbook--Spanish-/manual.pdf>
- Barbera, N. & Inicarte, A. (2012). Fenomenología y Hermenéutica: dos perspectivas para estudiar las ciencias sociales y humanas. *Multiciencias*, 12(2), 199-205. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=90424216010>
- Barquera, S., Campos, I., Hernández, L., Rivera, J. (2012). Obesidad en adultos: los retos de la cuesta abajo. Recuperado de <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf>

- Barquera, S., Tolentino, L. & Demarco, J. (2006). *Sobrepeso y Obesidad epidemiología, evaluación y tratamiento*. México, Distrito Federal: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Barrera- Cruz, A., Rodríguez- González, A. y Molina- Ayala, M. (2013). Escenario actual de la obesidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2013/im133k.pdf>
- Burgos, N. (2011). *Investigación cualitativa miradas desde el Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio.
- Cabello, M. & Ávila, M. (2009). Estrategias psicológicas presentadas en individuos que fueron obesos y han logrado bajar y mantener su peso desde la perspectiva de los mismos autores. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*. 8(4), 82-104. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014822003>
- Cabello, M. (2010). Voces y vivencias de aquéllos que gozan y sufren la obesidad un estudio fenomenológico.: Monterrey, México: Tiempo guardado, UANL.
- Cabello, M. L. (2013, 10 de septiembre). Una propuesta de intervención social para la atención de la obesidad mórbida en mujeres, centrado en la perspectiva del Interaccionismo Simbólico. *Margen: revista de trabajo social y ciencias sociales*. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen70/cabello.pdf>
- Cabello, M.L y Arroyo, M. C. (2013). La obesidad paradójica. Construcción de una imagen corporal contradictoria. *Revista Comunitania*. 6 UNED Julio/ 2013, 97-119.
- Campillo, J. (2001). Remedios mágicos y milagrosos para el tratamiento de la obesidad. *Nutrición y obesidad*. 4 (1), 14-19.
- Canales, M. (2006). *Metodologías de investigación social*. Santiago de Chile: Editorial Lom
- Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*. Buenos Aires, Argentina: PAIDOS.
- Cash, T. (2004). Body image: past, present, and future. *Elsevier*, 1(1), 1-5. Recuperado de, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18089136>
- Castillo, E. (2000). La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y Educación en Enfermería*, 18(1), 27-35. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105218294002.pdf>
- Castro, A. (2009). *Salud, nutrición y alimentación: investigación cualitativa*. México: Universidad Autónoma de Nuevo León.

- Castro, M. (2002). La imagen de la investigación cualitativa en la investigación de los mercados. *Política y Sociedad*. 1(39), 159- 172
<https://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO0202130159A/24100>
- Cervantes, M. (2013). Promoción del autocuidado en mujeres de 40 a 60 años con obesidad y sobrepeso en la zona centro de Tejalpa Morelos. Recuperado el día 12 de junio de, <http://www.inspvirtual.mx/CentroDocumentacion/cwisBancoPF/SPT--FullRecord.php?ResourceId=148>
- Conferencia Internacional Sobre Nutrición (CIN), en su Declaración Mundial Sobre Nutrición en 1992 (ver página 19)
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1917). México. D.F., Publicado el 10 de julio de 2015 de, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/htm/1.htm>
- Contreras (2005), (esta no está, checar página 109)
- Contreras, J. (2002). Introducción. En Contreras, J. (Comp). Alimentación y cultura. (pp. 9-24). México: Alfaomega.
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas*. Barcelona: España. Editorial Ariel.
- Cordero- Ramos, N. (2011). Trabajo Social y Hermenéutica Crítica: una opción metodológica para desvelar elementos éticos en los orígenes de la profesión en Sevilla. *Portularia* 11(1), 87-97. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4930/trabajo_social_hermeneutica.pdf?sequence=2
- Cordero, R. (2006). *Obesidad y autoestima*. México: Editorial Plaza y Valdes
- Diario Oficial de la Federación (2015). Ley General de Salud. México, D.F., Publicado el 20 de abril de 2015. Recuperado de, <http://www.poderjudicial.gob.mx/servicios/legislacion/Ley%20General%20de%20Salud.pdf>
- Fernández, T y López, A. (2006). *Trabajo social con grupos*. Madrid: Alianza Editorial.
- Fiorentino, M. T. (2010). Conductas de la salud. En L. A. Oblitas (Ed). *Psicología de la salud y calidad de vida* (57-81). México. D.F: Cengage Learning Editores
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2014). Panorama de la situación de la niñez y adolescencia indígena en América Latina: Condiciones de vida y protección de

- los derechos en Mesoamérica. Recuperado el 17 de agosto de, [http://www.unicef.org/lac/UNICEF_LAC_Sit-indigena_Mesoamerica_dic2014\(1\).pdf](http://www.unicef.org/lac/UNICEF_LAC_Sit-indigena_Mesoamerica_dic2014(1).pdf)
- Fuertes, J. y Palmero, O. (1998). Intervención temprana. En M.A. Verdugo (Dir.). *Personas con Discapacidad. Perspectivas psicopedagógicas y rehabilitadoras* (2.ª Ed.) Madrid España: Siglo xxi.
- Fusté- Escolano, A. (2010). Comportamiento y Salud. En L.A. Oblitas (Ed). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 23-53). México, D.F: Cengage Learning Editores
- Garine, I. (2002) Los aspectos socioculturales de la nutrición. En J. Contreras (Ed.) *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres* México, Distrito Federal: Editorial Alfaomega.
- Gavilán, V. (2005). Representación del cuerpo e identidad de género y ética en la población indígena del norte del Chile. *Estudios Atacameños*. 30, 135-148. Recuperado de, <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31503008>
- Gómez, M. (2006). *Introducción a la metodología de la investigación científica*. Córdoba: Editorial Brujas
- González- Rey. (2009). Las categorías de sentido, sentido personal y sentido subjetivo en una perspectiva histórico- cultural: un cambio hacia una nueva definición de subjetividad. *Universitas Psychologica*, 1(9), 241- 253 <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n1/v9n1a19>
- Gracia, M. (2002). *Somos lo que comemos*. Estudios de alimentación y cultura en España. Barcelona: Editorial Ariel
- Guba, E. y Lincoln Y. (2002). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa" En: C Denman, y J.A. Haro (comps). *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Hermosillo, Sonora: El Colegio de Sonora. pp. 113-145.
- Guisande, C., Barreiro, A., Maneiro, I., Riveiro, I., Vergara, A & Vaamonde, A. (2006). *Tratamiento de datos*. España: Editorial Díaz de Santos.
- 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_manualinnsz.pdf

- Izcara, S. (2014). *Manual de Investigación Cualitativa*. México, Distrito Federal: Fontamara
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- López, P. (2002). *Mitos y falsas creencias en la práctica deportiva*. España, Barcelona: INDE
- Lukas, J. y Santiago, K. (2009). *Naturaleza de la investigación y evaluación en educación*. Madrid: Alianza Editorial.
- Manual de Antropometría del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición (2004), (chechar página 96)
- Martínez, M. (2006). *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México: Trillas
- Mokate, K. (2000). *El monitoreo y la evaluación: herramientas indispensables de la gerencia social*. INDES.
- Mondragón, J. & Trigueros, I. (1999). *Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud*. España: Siglo XXI de España Editores.
- Nirenberg, O., Brawerman, J. y Ruiz, V. (2003). *Programación y evaluación de proyectos sociales: aportes para la racionalidad y la transparencia*. Buenos aires. Editorial Paidós Mexicana
- Norma Mexicana NOM-008-SSA3-2010 (2010)
- Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM, 2015) (chechar página 19)
- Ogden, J. (2003). *Psicología de la alimentación*. Madrid España: Ediciones Morata.
- Oláis, G., Rojas, R., Barquera, S., Shamah, T., Aguilar, C., Cravioto, P., López, P., Hernández, M., Tapia, R. y Sepúlveda, J. (2003). *Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo 2. La salud de los adultos*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) (2015). Políticas, programas y estrategias para el sistema de abastecimiento y distribución de alimentos (SADA) de Manizales. Recuperado el 17 de agosto de, <http://www.fao.org/3/as348s.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). Estrategia mundial sobre el régimen alimentario, actividad física y salud. Página consultada el 25 de noviembre de 2013, de <http://www.who.int/dietphysicalactivity/goals/es/>

- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). Salud Mental: Fortalecer nuestra respuesta. (Nota descriptiva No. 220 Centro de prensa). Página Consultada el 20 de septiembre de 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). Obesidad y Sobrepeso. (Nota descriptiva No. 311 Centro de prensa). Página consultada el 08 de septiembre de 2015, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
- Organización Nacional de las Naciones Unidas (ONU) (2014). Declaración Universal de Derechos Humanos. Página consultada el 20 de agosto de, <http://www.un.org/es/documents/udhr/law.shtml>
- Organización Nacional de las Naciones Unidas (ONU) (2015). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015. Recuperado el 20 de septiembre de, http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). (2015). La obesidad y la economía de la prevención: “Fit not fat”. Hechos claves- México, actualización 2014. Página consultada el 30 de septiembre de 2015, de http://www.oecd.org/health/health-systems/Obesity-Update-2014-MEXICO_ES.pdf
- Payne, M. (1995) Teorías contemporáneas del trabajo social: una introducción crítica. Paidós Ibérica
- Pelican, S. Vanden, F., Holmes, B., Melcher L., Wardlaw, M., Raidl, M, Wheler, B., and More, S. (2005). “The Power of Others to Shape our Identity: Body Image, Physical Abilities, and Body Weight”. *Family and consumer Sciences*. <http://fcs.sagepub.com>
- Pérez, G. (2004). *Investigación cualitativa: retos e interrogantes*. España: Editorial la Muralla.
- Pérez, G. (2007). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: Editorial La Muralla.
- Perichart, O. (2012). *Manual de lineamientos para la práctica de la nutrición clínica*. México, Distrito Federal: McGrall Hill.
- Plan Estatal de Desarrollo (PED) (2010- 2015). Recuperado el día 2 de julio de, http://www.nl.gob.mx/sites/default/files/genl_ped_2010_2015-sinportada.pdf
- Plan Nacional de Desarrollo (PND) (2013- 2018). Recuperado el 20 de septiembre de, http://www.sev.gob.mx/educacion-tecnologica/files/2013/05/PND_2013_2018.pdf
- Programa Sectorial de Salud (2013- 2018). Recuperado el 20 de septiembre de, http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/descargas/index/ps_2013_2018.pdf

- Ritzer, G. (2002). *Teoría Sociológica moderna*. Madrid: McGraw-Hill.
- Rivera, J., Shamah, T., Villalpando, S., González, T., Hernández, B. y Sepúlveda, J. (2001). *Encuesta Nacional de Nutrición 1999. Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Cuernavaca, Morelos: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Salmerón, M. (2006). Aplicación de la técnica de autocontrol a la obesidad utilizando la modificación de hábitos alimenticios y de actividad física. *Lecturas: EF Y deportes revista digital*, 11 (100). Recuperado el 15 de noviembre de 2015, de <http://www.efdeportes.com/efd100/obesid.htm>
- Sampieri, Fernández- Collado & Lucio (2006). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Sánchez, C., Beber, A., Pichardo, E., Esteves, A., Sierra, A., Villa, A., et al. (2002). Epidemiología de la obesidad. En: N. Méndez y M. Uribe (Eds.), *Obesidad. Epidemiología fisiopatología y manifestaciones clínicas*. (pp. 5-31). México: El Manual Moderno
- Secretaría de Salud (SS) (2010). Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010 Para el tratamiento integral de la obesidad. Recuperado el día 12 de agosto de, http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010
- Silvestri, E. y Stavile, A (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Córdoba: Universidad de Favoloro. <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>
- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R. & Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias en salud. Un enfoque teórico para la prevención del SIDA. *Revista Española en Salud Pública.*, 71(4), 335-341. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL71/71_4_335.pdf
- Suverza, A., & Haua, K., (2012). *Obesidad. Consideraciones desde la nutriología*. México: McGraw Hill.
- Thomas, D. (2006). "A General Inductive Approach for Analyzing Qualitative Evaluation Data", *American Journal Evaluation* 27(2):237-246.
- Tojar Hurtado (2006, p. 290) (Checar página 94)
- Tójar, J. (2006). *Investigación cualitativa. Comprender y actuar*, Madrid: Editorial La Muralla.

Tood, Z., Nerlich, B. y McKeown, S. (2004). *Mixing methods in Psychology*. Hove: Psychology Press.

Universidad Autónoma de Nuevo León. Plan de Desarrollo Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano 2012- 2020. Recuperado el día 10 de octubre de, http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:GBtJ7niUQW0J:transparencia.uanl.mx/secciones/plan_de_desarrollo/archivos/planes_desarrollo/2322_trabajo_social_y_desarrollo_humano_pd12-20.pdf+&cd=5&hl=es&ct=clnk&gl=mx

Universidad Autónoma de Nuevo León. Visión 2020. Recuperado el día 15 de septiembre de, <http://www.uanl.mx/utilerias/vision2020.pdf>

Viscarret, J. (2012). *Modelos de intervención en Trabajo Social*. Madrid, España: Alianza.

Apéndices

Apéndice A

Entrevista Semiestructurada

Formato de la entrevista semiestructurada

PRACTICAS ALIMENTARIAS

- ✓ ¿Qué significa la comida para ti?
- ✓ Plátame del momento de la comida: ¿Cómo te relacionas tú con la comida?, ¿Cómo te sientes cuando comes?
- ✓ ¿Con quién comes?
- ✓ Plátame de cómo eran tus practicas alimenticias en tu niñez: ¿Cómo fue tu niñez en relación a la comida?, ¿Qué era lo que más te daban de comer?, ¿Qué era lo que más te gustaba?, ¿Dónde comías?
- ✓ ¿Cómo fue tu alimentación en la niñez y como es ahora?
- ✓ Plátame tus practicas alimentarias en relación a la comida
- ✓ ¿Cómo era tu alimentación antes de entrar al grupo?

DIETAS

- ✓ ¿Qué significa para ti la palabra dieta?
- ✓ ¿Cómo te has sentido, al realizar una dieta?
- ✓ ¿En qué momento has bajado más de peso? y ¿Que pasaba en el contexto de tu vida, en ese momento?
- ✓ En esa época que bajaste de peso, ¿Que comías?
- ✓ ¿Cuál era tu motivación, para bajar de peso?

EJERCICIO

- ✓ ¿Qué significa para ti el ejercicio físico?
- ✓ ¿Has hecho ejercicio alguna vez en tu vida?
- ✓ ¿Qué tipo de ejercicio has hecho?
- ✓ Plátame de tu experiencia cuando hacías ejercicio
- ✓ ¿Cuándo y porque dejaste de hacer ejercicio?
- ✓ ¿Tuviste en algún momento de tu vida alguna experiencia negativa relacionada con el ejercicio?
- ✓ ¿Qué tipo de ejercicio te gustaría hacer? y ¿Por qué?

TIEMPO LIBRE

- ✓ ¿Qué significa el tiempo libre, para ti?
- ✓ ¿Qué haces en tu tiempo libre?
- ✓ ¿Que más te gustaría hacer en tu tiempo libre (porque si o por qué no lo haces)?
- ✓ ¿Consideras que los medios de comunicación han influido de alguna manera para tu obesidad?
- ✓ ¿Describe un día típico de tu vida?

PLAN DE VIDA

- ✓ ¿Cuál es tu objetivo de vida?
- ✓ ¿Tienes metas?
- ✓ ¿Cómo te sientes contigo misma?
- ✓ ¿Cómo te consideras tú?
- ✓ ¿Cómo te defines como persona?
- ✓ ¿Qué es lo positivo y lo negativo que tienes como persona?

Apéndice B

Escala de autoestimación

Escala de autoestimación

(Lucy Reidl.)

Instrucciones:

Les voy a leer algunas instrucciones. Escúchalas atentamente y marca tu opinión de acuerdo a la siguiente simbología.

A- De acuerdo

N- No sé

D- Estoy en desacuerdo.

1- Soy una persona con muchas cualidades	A	N	D
2- Por lo general, si tengo algo que decir lo digo	A	N	D
3- Con frecuencia me avergüenzo de mí mismo	A	N	D
4- Casi siempre me siento seguro de lo que pienso	A	N	D
5- En realidad, no me gusto a mí mismo	A	N	D
6- Rara vez me siento culpable de cosas que he hecho	A	N	D
7- Creo que la gente tiene buena opinión de mí	A	N	D
8- Soy bastante feliz	A	N	D
9- Me siento orgulloso de lo que hago	A	N	D
10- Poca gente me hace caso	A	N	D
11- Hay muchas cosas de mí que cambiaría si pudiera	A	N	D
12- Me cuesta mucho trabajo hablar delante de la gente	A	N	D
13- Casi nunca estoy triste	A	N	D
14- Es muy difícil ser uno mismo	A	N	D
15- Es fácil que yo le caiga bien a la gente	A	N	D
16- Si pudiéramos volver al pasado y vivir de nuevo, yo sería distinto	A	N	D
17- Por lo general, la gente me hace caso cuando los aconsejo	A	N	D
18- Siempre tiene que haber alguien que me diga que hacer	A	N	D
19- Con frecuencia desearía ser otra persona	A	N	D
20- Me siento bastante seguro de mí mismo	A	N	D

Apéndice C

Cuestionario de prácticas sobre estilos de vida

Cuestionario de prácticas sobre estilos de vida

El siguiente cuestionario tiene por objetivo evaluar las prácticas y creencias relacionadas con el estilo de vida saludable. Marque con una “X” la casilla que mejor describa su comportamiento. Por favor conteste sinceramente. **NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS NI MALAS**

INFORMACIÓN GENERAL

1. Edad _____ años cumplidos.
2. Está casada:
☐ Sí
☐ No
3. Tiene Hijos
☐ Sí
☐ No
4. En el último mes se ha sentido deprimido:
Sí
No
5. En general usted diría que su salud es:
☐ Excelente
☐ Muy buena
☐ Buena
☐ Regular
☐ Mala

ACTIVIDAD FISICA Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE

6. ¿Hace ejercicio, trota o juega algún deporte?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
7. ¿Practica ejercicios que le ayudan a estar tranquila (Taichí, Kun fu, yoga, danza, meditación)?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
8. ¿Incluye momentos de descanso en su rutina diaria?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
9. ¿Comparte con sus amigos y/o familia en su tiempo libre?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
10. ¿En su tiempo libre realiza actividades de recreación como ir al cine, leer o pasear?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca

HABITOS ALIMENTICIOS

11. ¿Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
12. ¿Consume alimentos salados?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
13. ¿Consume más de cuatro gaseosas normales o light en la semana?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
14. ¿Consume dulces, helados y pasteles más de dos veces en la semana?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca

15. ¿Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
16. ¿Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
17. ¿Come pescado y pollo más que carne roja?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
18. ¿Come carne más de cuatro veces a la semana?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
19. ¿Mantiene un horario regular en las comidas?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
20. ¿Evita las dietas y los métodos que le prometen una rápida y fácil pérdida de peso?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
21. ¿Desayuna antes de iniciar su actividad diaria?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
22. ¿Consume comidas rápidas (pizza, Hamburguesa, hot dog) más de tres veces a la semana?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

23. PARA FUMADORES: ¿Fuma cigarrillo o tabaco?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
24. PARA FUMADORES: ¿Fuma más de media cajetilla de cigarros en la semana?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
25. ¿Consume licor al menos dos veces en la semana?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
26. ¿Consume más de dos tazas de café al día? (Se excluye descafeinado)
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
27. ¿Consume más de tres coca- colas al día normal o light?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca

SUEÑO

28. ¿Duerme al menos 7 horas diarias?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
29. ¿Duerme bien y se levanta descansado?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
30. ¿Se despierta en varias ocasiones durante la noche?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca
31. ¿Se mantiene con sueño durante el día?
Siempre Frecuentemente Algunas veces Nunca

Apéndice D

Cuestionario de creencias sobre estilos de vida

Cuestionario de Creencias relacionadas con el estilo de vida

CREENCIAS RELACIONADAS CON EL ESTILO DE VIDA				
CONDICIÓN ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
La actividad física ayuda a mejorar la salud				
Al hacer ejercicio se pueden evitar algunas enfermedades				
El ejercicio siempre puede esperar				
Con el ejercicio mejora el estado de animo				
Los cambios repentinos en el peso corporal pueden afectar la salud				
RECREACIÓN Y MANEJO DEL TIEMPO LIBRE	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
recreación con la familia y los amigos				
El trabajo es lo más importante en la vida				
La recreación es para los que no tienen mucho trabajo				
El descanso es importante para la salud				
AUTOCUIDADO	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Cada persona es responsable de su salud				
Es mejor prevenir que curar				
El estado de salud es consecuencia del comportamiento				
Tener buena salud es asunto de la suerte o el destino				
Es difícil cambiar comportamientos no saludables				
Los productos naturales no causan daño al organismo				
Por más cuidado que se tenga de algo se va a morir uno				
En la vida hay que probarlo todo para morir contento				
HÁBITOS ALIMENTICIOS	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Entre más flaco más sano				
Lo más importante es la figura				
Entre más grasosita la comida más sabrosa				

El agua es importante para la salud				
Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo				
Las dietas son lo mejor para bajar de peso				
CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS DROGAS	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Dejar de fumar es cuestión de voluntad				
Consumir uno o dos cigarrillos al día NO es dañino para la salud				
Al consumir alcohol se logra estados de ánimo de mayor sociabilidad				
Nada como una coca – cola con hielo para quitar la salud				
El café le permite a la gente estar despierta				
SUEÑO	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
Dormir buen alarga la vida				
Si toma café o coca- cola después de las 6:00pm no puede dormir				