



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

MÉXICO

**PROMOCIÓN DEL AUTOCUIDADO EN MUJERES DE 40 A 60 AÑOS CON
OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA ZONA CENTRO DE TEJALPA MORELOS**

María del Carmen Cervantes Pérez

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Área de Concentración

Ciencias Sociales y del Comportamiento

Generación 2010-2012

COMITÉ ASESOR

Director: Maestro Pastor Bonilla Fernández.- INSP.- CISS

Asesora: Doctora Blanca Estela Pelcastre Villafuerte.- INSP.- CISS

Asesora: Luz Adriana Nava Nava.- INSP.- SAC

Cuernavaca, Morelos, abril 2013.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Salud Pública

Por la oportunidad de desarrollo personal y profesional

A mis apreciables Maestros

Por su guía invaluable

Margarita Márquez Serrano, Pastor Bonilla Fernández, Blanca Estela Pelcastre
Villafuerte, Luz Adriana Nava Nava, Luz María Arenas Monreal, María Beatriz
Duarte Gómez

A las mujeres que hicieron posible el PTP

Por su imprescindible participación y entusiasmo

A mis padres

Ambrosio Hilario Cervantes Montiel †

María Cruz Pérez Frausto †

A mis amados hijos Sergio y Daniel

Por su amor y apoyo incondicional

Al papá de mis hijos

Sergio Ortega López

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	I
ÍNDICE.....	II
INTRODUCCIÓN.....	1
ANTECEDENTES.....	4
El sobrepeso y la obesidad: un factor de riesgo en común.....	5
Abordaje; causas y consecuencias del sobrepeso y la obesidad.....	6
MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	9
Autocuidado.....	10
Salud Positiva.....	12
Educación para la salud.....	13
Modelo de Creencias en Salud.....	14
JUSTIFICACIÓN.....	15
OBJETIVOS.....	16
General.....	16
Específicos.....	17
MATERIAL Y MÉTODOS.....	17
Instrumentos cuantitativos.....	17
Instrumentos cualitativos.....	20
Etapas de la iniciativa.....	21
Primera etapa: planeación y preparación.....	21
Segunda etapa: acercamiento a la comunidad y selección de participantes.....	21

Tercera etapa: conociendo a las participantes	22
Primera sesión.....	22
Segunda sesión.....	23
Cuarta etapa: ejecución de la iniciativa.....	23
El grupo focal.....	24
Quinta etapa: análisis de la información.....	25
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
RESULTADOS.....	26
Cuantitativos.....	26
Cualitativos.....	34
DISCUSIÓN.....	47
CONCLUSIONES.....	52
LIMITACIONES.....	53
RECOMENDACIONES.....	54
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	62
Anexo 1: Carta de Consentimiento Informado.....	62
Anexo 2: Cuestionario de prácticas de autocuidado.....	64
Anexo 3: Cuestionario de evaluación de conocimientos.....	77
Anexo 4: Hoja de registro de datos antropométricos, tensión arterial y antecedentes heredo-familiares.....	80
Anexo 5: Formato de evaluación de la sesión.....	80
Anexo 6: Guía de entrevista.....	82
Anexo 7: Guía de grupo focal.....	82

*“....nunca es tarde para empezar,
esta edad es clave para nuestra salud”
(jefa de familia, 50 años; grupo focal)*

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad se consideran temas de Salud Pública por las repercusiones socioeconómicas que tienen a nivel nacional, regional, local y para cada individuo¹; que al ser abordados desde la perspectiva del autocuidado, requiere se haga referencia tanto a la corresponsabilidad individual como a los resultados de las políticas públicas asumidas por el sector salud.

La garantía constitucional consistente en la protección a la salud de los mexicanos², provee al gobierno federal del marco jurídico para actuar en esta materia; sin embargo, la dimensión del problema que constituyen el sobrepeso y la obesidad, rebasa las expectativas del Programa Nacional de Salud -PNS-2007-2012³- dentro del que se enmarca la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud, toda vez que pretende “asegurar que la población tenga control sobre los determinantes de su salud”⁴, cuando para ello se precisa de políticas públicas integrales y de acciones concretas que involucren a las personas hacia la adopción de estilos de vida sanos^{4, 5}.

Los individuos podrán controlar su salud, en la medida que conozcan los factores que influyen en ésta, desarrollen habilidades personales para proveerse autocuidado, empleen los recursos de que disponen y sepan cuáles se encuentran fuera de su dominio, como sería el caso de las políticas públicas, que en las últimas décadas, se han caracterizado por manejar un doble discurso: al tiempo que implementan medidas de amortiguamiento social, como la cobertura del Seguro Popular, fortalecen el sistema privado a través de aseguradoras y empresas médico/hospitalarias, en detrimento del sistema público de salud, debido, entre otras razones, a la presión que ejercen organismos internacionales como el Fondo Monetario Internacional y el Banco

Mundial⁶, para destinar fuertes sumas al pago de deuda externa, en detrimento del gasto social, con el consabido desmedro de la población⁷.

La lógica de mercado que rige actualmente, convierte a la salud en una mercancía. Como tal, sólo pueden acceder a servicios de calidad los grupos sociales de mayores ingresos, vía aseguradoras, en franca tendencia al desmantelamiento del Estado de Bienestar; tendencia que incide en el empobrecimiento del campo y de la industria nacional, la migración del campo a la ciudad en condiciones de pobreza y la dependencia alimentaria⁷; circunstancias que influyen en las condiciones de salud de la población mexicana, entre las que destaca la desigualdad de acceso a los servicios de atención que además, deben actuar ante la doble carga de enfermedad⁸.

Los padecimientos crónico-degenerativos, sus causas y consecuencias, de primordial interés para la Salud Pública, representan una ventana de oportunidad para promover la salud⁸, especialmente entre grupos vulnerables, como es el caso de las mujeres en edad madura bajo condición de sobrepeso y obesidad -SpO-, respecto de aquellos determinantes susceptibles de ser modificados.

Fomentar el autocuidado y el concepto de Salud Positiva, implica propiciar el conocimiento y el empoderamiento de la persona tendente al empleo de recursos y prácticas que estén a su alcance, incluyendo la autogestión y la coestión, a través del desarrollo de habilidades personales, como una de las vías de acción prioritarias de la Promoción de la Salud⁹.

En el SpO confluyen decisiones de carácter individual y social; las primeras, constituidas por los hábitos y estilo de vida de las personas y por las políticas públicas en materia de salud, las segundas; por lo que es inexacto que se atribuya a cada individuo la responsabilidad absoluta de su condición, frente a determinantes sociales difíciles de remontar, entre ellos, el ambiente obesigénico en el que viven las poblaciones urbanas, constituido principalmente por la accesibilidad a productos hipercalóricos y de baja calidad nutricional, con predominio de la denominada comida “chatarra”, el remplazo del consumo de agua por bebidas azucaradas y la reducción

generalizada de la actividad física¹⁰; propiciada en gran medida, por el urbanismo, las formas sedentarias de trabajar y la accesibilidad inmediata al entretenimiento televisivo.

En este contexto, se inserta el Proyecto Terminal Profesional -PTP-, como una iniciativa de educación para la salud que vincula el conocimiento teórico adquirido en el aula y el conocimiento derivado de la práctica comunitaria, con el propósito de fomentar el autocuidado en mujeres de mediana edad que presentan condición de obesidad o sobrepeso y que residen en una zona urbana del Estado de Morelos. Se aborda a través de los componentes del Modelo de Creencias en Salud -MCS- y del Modelo Andragógico de educación en adultos, enfocándose en acciones de autocuidado relacionadas con el ejercicio físico y la alimentación.

En la fase preparatoria, se elaboraron y ajustaron los instrumentos para recabar la información y se tuvo un acercamiento con las autoridades formales de la comunidad. La fase exploratoria permitió indagar las prácticas de autocuidado de las participantes y sus conocimientos en temas de salud. Particularmente enriquecedor fue el acercamiento con las mujeres a través de entrevistas y el desarrollo de un grupo focal.

El presente estudio indagó en las experiencias, percepciones y creencias de las mujeres participantes en relación a los factores que las hacen susceptibles a la condición de sobrepeso u obesidad, las limitantes que enfrentan y los beneficios que podrían esperar al mantener un peso corporal saludable, así como las acciones concretas que llevarían a cabo para obtener dichos beneficios, como forma de adoptar el autocuidado.

Los resultados obtenidos constituyen una aproximación a la realidad de las mujeres que viven el día a día con esta problemática; se destacan las condiciones biopsicosociales que circunscriben a la obesidad y el sobrepeso en una sociedad que les exige tanto la procreación como el mantenimiento de un cuerpo delgado -símbolo de éxito y belleza-, lo que induce, en muchos casos, la baja autoestima y la búsqueda denodada de alternativas para cumplir dicha exigencia, en ocasiones, contrarias para su salud.

Un logro adicional del presente trabajo, fue la conformación de la asociación civil denominada “Abogacía en Salud”, cuyas fundadoras son mujeres que participaron en el PTP; evidencia de las habilidades de autogestión que pudieron desarrollar a favor de la promoción de la salud y que de manera organizada y con personalidad jurídica propia abogarán, desde la sociedad civil, por el empoderamiento de la población en lo que concierne a su salud.

ANTECEDENTES

La obesidad es considerada como *“una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de la influencia de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales, se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) en relación con el peso.”* El exceso se refiere a los puntos en los cuales la morbilidad y la mortalidad aumentan significativamente en relación al volumen de grasa corporal¹¹. Puede determinarse por medio del Índice de Masa Corporal -IMC- que se emplea en adultos de ambos sexos. Los valores aceptados por la Organización Mundial de la Salud -OMS- son: para sobrepeso, un IMC igual o mayor a 25 y para obesidad un IMC igual o mayor a 30¹².

De acuerdo a la Clasificación Internacional de las Enfermedades (E65-E-68), la obesidad es una enfermedad nutricional¹³. En México, la Norma Oficial para el Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad la define como enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Difiere de los puntos de corte aceptados por la OMS, pues determina un IMC en población adulta mayor a 27 y en población de talla baja, mayor a 25, considerando por talla baja en mujeres una estatura menor de 1.50 m. El sobrepeso, es definido como un estado premórbido de la obesidad. Se determina por el IMC mayor a 25 y menor a 27 en población adulta y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25¹⁴.

La OMS reconoce como causa fundamental del SpO, el desequilibrio entre consumo y gasto de calorías debido a que en el mundo ha aumentado la ingesta de alimentos hiperenergéticos, que son ricos en grasa, sal y azúcares y pobres en

vitaminas, minerales y micronutrientes, aunado a la baja actividad física propiciada por la urbanización y las formas sedentarias de trabajar⁸.

El SpO se relacionan con la susceptibilidad a padecer enfermedades cardiovasculares, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, en comparación con adultos que tienen un IMC normal¹⁵. Aunado a lo anterior, un perímetro de cintura aumentado, puede implicar un riesgo en sí mismo para las mujeres, independientemente del valor del IMC; es decir, la acumulación de tejido adiposo en la región abdominal u obesidad androide tiene mayor repercusión en enfermedades cardiovasculares, hipertensión y diabetes¹.

Para la OMS, el sobrepeso y la obesidad, constituyen una pandemia de graves consecuencias. A nivel mundial, en 2008, el número de mujeres obesas fue de 300 millones de un total de 1 400 millones de personas de 20 años y más con ambas condiciones de salud. Cada año se presentan, en personas adultas, por lo menos 2.8 millones de muertes asociadas al SpO. El 44% de casos de diabetes, 23% de cardiopatías isquémicas y de 7% a 44% de ciertos tipos de cáncer, se atribuyen a estas condiciones de salud¹².

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición -ENSANUT 2006-, el 39% de la población adulta sufre de sobrepeso y otro 30% de obesidad; la prevalencia de ambas condiciones en mujeres es de 37.4% y 34.5%, respectivamente; la suma, 71.9% en mujeres mayores de 20 años, corresponde a 24.9 millones¹⁶. Datos más recientes, -Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012- señalan que la obesidad abdominal en mujeres de esta edad es de 82.8% y que el SpO en mujeres adultas alcanzó ya el 73%; en el rango de 40 a 49 años el sobrepeso llegó a la cifra de 37.6% y la obesidad a 46.1% y en el rango de 50 a 59 años, el sobrepeso alcanzó 36.8% y la obesidad, 47.8%; en este último rango etario se presentó, además, la más alta prevalencia de obesidad abdominal¹⁷.

El sobrepeso y la obesidad: un factor de riesgo en común

La prevalencia de SpO entre la población adulta mexicana se duplicó de 1988 a 2006, pues pasó de 34.5% a 69.3%. Ambas condiciones son responsables de alrededor

de 50 mil muertes directas al año. La diabetes, que padece 8% de la población mayor a 20 años, es decir, más de 5 millones y que en personas mayores a 50 años, supera el 20%, además de ser la primera causa de muerte, también es la principal causa de demanda de atención médica en consulta externa, una de las principales causas de hospitalización y consume el mayor porcentaje del gasto de las instituciones públicas. Entre sus factores de riesgo se encuentran el sobrepeso y la obesidad³.

Las enfermedades del corazón constituyen la segunda causa de muerte en el país, dentro de las que destaca la cardiopatía isquémica, con el sobrepeso como uno de los principales factores de riesgo. La enfermedad cerebro-vascular es la tercera causa de muerte en el país; la hipertensión arterial, es uno de los factores de riesgo para su desarrollo y la obesidad favorece esta condición. El Síndrome Metabólico, en el que se agrupan padecimientos como la dislipidemia, hipercolesterolemia, hiperglucemia e hipertensión arterial, es una comorbilidad asociada al SpO. La mortalidad por los tres tipos de enfermedades -diabetes mellitus, enfermedades isquémicas del corazón y enfermedades cerebro-vasculares- concentran más del 33% de defunciones en mujeres³.

En Morelos, 7 de cada 10 personas mayores de 20 años presentan exceso de peso y la suma de prevalencias de SpO en mujeres de 20 años y más fue de 70.3%; la prevalencia de circunferencia de cintura considerada como obesidad abdominal alcanzó el 76.7%¹⁸. Las principales causas de morbilidad crónica entre los habitantes del centro de Tejalpa, comunidad donde se llevó a cabo el proyecto, son: hipertensión arterial -HTA- y diabetes mellitus -DM-. De aquellos que consideraron tener un peso corporal adecuado, 37.5% padece diabetes mellitus y 31% hipertensión arterial. El patrón de mortalidad está ligado principalmente a las enfermedades crónicas. El promedio de defunciones de 2007 a 2010 en adultos de 20 años y más fue de 42% por diabetes mellitus y 33.5% por enfermedades cardiovasculares¹⁹.

Abordaje

El SpO se han abordado desde el ámbito académico y científico; los resultados de múltiples estudios constituyen la evidencia de que este problema debe ser atendido a

través de varias disciplinas y de manera integral. Al respecto, las principales estrategias que se asumen para combatir la epidemia del siglo XXI, como también se le denomina, son la alimentación y el ejercicio físico, ya sea conjunta o separadamente^{4,5,8,20,21}. La OMS recomienda acumular por lo menos 30 minutos de ejercicio físico de intensidad moderada cada día, sustentada en los beneficios adicionales que aporta, independientemente de la nutrición⁸ y en México, la Comisión Nacional del Deporte - CONADE- estableció en el 2009, una estrategia de masificación de la actividad física vinculada a la salud²².

A su vez, el organismo internacional reconoce que existen grupos más vulnerables que otros debido a una desfavorable condición socioeconómica; vulnerabilidad que se presenta a la hora de tomar decisiones que coadyuven a su salud, pues tienen que enfrentarse a mayores restricciones que impiden la generalización del consumo de alimentos saludables⁸. En adición, Escolar Pujolar admite que existe desigualdad de oportunidades en la disponibilidad de recursos económicos, de tiempo para la práctica de ejercicio físico o de costes y accesibilidad a frutas y verduras; explora el vínculo pobreza y consumo de dietas de bajo costo, particularmente en las mujeres, en quienes se acentúa la asociación entre obesidad y percepción de dificultades económicas, por lo que sostiene que la obesidad debe analizarse desde los ámbitos social, económico y cultural²³.

Por otra parte, la incorporación de las mujeres a la vida laboral y la urbanización, son factores ambientales que contribuyen a la generación de SpO, debido a que influyen negativamente en las prácticas alimentarias y de actividad física de la población, como se advirtiera en la Cumbre de Nutrición y Salud en Chile²⁴. Aunado a lo anterior, entre la población mexicana se está presentando un incremento en el número de hogares con jefatura femenina: de 1970 al año 2000, pasaron del 14% al 21% del total^{25,26}; estas mujeres, al igual que aquéllas, que sin ser jefas de familia, laboran fuera de casa, realizan una doble contribución: con su trabajo personal al interior del hogar y con la aportación de ingresos para soporte del gasto familiar.

Habrá que agregar la invisibilidad del trabajo doméstico no remunerado a pesar de que contribuye al sostenimiento de la vida y la respuesta nula, social y masculina ante

el cambio de cultura y comportamiento de las mujeres, cuyo trabajo no se mercantiliza, queda en la esfera de la vida privada y no deja de realizarse por el hecho de que la mujer se inserte en la vida laboral, por el contrario, las mujeres *“asumen la doble jornada y el doble trabajo desplazándose continuamente de un espacio a otro,....e intensificando sus tiempos de trabajo”*, cumpliendo múltiples roles en su diaria rutina que la obligan a cuidar más de otras personas que de sí mismas, así como a dedicar demasiado tiempo al trabajo en detrimento de su salud²⁷, circunstancia que las hace vulnerables a la condición de sobrepeso y obesidad.

Otro factor ambiental que contribuye al SpO, por el menor gasto energético que implica y porque la publicidad transforma los programas en escaparates que estimulan el deseo y la necesidad de consumir alimentos de alto contenido calórico es la permanencia frente al televisor²⁸, conducta difícil de modificar por la inmediata accesibilidad a este medio y el escaso nivel de crítica entre la población respecto a los contenidos que presenta.

El componente social que se atribuye a la comida, referente sociocultural que actúa muchas veces como elemento integrador o de identidad y el patrón de alimentación de los mexicanos, en especial, el que se adopta en conmemoraciones y fiestas en las que no se repara en los nutrientes ni en las cualidades calóricas de los alimentos que se consumen en estas ocasiones²⁹, puede propiciar el SpO entre la población.

La forma en que se emplea el tiempo libre o de ocio también puede constituir un factor de riesgo para estas condiciones de salud. La práctica de ejercicio físico en este tiempo se ve disminuida considerablemente, situación que se agrava al aumentar la edad, principalmente entre las mujeres; patrón que se presenta en los adultos quienes destinan para la práctica de ejercicio físico, el tiempo libre y éste, entra en competencia con otras actividades, preferentemente pasivas, como ver televisión³⁰.

A lo anterior se suman: el factor hereditario, la menopausia y el embarazo. Si bien, para la ciencia resulta difícil establecer con precisión en qué medida influye la carga genética en la etiología de la obesidad, la evidencia existente le atribuye hasta 29%, dejando a factores no transmisibles genéticamente como los estilos de vida, 60% y el

restante 11% a factores de transmisión cultural, como sería el patrón alimentario¹¹. La menopausia, por los efectos que genera el descenso estrogénico³¹ y el embarazo, por el incremento de células adiposas durante el periodo de gestación y el incremento de grasa contenida en ellas¹¹; así como los cambios en el patrón alimentario y de estilo de vida que se presentan durante y después de éste, pueden contribuir al sobrepeso y la obesidad³².

Aunado a los factores ambientales y biológicos, debe destacarse la influencia de las emociones en la ganancia de peso corporal; la obesidad exógena se ha entendido como síntoma ante la necesidad de afecto y de una incomprendida identidad del yo frente a la realidad circundante que en el obeso se traduce en un estado de ansiedad que se vuelca sobre la comida; en este sentido, se convierte en un mecanismo compensatorio de las funciones del yo ante la adaptación a la realidad externa, cuyo déficit puede obstaculizar sus esfuerzos para controlar su peso y/o sus hábitos de alimentación y ejercicio³³.

La presión de lograr un cuerpo aceptable, motivada muchas veces por los medios de comunicación audiovisual que fomentan la cultura de la delgadez, genera ansiedad y depresión³⁴. A su vez, la obesidad es generadora de estrés, sin que implique que todas las personas obesas presenten algún tipo de desorden emocional o patología de la personalidad; sin embargo, se encontró una asociación significativa entre obesidad, ansiedad y depresión en mujeres menopáusicas³⁵. De este modo, se destaca la importancia del equilibrio biopsicosocial como agente de salud³⁶, por lo que las acciones de autocuidado en mujeres con exceso de peso deberán fortalecer la esfera física, emocional y psicológica, dado el gran esfuerzo que se requiere para adherirse a prácticas de alimentación saludable y ejercicio físico³⁷.

MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Autocuidado, Salud Positiva, Modelo de Creencias en Salud y Modelo Andragógico de Educación, son las bases teórico-conceptuales en las que se sustenta el presente trabajo.

El autocuidado tiene un referente mayor que es la Promoción de la Salud -PS-. Durante la Conferencia de Ottawa, en 1986, se propuso, entre otros objetivos, habilitar a los individuos para el autocuidado, de modo que el desarrollo de sus habilidades les permitiera mayores niveles de autodeterminación⁹, lo que implica tener un mejor control sobre la salud individual; reconocerse como la principal fuente de salud^{38,39}. Se ha asumido que la salud es fuente de riqueza para la vida cotidiana, por lo que el desarrollo de las aptitudes personales coadyuvaría a este propósito y su inducción al cambio mediante mecanismos de persuasión, ayudaría en la adopción de prácticas saludables⁴⁰.

La corresponsabilidad de las personas en el mantenimiento de su salud, hace del autocuidado una alternativa que viene a limitar el modelo hegemónico médico, que tiende a expropiar el poder del individuo para curarse a sí mismo y “medicalizar” cada etapa de su vida, a decir de Ivan Illich, para quien es necesaria una mayor autonomía en el autocuidado y en el derecho de cada persona a definir su estado de salud⁴¹. El logro de este objetivo está sujeto a que haya condiciones de paz, ingresos seguros, educación, vivienda, justicia social, equidad y un entorno estable³⁹; de lo contrario, difícilmente la salud se materializará en cada ser humano.

En este sentido, la PS puede tomarse como emblema para, subrepticamente, justificar lo ineludible de las diferencias entre naciones y al interior de las mismas; además, la corresponsabilidad que se exige a la población, podría estar encubriendo cierta omisión gubernamental en la prevención y prestación de los servicios de salud, en las que el individuo no puede intervenir *motu proprio*; en cambio, está determinado por las “condiciones socioeconómicas en las que vive”⁴².

Autocuidado

El presente trabajo aborda el autocuidado como una estrategia de Promoción de la Salud consistente en el desarrollo de habilidades personales que permitan optar por decisiones saludables. El cuidado de sí, es un tipo de cuidado que se da en el proceso

de cuidar la vida y la salud donde el individuo es el gestor de su autocuidado, concebido éste como las decisiones sobre las prácticas cotidianas que realiza una persona con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad⁴³.

Desde esta perspectiva, el autocuidado lo constituyen las destrezas aprendidas que responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece; prácticas que se dan en la alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento de prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos⁴³.

El autocuidado concierne a los aspectos que favorecen la salud y no a prácticas de riesgo y se guía por los principios de voluntad propia, responsabilidad individual, apoyo en el sistema formal o informal de salud, el carácter social basado en el intercambio de saberes y las relaciones interpersonales; la certidumbre de la mejoría en la salud y en el desarrollo personal favorecido por el fortalecimiento del autoconcepto, la autoestima, el autocontrol, la autoaceptación y la resiliencia. El autocuidado ha evolucionado de modo que en la actualidad se difunde mediante grupos de autoayuda que sin desplazar en su totalidad los protocolos médicos, se apoyan en el aprendizaje y apoyo mutuo⁴³.

El autocuidado se caracteriza por el enfoque integral y humano y por los principios y condiciones necesarios para su promoción; dentro de las condiciones, se encuentra la equidad de satisfactores que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad, que a su vez, están ligados a valores, recursos, costumbres, derechos, prácticas personales y sociales, hábitos, creencias, entorno vital y social⁴⁴.

Las estrategias para la promoción del autocuidado incluyen: el desarrollo de la autoestima de las personas tendente a su empoderamiento, el autocontrol y la movilización personal y colectiva en pro de sus condiciones de salud y de su entorno;

diálogo de saberes para comprender la racionalidad, sentido y significado del mundo y recomponer la visión de la enfermedad y la salud que se traduzcan en comportamientos saludables; armonizar los conocimientos y los comportamientos; convertir el autocuidado en una vivencia cotidiana por parte del personal de salud; contextualizar el autocuidado en razón de género, etnia y ciclo vital humano; generar procesos participativos y buscar espacios de reflexión y discusión para identificar prácticas de autocuidado favorables de modo que generen el retorno a la práctica para transformarla⁴⁴.

La decisión de la mujer para cuidarse implica que haga un esfuerzo por comprenderse, por identificar que es valiosa primero para ella misma y posteriormente para los demás; por entender que su llegada a la vida con sexo femenino no significa atender primero a los demás y al final ella; el autoconocimiento en los aspectos físico, emocional y espiritual, le permitirán identificar su cuerpo y atender las señales de alarma que le envíe⁴⁵.

La conciencia de cuán importantes son para sí mismas y para los demás, implica conocer el entorno que les rodea y abogar porque éste sea más saludable. Las mujeres, *“dentro de la unidad doméstico/familiar proveen el autocuidado a la salud necesario para la reproducción biológica y social tanto de su familia como de sí mismas”* debido a que han acumulado conocimiento para el cuidado cotidiano de la salud debido al rol que cultural y socialmente se les ha impuesto⁴⁶.

El rol de cuidadora labró en la mujer “el modelo femenino de ser para otros” versus “ser para sí”; el cual ha generado bajos niveles de autoconcepto, autonomía y autoestima⁴⁴; al fomentar el autocuidado, se “pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo”⁴³ sin dejar de considerar las creencias, mitos y representaciones sociales relativas al contexto histórico social al que se pertenezca.

Salud Positiva

La Salud Positiva es un concepto que permite ver la salud no como la ausencia de enfermedad, sino entendida como un recurso para la vida cotidiana³⁹. Comprender que

la salud es un proceso, implica entre otros aspectos, que la persona se adapte al medio al que pertenece, para lo cual tiene que optimizar sus capacidades; en este sentido, las acciones de autocuidado serán un reflejo de esa capacidad de adaptación al medio para vivir de la mejor manera posible con alguna condición específica de salud, o con la mira de prevenir la aparición de todo hecho adverso que atente contra el equilibrio del proceso salud-enfermedad³⁶.

Educación para la Salud

Una estrategia importante para promover la salud es la Educación en Salud; a través de la función educativa se normaliza a la sociedades a la que contribuye la estructura piramidal del sistema sanitario, toda vez que no pretende perder la visión “biologista”, terapéutica, quirúrgica, con la que fue concebida, frente a las acciones de cuidado que se atribuye a manos femeninas. La educación debe salir del cartabón para cumplir uno de sus propósitos: la socialización del conocimiento.

La Educación para la Salud es un proceso realizado con la persona y para la persona, con el propósito de aumentar su habilidad en la toma de decisiones informadas sobre su cuidado; proceso básico para el desarrollo de las potencialidades personales en salud. Conceptos como educación a pacientes, educación para la salud y conductas de salud están asociadas al autocuidado. El aprendizaje que confiere la posibilidad de adquirir de manera voluntaria conductas saludables entre la población adulta madura, difiere del destinado a la niñez y la juventud⁴⁷, por lo que se adoptó el Modelo Andragógico que comparte algunos de los principios de la Pedagogía Participativa de Paulo Freire⁴⁸.

En el Modelo Andragógico de Knowles para el proceso de enseñanza-aprendizaje entre adultos, destaca la mutua reciprocidad entre las partes, con lo que se genera una relación horizontal y democrática; se basa en la necesidad de conocer; en el autoconcepto como reconocimiento de autonomía; la experiencia individual como fuente de aprendizaje, la disposición para aprender con base en una necesidad y la motivación a realizar tareas o manejar ciertas situaciones⁴⁷.

Los conocimientos que aportan la Psicología Social y la Sociología, permiten acercarnos a uno de los modelos que pueden explicar los comportamientos de las personas, en particular, aquellos que tienen relación con la conducta saludable.

Modelo de creencias en salud

Al considerar que ciertas enfermedades se previenen con la práctica de hábitos saludables, mucho ayuda al autocuidado el estudio de cómo las personas toman sus decisiones, en las que influyen factores socioeconómicos, políticos y ambientales, que interactúan en las creencias, percepciones y motivaciones individuales y colectivas, base del Modelo de Creencias en Salud -MCS-⁴⁹.

De conformidad con los estudios de Moreno San Pedro y Roales Nieto y de Champion y Skinner, la construcción del MCS se desarrolló hacia 1950 por un grupo de psicólogos estadounidenses del Servicio de Salud Pública: Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock. Inicialmente, se centró en la prevención o evitación de la enfermedad en sujetos sanos y posteriormente se aplicó a pacientes con síntomas; surge desde la perspectiva de la investigación aplicada en el ámbito de la sociología de la educación más que de un marco estrictamente teórico de la Psicología^{50, 51}.

La conducta de los individuos descansa en un juicio de valor-expectativa, es decir, en la racionalidad que para alguien representa el bien que pueda obtenerse y en la creencia de que una acción específica disminuya o suprima algún daño. Al trasladar esta hipótesis al ámbito de la salud, las variables del modelo quedan como: a) el deseo de evitar la enfermedad o si se está enfermo, de recuperar la salud; b) la creencia de que una conducta específica puede prevenir la enfermedad, o si se está enfermo, creer que la conducta puede aumentar la probabilidad de recuperar la salud^{50, 51}.

La percepción de la susceptibilidad y la severidad en conjunto, forman lo que se denominó más adelante como amenaza percibida. La acción de cambio en sí mismo, significa una nueva valoración que el individuo hace respecto a los beneficios y las barreras que percibe, incluso, pueden estar determinados por factores como la edad, el sexo, los nexos familiares, la educación (factores sociodemográficos)^{50, 51}.

Algunos autores consideran que para desencadenar el proceso de toma de decisiones, son necesarios ciertos estímulos a los que denominaron *claves para la acción* (*cues to action*). En cuestiones de salud, estas claves pueden ser internas (síntomas físicos o percepciones corporales) o externas (recomendaciones en medios masivos de comunicación, recordatorios de los servicios de salud, consejos de amigos, etc.). La intensidad de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de una persona a otra, e incluso, en la misma persona, dependiendo de qué tan susceptible se perciba y del grado de gravedad que conciba⁵⁰.

Se afirma que el MCS puede predecir la ocurrencia de una conducta cuando el sujeto se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que emprenderá será benéfica y no demasiado onerosa. Lo que se sugiere es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema⁵⁰.

Abordar el autocuidado en mujeres en condición de SpO desde el MCS, permite personalizar el riesgo y resolver la diferencia entre beneficios y barreras para adoptar medidas concretas; implica hacer un trabajo más individualizado, que resulta altamente efectivo en proyectos de salud con grupos reducidos.

JUSTIFICACIÓN

Hasta febrero del 2011, la comunidad del Centro de Tejalpa carecía de un diagnóstico de salud; esta necesidad se empató con un ejercicio académico que culminó en el Diagnóstico Integral de Salud Poblacional -DISP- planeado y ejecutado por un equipo multidisciplinario (bióloga, licenciada en administración de empresas, licenciada en derecho, médico y nutrióloga), todos ellos, estudiantes de la Maestría en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud Pública -INSP-. El equipo encontró, mediante el ejercicio de priorización por el método Hanlon, que el sobrepeso es el mayor problema de salud en esta comunidad¹⁹.

La evidencia indica que las mujeres son más susceptibles que los hombres a padecer obesidad y aquéllas que se encuentran entre 40 y 60 años de edad son mayormente vulnerables debido a los cambios en su ciclo de vida y a las condiciones socioeconómicas, afectivas y familiares con las que llegan a esta etapa. Aún en la medianía de la vida, las mujeres ven restringida su capacidad de autocuidado, al dedicar tiempo al cuidado de los hijos aún dependientes, de los nietos, de los ancianos y de los enfermos en la familia.

En las últimas décadas, factores como la industrialización de los alimentos, su accesibilidad, debido a la homogeneidad de su oferta, la adopción de comidas como hamburguesas, pizzas, “hot dogs”; han influido en el cambio del patrón alimentario de los mexicanos, a lo que se suma la inmersión de las mujeres al campo laboral, cuyos roles de esposa/madre que tradicionalmente desempeñaban, se ven trastocados, asumiendo ahora los de jefa de familia/trabajadora, que propician, dada la escasa participación del varón en tareas domésticas, el consumo de alimentos fuera de casa, generalmente altos en calorías, grasas y azúcares, expendidos en establecimientos formales e informales como fondas, cocinas económicas o puestos de comida⁵².

El cuidado de sí misma, bajo condición de SpO, implica que las mujeres conozcan previamente las causas que contribuyeron a la acumulación excesiva de peso, para luego, someterlas a una autovaloración del riesgo, al balance costo/beneficio y a cambios conductuales que se traduzcan en acciones concretas, apoyados desde las ciencias del comportamiento, toda vez que no es suficiente la posesión de conocimientos; de este modo, será necesario *“develar las creencias de la gente, entender su racionalidad, su sentido y significado y con una nueva visión de enfermedad y salud, erosionarlas y remplazarlas por comportamientos saludables”*⁴⁸. Las aportaciones del presente trabajo se dirigen a la reconstrucción de creencias y el comportamiento a favor del autocuidado para superar el estado de sobrepeso u obesidad que priva en las mujeres.

OBJETIVOS

General

Fomentar el autocuidado y el concepto de salud positiva en mujeres con obesidad o sobrepeso, entre 40 y 60 años de edad, de la zona centro de Tejalpa, Morelos, a través de la valoración de la amenaza percibida, del balance costo/beneficio y del desarrollo de habilidades personales enfocadas en alimentación y ejercicio físico.

Específicos

1. Identificar las características antropométricas de las participantes: peso, talla y circunferencia de cintura; valores de tensión arterial y antecedentes heredo-familiares respecto de enfermedades crónicas y cáncer. Obtener el IMC con los registros peso/talla.
2. Explorar la percepción de las participantes acerca del riesgo de padecer sobrepeso u obesidad, la gravedad de éstos en su persona, las barreras, los beneficios y las habilidades personales para mantener u obtener un peso corporal adecuado.
3. Evaluar los conocimientos de las participantes en temas como ejercicio físico, propiedades nutricias de los alimentos y salud en general; antes y después de la iniciativa.
4. Fortalecer los saberes y prácticas de autocuidado de las participantes.
5. Sensibilizar a las participantes para que analicen críticamente los efectos positivos y negativos de la publicidad relacionada con la alimentación y la actividad física.

MATERIAL Y MÉTODOS

La iniciativa consistió en un diseño de educación para la salud de tipo cuasiexperimental con evaluación pre y post mediante cuestionario autoaplicado en el mismo grupo de mujeres para la parte cuantitativa y un diseño descriptivo e inferencial para la parte cualitativa. Tuvo lugar durante los meses de octubre de 2011 a abril de

2012, en la Casa de Cultura de Tejalpa. Los criterios de inclusión fueron: mujeres entre 40 y 60 años de edad, con sobrepeso u obesidad, residentes de la colonia Centro de Tejalpa.

Instrumentos cuantitativos

1.- Cuestionario sobre prácticas de autocuidado diseñado por Isabel Hernández Tezoquipa y Gloria Nobel, dirigido a profesionales de la salud (anexo dos). Al ajustarse a las necesidades del proyecto, se sustituyó la variable “especialidad médica” por nivel escolar y se eliminaron los términos “tonicidad muscular” y “estomatólogo”, por considerar que podrían crear confusión, así como la pregunta dirigida exclusivamente a hombres; se piloteó previamente con tres personas de condiciones semejantes a las de las participantes en cuanto a sexo, edad y zona de residencia, mismo que resultó comprensible.

Por la relación que guardan con el tema, se eligieron para su análisis, las preguntas relativas a hábitos de salud, salud emocional y vida de relación. Hábitos de salud se exploró con las variables: consumo de alcohol, consumo de tabaco, ejercicio físico, cuidado de la alimentación y calidad del sueño; salud emocional se abordó con las variables: imagen de sí misma, pensamientos hacia los demás, pensamientos de sí misma, expresión de emociones y estado de ánimo y vida de relación se estudió con las variables: ejercicio físico en tiempo de recreación o esparcimiento (gimnasia, caminar, correr, natación, yoga), comunicación con personas cercanas, relaciones sociales y relaciones familiares.

El cuestionario también proporcionó información sociodemográfica: edad (en años completos), estado civil (matrimonio o con pareja estable, sin matrimonio, divorcio, separación, viudez); ocupación (actividad principal, ya sea dentro o fuera del hogar); escolaridad (sin y con algún grado escolar) y jefatura de familia.

2.- Cuestionario de evaluación de conocimientos (anexo tres). Los temas que abordó fueron: ejercicio físico, características nutricias de los alimentos y conocimientos

generales en salud. Constó de 16 preguntas de opción múltiple: ejercicio aeróbico, ejercicio anaeróbico, sedentarismo, actividad física, hierro, vitamina C, dieta hipoenergética, fibra, colesterol, absorción de nutrientes, factor protector, tensión arterial, climaterio, accidente cardiovascular, obesidad y autocuidado. La elección de estos conceptos obedeció a la relación que guardan con las prácticas de autocuidado en materia de alimentación y ejercicio físico, sobre los que se aplicó la evaluación antes y después de la iniciativa.

3.- Hoja de registro individual (anexo cuatro). Contiene información relativa a los antecedentes heredo-familiares -AHF-, valores de tensión arterial -TA- y datos antropométricos de las participantes.

Las mujeres reportaron sus antecedentes familiares respecto a padecimientos como: cáncer, sobrepeso u obesidad, diabetes mellitus -DM-, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares ECV e hipertensión arterial -HTA-. La tensión arterial sistólica y diastólica, se obtuvo mediante el uso de un baumanómetro digital, que se colocó a la mujer en la muñeca izquierda, encontrándose en posición sedente y sosteniéndolo a la altura del corazón en tanto se registraban los valores.

Se pesó a cada participante en una báscula de uso doméstico, colocándose sobre la misma sin zapatos y sin peso adicional de consideración; este dato se registró en kilogramos y gramos. La circunferencia de cintura y la talla (centímetros) se midieron con una cinta métrica de 200 cm; para la primera, se pidió a la participante se colocara la cinta alrededor de su cintura, ella misma leía el resultado; para la talla se adhirió a la pared la misma cinta métrica colocándose la participante de manera recta contra la pared y sobre la cinta.

Para la clasificación de la tensión arterial, se tomó en cuenta la Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial, que considera como valores normales 120-129/80-84 en adultos⁵³. El punto de corte como valor límite para circunferencia de cintura fue el de 88 cm, de acuerdo al estudio de Tosta, Guimaraes y Araujo⁵⁴. Con los registros peso/talla y mediante la fórmula

kg/(cm/100)², se calculó el IMC; los datos se clasificaron en sobrepeso (25-29.9), obesidad (30-39.9) y obesidad mórbida (igual o mayor a 40)¹².

Los datos antropométricos fueron tomados por una enfermera a propuesta de la delegación municipal de Tejalpa, ante la eventualidad de que el personal de enfermería del Centro de Salud se encontraba ocupado, apoyando la mudanza temporal del Centro, toda vez que el edificio sería remodelado. En virtud de que estos datos no se compararían con registros posteriores, se decidió recabarlos con el apoyo de la persona citada.

4.- Formato para evaluación de las sesiones (anexo cinco). Integró preguntas cerradas de opción múltiple que abarcaron: actuación de la facilitadora, puntualidad al comenzar y terminar la sesión, pertinencia de los materiales empleados y utilidad de la información; así mismo, se incluyeron preguntas abiertas que recabaron la opinión de las participantes en temas relativos a: materiales empleados, utilidad de la información y tema de la sesión que le gustaría profundizar.

Instrumentos cualitativos

1.- Guía de entrevista (anexo seis). Se exploraron las percepciones de las participantes acerca de la satisfacción de su peso corporal, el riesgo de padecer obesidad y sobrepeso, las ventajas de mantener un peso corporal adecuado y las acciones que llevan a cabo con ese propósito.

2.- Guía del grupo focal (anexo siete). Permitió la interacción de las participantes desde su propia subjetividad en relación a lo que para ellas significa o simboliza el sobrepeso o la obesidad desde su experiencia personal, siguiendo los constructos del MCS; también se llevó a cabo el ejercicio de evaluación del proceso.

Esta información incluyó entre sus objetivos, el tener un referente para describir la percepción de las mujeres respecto al riesgo de padecer obesidad o sobrepeso, las ventajas y costes que perciben al valorar los beneficios y barreras para mantener un peso corporal adecuado y cómo conciben el autocuidado a fin de mantener un peso

saludable, así como la motivación para acudir a las sesiones. También se obtuvo información para la evaluación del proceso, con temas como: cumplimiento de objetivos, utilidad y claridad de los mensajes en salud, desempeño de la facilitadora, pertinencia de los materiales y de las técnicas empleadas y pertinencia del lugar de reunión.

3.- Diario de campo. Las observaciones de la facilitadora aportaron información relativa al patrón de consumo de tabaco y alcohol, a la etapa del ciclo vital de las participantes: menopausia, pre y postmenopausia; a las características de su vida reproductiva: multípara, con un solo hijo o sin hijos y sobre el padecimiento de diabetes en aquellas que lo manifestaron abiertamente. Se integró al diario la información que registró la observadora durante el desarrollo del grupo focal.

Etapas de la iniciativa

La iniciativa de educación para la salud constó de las siguientes etapas:

- 1ª. Planeación y preparación.
- 2ª. Acercamiento a la comunidad y selección de participantes
- 3ª. Conociendo a las participantes
- 4ª. Ejecución de la iniciativa
- 5ª. Análisis de la información

Primera etapa: planeación y preparación

Antes de llevar a cabo la presente iniciativa, se eligió el tema a tratar, los objetivos que perseguiría, el segmento poblacional al que iría dirigido, el lugar de desarrollo y el abordaje teórico; que una vez aprobados por el cuerpo colegiado del INSP, se procedió a elaborar y en su caso, autorizar la carta de consentimiento informado (anexo uno); se

planearon las actividades de acuerdo a objetivos y modelo teórico a seguir, mismas que se describieron -carta descriptiva- y programaron conforme a un cronograma; se redactaron los oficios dirigidos a las autoridades, el resumen de la iniciativa y volantes alusivos. Se ajustó el cuestionario de prácticas de autocuidado a las intenciones del proyecto, se diseñó el cuestionario de evaluación de conocimientos, la hoja de registro individual, el formato de evaluación de las sesiones y las guías de entrevista y grupo focal.

Segunda etapa: acercamiento a la comunidad y selección de participantes

En virtud de que ya se tenían identificadas a las autoridades formales de Tejalpa, se visitó al delegado municipal, al director del Centro de Salud y la Oficina de Bienes Comunes, para solicitar su apoyo en la difusión y en la disposición de un espacio, mobiliario y equipo. Se hizo entrega de los oficios respectivos que iban acompañados del resumen del proyecto, volantes alusivos y el cronograma de actividades. A iniciativa del director del Centro de Salud de Tejalpa, se aprovecharon las reuniones informativas del Programa Oportunidades para invitar a mujeres beneficiarias, acudiendo para tal efecto, los días lunes, miércoles y viernes de 10:00 a 12:00 horas, en la semana del 3 al 7 de octubre de 2011.

A la par y con la puesta en práctica de la técnica “bola de nieve”, se logró contactar a trece mujeres que reunían los criterios de inclusión. Esta técnica permitió una mejor difusión del proyecto, por tratarse de una invitación de carácter individual. Finalmente, se elaboró una lista con nombres, domicilios y teléfonos de las mujeres interesadas en participar, a quienes se citó vía telefónica para comenzar la iniciativa.

Tercera etapa: conociendo a las participantes

Entre la primera y segunda sesión acudieron veintitrés mujeres; se excluyó a quienes presentaron un IMC normal y edad menor o mayor a la requerida; el grupo quedó conformado de diecisiete personas, de las cuales, dos provenían del Programa

Oportunidades, tres de la delegación municipal y doce de la invitación individual (bola de nieve). De acuerdo a los objetivos específicos y al cronograma de actividades, se destinaron las dos primeras sesiones para registrar las características antropométricas de las participantes, conocer sus antecedentes hereditarios respecto a enfermedades crónicas y cáncer, explorar sus prácticas de autocuidado y evaluar sus conocimientos. Durante esta fase, se entrevistó a las participantes en sus domicilios particulares.

Primera sesión

La facilitadora y el director del PTP dieron la bienvenida a las participantes; el delegado municipal declaró formalmente inaugurados los trabajos. Acto seguido, para propiciar la integración del grupo, se empleó la técnica denominada “Telaraña”, mediante la cual las mujeres aprendieron sus nombres y el de sus platillos favoritos. Previa a la firma de la carta de consentimiento informado, se explicó su contenido y sus alcances. Enseguida, contestaron el cuestionario de conocimientos; las mujeres con dificultad para leer y escribir fueron apoyadas por una asistente quien les leyó la pregunta, las opciones y fue anotando las respuestas de su elección. Se expusieron los objetivos y actividades de la siguiente sesión y se les recordó de las visitas domiciliarias para la entrevista. Al finalizar, contestaron el cuestionario de evaluación de la sesión, misma que culminó con una pequeña convivencia en la que se compartieron bocadillos y agua fresca.

Segunda sesión

Al iniciar esta sesión, las participantes elaboraron su gafete de identificación personal con material que les fue entregado; se hizo un breve recordatorio de la sesión anterior y se expusieron los objetivos y actividades en curso. A continuación, se aplicó el cuestionario de prácticas de autocuidado; aquellas con dificultad para leer y escribir fueron apoyadas por una asistente. Contestaron la hoja de registro individual en lo que se refiere a AHF y colaboraron para la toma del peso, talla, circunferencia de cintura y

tensión arterial. Se expusieron los objetivos y actividades para la siguiente reunión y se les pidió trajeran utensilios de plástico con tapa. Para finalizar, contestaron el cuestionario de evaluación de la sesión; durante la cual, se dispuso de agua embotellada.

Cuarta etapa: ejecución de la iniciativa

Esta etapa constó de siete sesiones que se llevaron a cabo los días viernes, durante los meses de octubre a diciembre de 2011, 16 y 23 de marzo y 27 de abril de 2012, de 17:00 a 19:00 horas, en la Casa de Cultura de Tejalpa. Llegar quince minutos antes de la hora acordada, permitió preparar el espacio e instalar el equipo para iniciar puntualmente. Dar la bienvenida a las participantes, agradecer su presencia, al comienzo de cada sesión, fue un gesto de cortesía que ayudó a mantener un ambiente de cordialidad. El recordatorio de los temas tratados ayudó a reforzar los mensajes de salud. Exponer los objetivos, las actividades y el material a utilizar, contribuyó a dar fluidez a las reuniones.

Se fomentó la participación activa, el aprendizaje significativo y el intercambio de saberes y experiencias de las mujeres a través de técnicas educativas como: elaboración individual y grupal de material didáctico -gafetes, “papelógrafos”, recetarios-; preparación de alimentos saludables, sesión de ejercicios de relajación, flexibilidad y coordinación a través del baile; dramatización de roles; panel de expertas en alimentación y ejercicio físico, taller de autocuidado y taller de análisis de la publicidad.

La evaluación de cada sesión permitió mejorar el proceso educativo sobre la marcha. Tomar asistencia y llevar un diario de campo brindó información de utilidad para el análisis y los resultados. El reto de trabajar con público no cautivo fue una constante que se presentó a lo largo de la iniciativa, lo que obligó a encontrar mecanismos que favorecieran la asistencia; el recordatorio telefónico a mitad de semana y en algunos casos, la invitación por medio de la visita domiciliaria, contribuyó a que hubiera una concurrencia aceptable -diez asistentes en promedio-.

El grupo focal

La octava sesión se destinó a desarrollar el grupo focal. Participaron ocho de las diecisiete mujeres del proyecto. Inició puntualmente a las 17:00 hrs. La facilitadora hizo referencia a los siguientes aspectos: el resguardo de su identidad, la grabación de sus voces en un medio electrónico para facilitar el acopio de información y su posterior manejo, la presencia de la observadora y la invitación a que expresaran sus ideas, puntos de vista y opiniones con plena libertad y respeto en relación a los temas que se abordarían. Al concluir, las participantes compartieron bebidas naturales y bocadillos, no sin antes agradecerles por su presencia y colaboración. Antes de retirarse se les comentó que pasado un mes se les citaría para la aplicación del cuestionario de evaluación de conocimientos.

Debido a que estaban muy motivadas, las participantes contemplaron la posibilidad de gestionar algún bien o servicio de fomento al autocuidado; se propuso como probable, la creación de una asociación civil para la promoción de la salud y/o la activación de un grupo de autoayuda para diabéticos.

Quinta etapa: análisis de la información

Los datos cuantitativos se capturaron en el programa *Excel* y con apoyo del sistema informático *Stata* se llevó a cabo la identificación de las características generales de la población, obteniéndose frecuencias simples y diferencia de proporciones de la primera y segunda medición. Los resultados pre y post de conocimientos se obtuvieron de la aplicación de un cuestionario único que se conformó de los temas: ejercicio físico, características nutricias de los alimentos y conocimientos generales de salud.

La información de carácter cualitativo se obtuvo mediante entrevistas y un grupo focal. Los temas a explorar se centraron en el sobrepeso y la obesidad desde las percepciones de las mujeres siguiendo los constructos del MCS. Los datos se recuperaron de las grabaciones al capturarse en el programa *Word*; se clasificaron por

categorías y se vaciaron en matrices o rejillas para comparar o asociar las distintas dimensiones de la información recolectada^{55, 56}.

Las categorías de análisis de las entrevistas y del grupo focal fueron: percepción de la satisfacción del peso corporal; percepción de la susceptibilidad y de la gravedad -amenaza percibida- de padecer sobrepeso y obesidad; percepción de las limitaciones y ventajas -coste/beneficio- de tener un peso corporal adecuado; prácticas de autocuidado para conseguir un peso saludable.

Los datos que integraron las categorías de análisis en torno a la evaluación del proceso, fueron: cumplimiento de los objetivos del proyecto, utilidad de la información, pertinencia de los materiales, pertinencia de las técnicas educativas, motivación para la asistencia, claridad de los mensajes de salud, desempeño de la facilitadora, suficiencia de las sesiones, tiempo dedicado a cada actividad, pertinencia del espacio, puntualidad de las sesiones y temas de los que desean recibir más información. Se tomó en cuenta la información que para este tipo de evaluación señalan Ubillos y Goiburu⁵⁷.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El PTP observó las disposiciones que para la investigación con seres humanos establece la Ley General de Salud en cuanto a protección de la identidad de las participantes, autonomía, consentimiento por escrito e información de los riesgos que corren al participar; igualmente, cumplió con las directrices del INSP, al ser aprobado por el Colegio de Ciencias Sociales del Centro de Investigación en Servicios de Salud (CISS) y al autorizar la Carta de Consentimiento Informado por parte del Comité de Ética del mismo Instituto.

En cumplimiento a dichas disposiciones, se asignó a cada participante un folio de identificación personal al cual tuvo acceso únicamente el equipo del PTP; se les hizo saber que tenían la libertad de retirarse del proyecto si así lo decidían; se recabó su firma en la Carta de Consentimiento Informado y se señaló que no corrían riesgo alguno derivado del desarrollo de las actividades. Las participantes tuvieron conocimiento de

la condición en que se encontraban -sobrepeso u obesidad-, una vez que se calculó el IMC con sus registros peso/talla y a quienes presentaron tensión arterial por encima de los valores normales, se les sugirió que acudieran a los servicios de salud a su alcance para corroborar las cifras y solicitar consulta médica, en su caso.

RESULTADOS

Cuantitativos

Información socio-demográfica

El grupo, integrado por 17 mujeres con un promedio de 47 años de edad, presentó un nivel de escolaridad heterogéneo con predominio de estudios técnicos y de preparatoria; aquéllas que ostentaron el estatus de jefa de familia, -cercano al 50%-, carecen de un vínculo matrimonial o de pareja y la gran mayoría desempeña un trabajo remunerado, ya sea como empleada de gobierno municipal, comerciante u obrera. Entre las mujeres casadas o en unión libre, el hogar fue su ocupación principal, sin embargo, en menor medida, se dieron casos de mujeres casadas que también desempeñan un trabajo asalariado (tabla número 1).

Tabla No. 1 Características de la población. Mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso u obesidad.

n=17	
Edad (años + - DE)	47 años (+- 13)
Escolaridad (%)	
Sin escolaridad	18
Primaria	6
Secundaria	12
Técnica	29
Preparatoria	23
Licenciatura	12
Jefas de familia (%)	47
Estado civil (%)	
Casadas/unión libre	53
No casadas (solteras, divorciadas, viudas)	47
Ocupación (%)	
Hogar	53
Empleada	35
Comerciantes, obreras	12

Datos antropométricos

Con los datos: peso, talla y circunferencia de cintura de las participantes, se obtuvo el promedio de cada variable, resultando en exceso de peso para la talla y obesidad abdominal, como se aprecia en la siguiente tabla (2).

Tabla No. 2 Características antropométricas. Mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.

Variable	Población (n=17) (promedio +- DE)
Peso (kg)	68 (+- 16)
Talla (cm)	154 (+- 23)
Circunferencia de cintura (cm)	95 (+- 14)

Los registros peso/talla se sometieron a la fórmula $\text{kg}/(\text{cm}/100)^2$ para calcular el IMC de cada participante. De acuerdo a los puntos de corte aprobados por la OMS, los datos se agruparon en: sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida, con predominio de sobrepeso, conforme a la tendencia poblacional que aparece en las encuestas de salud y nutrición de los últimos años, levantadas en México (tabla número 3).

Tabla No. 3. IMC de mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.

IMC	Frecuencia	Porcentaje (%)
Sobrepeso (25 - 29.9)	12	71
Obesidad (30 – 39.9)	4	23
Obesidad mórbida (40 +)	1	6

Tensión arterial y antecedentes heredofamiliares

Se incluyeron los valores de tensión arterial sistólica y tensión arterial diastólica de cada participante. Los registros de esta variable se clasificaron en normal, alta y baja,

notándose la prevalencia de casos que superaron los valores normales (tabla número 4).

Tabla No. 4. Tensión arterial en mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.

Tensión arterial	Frecuencia	Porcentaje %
Normal	1	6%
Baja	6	35%
Alta	10	59%

A excepción de tres participantes, el resto -82%- reportó tener entre uno y cuatro antecedentes heredo familiares relacionados con enfermedades crónicas y cáncer. Predomina la DM en 47% de los casos, de los cuales, la mitad se presentó asociada a HTA y SpO, principalmente; sólo 6% de mujeres dijo tener múltiples antecedentes: cáncer, enfermedad cardiovascular, enfermedad cerebrovascular, HTA y DM. Las mujeres que padecen DM refirieron tener antecedentes de sobrepeso, obesidad e hipertensión.

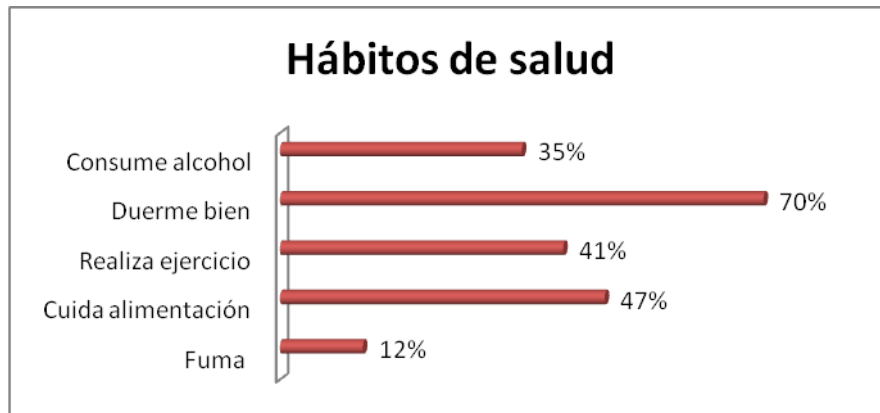
El diario de campo reveló que seis mujeres del grupo, -35%- sufren DM con un promedio de diagnóstico de diez años a la fecha, todas ellas con tratamiento médico y cuidado de la alimentación y sin práctica de ejercicio físico; igualmente proporcionó información relativa a la etapa del ciclo vital en que se encuentran: perimenopausia, en la mayoría de los casos y menopausia y postmenopausia en menor número; respecto a su vida reproductiva, las mujeres mencionaron que son madres de familia, todas ellas multíparas.

Hábitos de salud

Dormir bien es una práctica habitual en la mayoría de las participantes, no así el cuidado de la alimentación y la realización de ejercicio físico que prevalecen en menos de la mitad del grupo; si bien, la gráfica no revela el patrón de consumo de tabaco y

alcohol, el diario de campo revela que las mujeres hacen uso de estos productos de manera ocasional y con fines de socialización (gráfica número 1).

Gráfica No 1. Hábitos de salud en mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.



Salud emocional

La mayoría de las mujeres presenta actitudes positivas; sin embargo, hay quienes se sienten insatisfechas con su imagen, carecen de pensamientos positivos sobre sí mismas, no expresan sus emociones satisfactoriamente, no tiene pensamientos positivos hacia los demás y carecen de buen ánimo (gráfica número 2).

Gráfica No. 2. Salud emocional de mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.



Vida de relación

A pesar de que entre las participantes se presentaron algunos casos de insatisfacción en sus relaciones familiares y sociales, de mala comunicación con personas cercanas y cerca del 50% carece del hábito de realizar ejercicio físico como actividad recreativa o de ocio; la vida relacional se encontró mayormente satisfactoria (gráfica número 3).

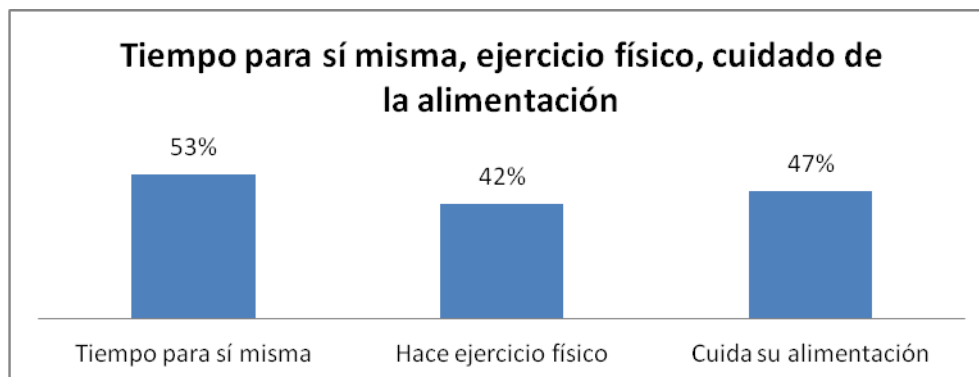
Tiempo para sí misma, ejercicio físico y cuidado de la alimentación

Las variables: tiempo para sí misma, ejercicio físico y cuidado de la alimentación, se comportaron de manera positiva en por lo menos 42% de los casos, como se muestra en la gráfica número 4.

Gráfica No. 3. Vida de relación de mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con obesidad y sobrepeso.



Gráfica No. 4. Tiempo para sí misma, cuidado de la alimentación y práctica de ejercicio físico en mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.



Estado civil, edad, escolaridad y ocupación y su relación con el cuidado de la alimentación y el ejercicio físico

Al relacionar las variables: estado civil, edad, escolaridad y ocupación con práctica de ejercicio físico y cuidado de la alimentación, se encontró que las mujeres casadas son más proclives a cuidar su alimentación, el ejercicio físico tiene más adeptas en mujeres de 40 a 50 años con nivel escolar medio y es práctica nula en mujeres sin escolaridad; por cuanto a la ocupación, las mujeres dedicadas al hogar tienden más a cuidar su alimentación y aquellas que trabajan fuera tienen mayor predilección por el ejercicio físico que por el cuidado de su alimentación (tabla número 5).

Tabla No. 5. Estado civil, edad, escolaridad y ocupación en relación a la práctica de ejercicio físico y cuidado de la alimentación en mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.

Variable	Hace ejercicio físico (%)	Cuida su alimentación (%)
Estado Civil		
Casadas (53%)	24	67
No casadas (47%)	38	50
Edad		
40-50 (70%)	58	42
51-60 (30%)	0	60
Escolaridad		
Sin escolaridad (18%)	0	100
Primaria (6%)	100	100
Secundaria (12%)	50	50
Técnica (29%)	20	40
Preparatoria (23%)	75	25
Licenciatura (12%)	50	50
Ocupación		
Hogar (53%)	33	67
Oficina, comercio, fábrica (47%)	50	25

Evaluación de conocimientos antes y después de la iniciativa

Antes de iniciar las sesiones educativas, se evaluaron los conocimientos de las participantes en los temas: alimentación, ejercicio físico y conceptos generales de salud. Se encontró que fueron asertivas en 88%, 18% y 76%, respectivamente. Estos resultados se compararon con los obtenidos al aplicar el mismo cuestionario una vez que concluyó la iniciativa.

El tema alusivo a la alimentación, se centró en las características nutricias de los alimentos; las variables: hierro, dieta hipoenergética, fibra y absorción de nutrientes, tuvieron diferencias positivas y significativas. La variable vitamina C dio una diferencia 0 y la variable colesterol mostró diferencia positiva no significativa (tabla número 6).

Tabla No. 6. Evaluación pre y post sobre contenidos nutricios de los alimentos en mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.

Variable	Pretest (%)	Postest (%)	Diferencia (%)	Valor de p
Hierro	29.4	75	45.5	0.007
Vitamina C	100	100	0	0.000
Dieta hipoenergética	17.6	75	57.3	0.001
Fibra	29.4	83.3	53.9	0.002
Colesterol	88.2	100	11.7	0.109
Absorción de nutrientes	17.6	66.6	49	0.003

En el tema de ejercicio físico, las variables: ejercicio aeróbico y ejercicio anaeróbico presentaron diferencias positivas y significativas. Variables como sedentarismo y actividad física se comportaron de manera positiva no significativa (tabla No. 7).

Tabla No. 7. Evaluación pre y post de conocimientos sobre el tema ejercicio físico en mujeres del Centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.

Variable	Pretest (%)	Posttest (%)	Diferencia (%)	Valor de p
Ejercicio aeróbico	58.8	91.6	32.8	0.025
Ejercicio anaeróbico	35.2	83.3	48	0.005
Sedentarismo	76.4	91.6	15.1	0.143
Actividad física	88.2	91.6	3.4	0.382

En conocimientos generales de salud, únicamente resultó con diferencia significativa y positiva la variable autocuidado; la variable climaterio presentó un nivel de significación marginal; el resto de las variables alcanzaron diferencias positivas no significativas (tabla número 8).

Tabla No. 8. Evaluación pre y post sobre conocimientos de salud en mujeres del centro de Tejalpa, Morelos, con sobrepeso y obesidad.

Variable	Pre evaluación (%)	Post evaluación (%)	Diferencia (%)	Valor de p
Factor protector	88.2	100	11.7	0.109
Tensión arterial	94.1	100	5.8	0.196
Climaterio	29.4	58.3	28.9	0.059
Cardiovascular	94.1	100	5.8	0.196
Obesidad	88.2	100	11.7	0.109
Autocuidado	47	100	52.9	0.001

Cualitativos

Los datos cualitativos refieren la satisfacción del peso corporal de las participantes, la percepción de la amenaza -susceptibilidad y severidad- de padecer sobrepeso y

obesidad, barreras y ventajas de mantener un peso saludable y las acciones de autocuidado que hacen o serían capaces de hacer en cuanto a alimentación y ejercicio físico, así como aspectos relativos a la evaluación de proceso.

Satisfacción con el peso corporal

En términos generales, las participantes dijeron estar satisfechas con su peso corporal; autovaloración que tuvo como referente la figura de otras mujeres o la percepción de su propia imagen: *“Pues yo creo...bien, porque si estaba un poco gordita pero no tanto como otras”* (58 años, soltera, empleada; entrevista); *“Sí, bueno, no tengo cuerpo de concurso pero tampoco siento que esté desproporcionada”* (44 años, casada, hogar; entrevista).

Amenaza percibida

La **susceptibilidad** fue percibida por las mujeres a través de conceptos como: ingesta de alimentos hipercalóricos, herencia, embarazo, enfermedad tiroidea, depresión, desequilibrio de las emociones, sedentarismo y doble jornada, entendida ésta como la realización de trabajo doméstico y extradoméstico.

El patrón alimentario refleja el consumo de alimentos y bebidas de alta densidad calórica en uno de los tres momentos de comida que hacemos los mexicanos: *“Pues yo creo que sí,....si como chicharrón en salsa me comeré unas cinco o seis tortillas, eso es lo malo, bueno, también las grasas y lo dulce del refresco. Todo en una sola comida pues sí engorda”* (58 años, soltera, empleada; entrevista [en relación a la susceptibilidad de padecer SpO]).

Prácticas como la alimentación sana y el ejercicio físico no son suficientes para controlar el sobrepeso y la obesidad; para la mujeres, el antecedente hereditario es un factor que las predispone a estas condiciones de salud: *“....pero en mi familia hay varios diabéticos, así que no es sólo la alimentación o la falta de ejercicio, también influye la herencia”* (54 años, soltera, hogar; grupo focal [en referencia a la susceptibilidad de padecer SpO]).

En franca alusión a la condición biológica inherente al género femenino, refieren que el embarazo las hace susceptibles a padecer obesidad o sobrepeso: “....y después de que nació mi hijo, ya no pude bajar a mi peso” (40 años, soltera, hogar; grupo focal); así como ciertas enfermedades, en especial, las relacionadas con la tiroides: “.....tengo entendido que hay algunos órganos de nuestro cuerpo que cuando no funcionan bien, tendemos a engordar, creo que es la tiroides.....” (52 años, casada, empleada; grupo focal).

La depresión puede influir en la ganancia de peso corporal por las conductas de riesgo que conlleva: “.....la depresión...nos hace.....que aumentemos de peso, que cuando nuestras emociones no están bien, equilibradas, en armonía, tendemos a, en unas ocasiones a comer mucho....nos da por dormir demasiado y a tener una vida completamente sedentaria.....” (50 años, soltera, empleada; grupo focal); al igual que la carencia de afecto: “..... el sobrepeso es falta de amor” (52 años, casada, empleada; grupo focal), debido a que induce a la ingesta de alimentos calóricos como compensación: “No, tú te complementas, mira: no me quieren, chocolates, no me quieren, pan, no me quieren, esto, no me quieren, lo otro.....estoy recibiendo amor por medio de la boca” (50 años, soltera, empleada; grupo focal).

La vida sedentaria es percibida por las mujeres como otro de los factores que las hace susceptibles a padecer exceso de peso corporal: “Yo creo que ahora somos más sedentarias, pasamos mucho rato viendo televisión, ya no caminamos como antes, para todo camión o el coche, nos da flojera caminar”; (54 años, soltera, hogar; entrevista [en referencia a la susceptibilidad de padecer SpO]).

La doble jornada, debido a las múltiples actividades a que se ve sometida la mujer, es percibida como factor de riesgo para padecer SpO: “....como en mi caso que trabajo, llego a la oficina sin desayunar, tomo cualquier cosa y me aguanto hasta que salgo, a las tres, luego, mientras estoy haciendo la comida, estoy picando y cuando me siento, pues me sirvo doble de lo que me guste” (45 años, casada, empleada; grupo focal [en alusión a la susceptibilidad de padecer SpO]).

Las mujeres reconocen que los hábitos insanos influyen en la obesidad y el sobrepeso que padecen: *“La mala alimentación, comer a deshoras y no hacer ejercicio”* (45 años, casada, empleada; grupo focal [en referencia a la susceptibilidad de padecer obesidad y sobrepeso]). Al hacer la comparación de estos hábitos con el padecimiento de una enfermedad, conceden una mayor influencia a dichos hábitos, debido a que: *“Una enfermedad puede generar sobrepeso pero la puedes controlar con medicamento pero los malos hábitos no”* (50 años, soltera, empleada; grupo focal [al referirse a la susceptibilidad de padecer SpO]).

La **gravedad** en condiciones de SpO fue asociada con padecimientos crónicos e incapacidad motriz; falta de condición física, insatisfacción de la figura corporal, no poder usar ropa de moda, alteración de la vida íntima; sufrir burlas y maltrato, realizar gastos que afectan su economía en productos que les ayuden a reducir de peso o mantener su salud y la exigencia social de mantenerse delgadas.

Las mujeres consideran que la obesidad y el sobrepeso son graves cuando se presentan daños a la salud como enfermedades crónico-degenerativas: *“Tener el riesgo de padecer enfermedades como diabetes, que es mi caso”* (40 años, soltera, hogar, preparatoria; grupo focal [en alusión a la gravedad de padecer SpO]); o incapacidad motriz: *“.....si no te cuidas, te va a venir la artritis o la presión alta y como vas cargando peso de más durante toda tu vida, te van a empezar a fallar las rodillas....”* (54 años, viuda, hogar; grupo focal [refiriéndose a la gravedad de padecer SpO]).

En la relación salud física y obesidad, se consideró como grave la falta de condición: *“....que no puedas subir cinco escalones sin que tengas que detenerte a jalar aire eso ya es grave”* (46 años, casada, hogar; grupo focal); y en cuanto a la salud emocional, la insatisfacción con la figura: *“Que nos sintamos mal con nuestro propio cuerpo, con la figura que tenemos también es grave”* (58 años, soltera, empleada, grupo focal).

Las mujeres creen que el sobrepeso y la obesidad son graves si alteran la vida íntima: *“Puede afectar en la vida íntima también, si el esposo es muy exigente”* (54 años, viuda, hogar; grupo focal [en referencia a la gravedad de padecer SpO]) y si no

pueden usar ropa de moda: “....dije, ay qué padre ropa pero vi las tallas y dije ¡es que no me va a quedar nada! Pero me dijeron: hay tallas especiales como para usted, cómo me sentí....” (50 años, soltera, empleada; grupo focal [al hacer alusión a la gravedad de padecer SpO]).

La gravedad de esta condición -SpO- se asoció con la discriminación que sufre el individuo obeso dado el maltrato y la burla de que es objeto por parte de terceras personas, situación que se suma a la pérdida de autoestima por este motivo: “*El trato a las personas con peso de más es muy ofensivo y eso mismo hace que nos sintamos mal y que nuestra autoestima se vaya al suelo....*” (40 años, soltera, hogar, preparatoria; grupo focal [acerca de la gravedad de padecer SpO]).

Relacionada a la gravedad, la afectación a la economía de las mujeres que hacen gastos de bolsillo para adquirir productos que les ayuden a enfrentar la batalla diaria contra el exceso de peso: “....se gasta más dinero para los tratamientos, cremas, zapatos especiales para bajar de peso” (41 años, soltera, empleada; grupo focal [percepción de la gravedad de padecer SpO]); y para el caso de que ya se padezca alguna enfermedad crónica, los gastos que les representa controlar los síntomas: “.....y ya en caso de padecer diabetes o presión alta, nos obliga a consumir productos que son caros como mermeladas sin azúcar, harina especial, pastillas...” (52 años, soltera, empleada; grupo focal [alusivo a la gravedad del SpO]).

A las mujeres les resulta grave la exigencia socialmente extendida de mantenerse delgadas: “*quieren que las mujeres parezcamos barbis (sic), imposible*” (40 años, soltera, hogar; grupo focal [refiriéndose a la gravedad de padecer obesidad o sobrepeso]); en virtud de que esta exigencia puede alterar el grado de satisfacción de su imagen corporal y su estado emocional: “*El no gustarnos a nosotras mismas nos produce molestia, enfado, y eso afecta a los que nos rodean.....*” (52 años, casada, empleada, grupo focal [en referencia a la gravedad de padecer SpO]).

Relación coste/beneficio

Las **barreras** que perciben las mujeres para mantener un peso saludable, las encuentran en factores ambientales, como: el patrón de alimentación de los mexicanos y en especial de las comidas de celebración; el componente social que envuelve a la comida, la accesibilidad a los antojitos mexicanos y a la televisión, la doble jornada; y factores individuales como: la falta de costumbre para hacer ejercicio y para dedicarse tiempo a sí mismas; la falta de apoyo moral de la familia, el componente social que se agrega al ejercicio, la vergüenza de realizar ejercicio frente a otros, la falta de educación en salud, el factor económico, la falta de fuerza de voluntad y motivación y la menopausia.

Las participantes encuentran en el patrón de alimentación de los mexicanos, una de las barreras para mantener un peso saludable: *“La comida mexicana es muy grasosa, muy condimentada, pero muy sabrosa....”* (45 años, casada, empleada; grupo focal [en barreras para mantener un peso saludable]); por la fuerza social que representa la comida, reconocen que este patrón de alimentación es difícil de sustituir: *“Bueno, yo diría que romper totalmente con la forma de comer de nosotros los mexicanos es casi imposible.....”* (54 años, soltera, empleada; grupo focal [en barreras para mantener un peso corporal sano]); entre otras razones, por la proliferación de puestos de comida que hacen fácilmente accesible un sinnúmero de productos alimenticios, generalmente ricos en grasas de origen animal y vegetal: *“Pues muchas veces lo que me cuesta trabajo es dejar de comer los sopecitos (sic)....”* (58 años, soltera, empleada; entrevista).

El patrón alimentario incluye las comidas de celebración que generalmente contienen gran cantidad de calorías: *“....cuando tienes una fiesta.....casi siempre va con arroz y frijoles y tortillas y refresco, ah, eso sí, el refresco no puede faltar y de postre, el pastel.....porque un cumpleaños sin pastel no es cumpleaños”* (45 años, casada, empleada, carrera técnica; grupo focal), que junto a la función integradora y de pertenencia que se le da a la comida, *“.....el sentirte como parte de una familia....por sentirte integrado...”* [en alusión a las barreras para mantener un peso corporal adecuado] (50 años, soltera, empleada, licenciatura; grupo focal); constituyen limitantes para las mujeres en su propósito de mantener un peso corporal adecuado.

La accesibilidad a la televisión es un factor ambiental percibido como barrera para mantener un peso saludable, por la publicidad tendenciosa que crea expectativas en las televidentes con el único afán de hacerlas caer en el consumo: *“Ahora que la tele influye demasiado, ¿no creen? En el taller vimos cómo la coca hace que confundamos la felicidad con tomar un refresco o simplemente el gansito, cuántos años no tienen diciéndonos: recuérdame.....”* (46 años, casada, hogar; grupo focal [en barreras para mantener un peso corporal saludable]).

Entre los determinantes individuales percibidos como barreras para mantener un peso corporal saludable, se encuentra la falta de costumbre para hacer ejercicio, derivada de la tradición cultural que impone a las mujeres la prohibición de usar pantalón y ropa deportiva, como una forma de sometimiento masculino y de constreñir al ámbito de lo puramente privado a la mujer: *“No sé, lo que pasa es que no estoy acostumbrada a hacer aerobis (sic) o caminar, ni tenis tengo y no uso pans (sic), ni pantalón. No estoy impuesta”*; (44 años, casada, hogar, sin escolaridad; entrevista [en barreras para mantener un peso corporal saludable]).

El no dedicar tiempo para sí mismas, anteponiendo obligaciones relativas al género, es una limitante que impide mantener un peso corporal adecuado: *“.....no estamos acostumbradas a dedicarnos un tiempo para nosotras, siempre estamos pensando en los hijos, el marido, el trabajo, la casa”* (52 años, casada, empleada, licenciatura; grupo focal [barreras para mantener un peso adecuado]). Relacionada con la práctica de ejercicio físico, otra limitante es la vergüenza de ejercitarse frente a otros: *“Sí me daban ganas pero ir a un gimnasio me daba mucha pena....hacer ejercicio así me cuesta un trabajo que me vea la gente.....”* (40 años, soltera, hogar, preparatoria; grupo focal) y creer que hacer ejercicio por cuenta propia las haría sentir inapropiadas: *“Yo no quiero hacer ejercicio yo solita, yo quiero más compañeras, si lo hiciera solita iban a decir que estoy loca”* (58 años, soltera, empleada; grupo focal).

En cuanto a la forma de alimentarse, las mujeres encontraron que la falta de solidaridad de la familia, es decir, la carencia de respaldo de su círculo afectivo más cercano, les impide mantener un peso corporal saludable: *“Yo tengo hijos muy independientes pero lo que yo quiero es su apoyo moral, que me echen porras porque*

sí lo veo difícil para que yo baje de peso con puro ejercicio” (52 años, casada, empleada, licenciatura; grupo focal [en referencia a las barreras para mantener un peso corporal saludable]).

Otra de las barreras relacionada con la alimentación es la falta de costumbre de alimentarse sanamente y la falta de tiempo para preparar alimentos saludables: *“Yo insisto, la falta de costumbre y la falta de tiempo en mi caso, para lavar, desinfectar y preparar la ensalada” (45 años, casada, empleada; grupo focal);* también relacionaron la ausencia de una educación en salud: *“.....es muy difícil porque no estamos educados para alimentarnos bien” (41 años, soltera, empleada; grupo focal),* aunado a la falta de accesibilidad a productos saludables, determinada por la condición socioeconómica de las participantes quienes están constreñidas a elegir productos alimenticios al alcance de su bolsillo: *“El dinero es una limitación para comer sano.....” (46 años, casada, hogar; grupo focal [en alusión a las barreras para mantener un peso corporal saludable]).*

La etapa de la mujer en la que deja de ovular fue vista como una limitante para mantenerse en un peso adecuado: *“Cuando llega la menopausia.....empiezan a engordar, engordar, engordar...” (52 años, casada, empleada; grupo focal);* sumada a la postergación de toda iniciativa para adoptar hábitos sanos: *“La falta de fuerza de voluntad, porque siempre estamos, mañana empiezo, el próximo fin de semana...” (40 años, hogar; grupo focal [en alusión a las barreras para mantener un peso corporal adecuado]).*

Los **beneficios** de mantener un peso corporal adecuado fueron relacionados por las mujeres con: gozar de buena salud, bienestar, prevenir enfermedades, mejorar la condición física, tener aceptación social, agilidad y buen humor, autoaceptación y autoestima.

Las mujeres asociaron la ventaja de tener un peso corporal saludable con gozar de salud física y emocional: *“Pues.....bueno, yo pienso que primeramente está la salud.....En algunas pláticas nos han dicho que el verse bien mejora la autoestima y eso ayuda a la salud mental” (44 años, casada, hogar; entrevista).* En este sentido,

también destacaron la ventaja en la prevención de enfermedades: *“Irse preparando, no darle motivos a ninguna enfermedad de aparecer”* (58 años, soltera, empleada; entrevista [beneficios para mantener un peso corporal adecuado]).

Otras ventajas percibidas se relacionan con tener buena condición física: *“...para no cansarme, no fatigarme, para no tener problemas de presión....”* (44 años, casada, hogar; entrevista); así como también tener una alta autoestima: *“Tener una autoestima muy elevada”* (45 años, casada, empleada; grupo focal [en alusión a las ventajas de mantener un peso corporal saludable]).

La aceptación social es un beneficio que las mujeres relacionaron con el mantenimiento de un peso saludable: *“Sobre todo, no sentirse rechazada....”* (40 años, soltera, hogar; grupo focal [refiriéndose a las ventajas de mantener un peso corporal adecuado]); igualmente, se refirieron a la agilidad y el buen ánimo que pueden experimentar al tener un peso normal: *“una ventaja sería.... que ya no ande de mal humor, con el peso que ya bajé ando más ágil, antes por todo me molestaba, me cansaba muchísimo....”* (40 años, soltera, hogar; grupo focal).

Para las mujeres, la autoaceptación es otro beneficio relacionado con el mantenimiento de un peso corporal saludable: *“.....que te aceptes a ti misma y eso lo irradias a los demás”* (52 años, casada, hogar; grupo focal [ventajas de mantener un peso saludable relacionado a la práctica de ejercicio físico]). En este apartado destacó también la salud mental al tener actitudes positivas: *“El ejercicio nos hace ser más positivos en la vida.....”* (46 años, casada, hogar; grupo focal).

Las mujeres encontraron una relación positiva entre ejercicio físico y salud: *“....yo hago ejercicio, eso sí, procuro hacerlo toda la semana [caminata durante una hora].....bueno, menos los sábados y domingos”* (44 años, casada, hogar, preparatoria; entrevista [acciones para obtener un peso corporal saludable]). Diferenciaron la actividad física del ejercicio físico regular para lograr un peso corporal satisfactorio: *“La actividad física ayuda a quemar calorías pero una rutina regular es más eficaz”* (54 años, soltera, hogar; grupo focal)

Se encontró que las mujeres percibieron en el temor o rechazo a la obesidad, un factor protector del riesgo a sufrir esta condición: *“Pues el hecho de que no me gusta verme gorda”* (41 años, soltera, empleada; grupo focal). Por otro lado, el mandato divino es una expresión de autoaceptación: *“Si aceptamos nuestra forma y decimos que así somos porque así nos mandó Dios pues hay que aceptarlo”* (58 años, soltera, empleada; grupo focal).

Habilidades personales de autocuidado

Las **prácticas de autocuidado** para mantener un buen peso corporal se relacionaron principalmente con hábitos de alimentación y ejercicio físico, tales como: caminar regularmente, alimentarse de manera balanceada, racionar la comida, incorporar verduras, masticar suficientemente; en adición, las mujeres consideraron también la firmeza de convicciones, ser crítica frente a la publicidad, mantener una actitud positiva y chequearse periódicamente.

Algunas de las participantes ya procuran ciertas prácticas de autocuidado: caminata sola o en compañía: *“Sí, procuro caminar casi todos los días por la mañana...vamos yo y mi vecina.....casi siempre vamos las dos”* (44 años, casada, hogar; entrevista); o el consumo de alimentos balanceados: *“.....como bien.....y también procuro que coman ensaladas [en referencia a su familia], no es diario pero sí dos veces o tres por semana por lo menos”* (44 años, casada, hogar; entrevista [refiriéndose a las acciones que realiza para mantener un peso saludable]).

Se destacó una práctica poco frecuente: darse tiempo de masticar bien los alimentos: *“....yo le agradezco....a mi madre....que nos enseñó a masticar mucho los alimentos....nos daba tiempo para comer con calma....”* (50 años, soltera, empleada; grupo focal [en acciones de autocuidado para mantener un peso corporal saludable]).

Entre las acciones que contribuirían al mantenimiento de un peso corporal adecuado están: la disminución de la cantidad de comida: *“Yo pienso que lo que podemos hacer es racionar la comida, no excedernos”* (45 años, casada, empleada; grupo focal); y la preparación de los alimentos de manera más sana: *“Preparar algo menos grasoso y que lleve verduras, principalmente”* (54 años, soltera, hogar; grupo focal).

En caso de padecer alguna enfermedad específica, el cuidado de la alimentación se vio como una acción de autocuidado: *“.....yo llevo a las fiestas mis ensaladas y mi botella de agua, porque yo soy diabética”* (50 años, soltera, empleada; grupo focal); y por absurdo que parezca, la habilidad de ejercitarse aún en condiciones restrictivas: *“Ummmm Yo hago ejercicio sentada, puedes llenar dos botellitas con agua, puedes hacer pesas mientras ves tele.....”*(52 años, casada, empleada; grupo focal [en relación a las acciones que realiza para mantener un peso corporal adecuado]).

Una práctica que tiene relación con los ingresos familiares, con el estilo y calidad de vida más que con el mantenimiento de un peso corporal adecuado: *“Yo nomás doy dos [comidas], porque almuerzo hasta las doce ya que de veras, de veras tengo hambre y voy y me preparo y voy por mis tortillas calientes,...pero eso sí, mi coca no ha de faltar, eso sí, es una coca para todo el día....”* (58 años, soltera, empleada; entrevista).

El chequeo periódico de ciertos indicadores contribuye al mantenimiento de un peso corporal saludable, siempre que se pueda tener acceso a los servicios de salud públicos o privados: *“.....bueno, en mis estudios, los últimos que me mandó hacer el doctor, salió que tengo bien el colesterol, los triglicéridos y la glucosa, creo que debo checarlos cada año por lo menos”;* (44 años, casada, hogar; entrevista).

Un atributo de la personalidad, consistente en mantener una convicción firme a pesar de la falta de apoyo familiar, ayuda a mantener un peso corporal saludable: *“Soy tan firme que en la casa todo el mundo está tomando coca cola..... yo estoy con mi agua.....”* (52 años, casada, empleada; grupo focal). Igualmente, ver la televisión con una actitud crítica frente a la avalancha de productos publicitados: *“Todas esas cosas que anuncia la tele, yo no le doy importancia porque es sólo para que uno haga la compra”;* (58 años, soltera, empleada; grupo focal).

Evaluación del proceso

En cuanto a la **evaluación del proceso**, las respuestas de las participantes en temas relativos al cumplimiento de objetivos de la iniciativa se relacionaron con el aprendizaje y con un resultado positivo no esperado: *“.... yo creo que aprendí mucho, y no sé, pero durante este tiempo bajé 6 kilos y eso me motivó más a casi no faltar.....”*

(40 años, soltera, hogar; grupo focal); así como con el intercambio de saberes y experiencias: *“Sí, para mí se cumplió con lo que esperaba, y todavía más, porque conocí a otras mujeres con el mismo problema que el mío [se refiere a la diabetes] y pudimos intercambiar cosas que sabíamos; conviví con compañeras de trabajo y conocí su forma de pensar y de ser fuera del trabajo”* (50 años, soltera, empleada; grupo focal).

Las participantes relacionaron la utilidad de la información que se les proporcionó durante la iniciativa con aspectos como la medición de sus datos antropométricos y con las reflexiones que hicieron respecto a su forma de alimentarse: *“A mí me sirvió porque hace mucho no me pesaban ni me medían y tampoco me había puesto a pensar en lo que como”* (54 años, soltera, hogar; sesiones).

Otras asociaciones que hicieron acerca de la utilidad de la información, tuvo que ver con el valor que dieron al autocuidado: *“Porque me da las herramientas necesarias para cuidarme* (46 años, casada, hogar; grupo focal); y con el sustento científico en el que se basaron los mensajes de salud: *“A mí me pareció muy útil cuando vinieron las doctoras, sí, las que nos dieron la información de nutrición y ejercicio, porque hablaron de lo que yo no tenía ni idea....”* (40 años, hogar, soltera; grupo focal).

La pertinencia de los materiales empleados se vinculó a su sencillez y a la participación que tuvieron en su elaboración: *“Sí fueron los adecuados a pesar de que eran sencillos y la ventaja como dicen es que pudimos hacer nuestro propio material, desde los gafetes, se acuerdan”* (46 años, casada, hogar; grupo focal); así como a la ventaja de poder utilizarlos con un fin práctico: *“.....a mí me gustó el tríptico que nos entregaste para que lleváramos como nuestra agenda de salud.....”* (41 años, soltera, empleada; grupo focal).

Las participantes hicieron referencia a lo significativo que les parecieron los materiales: *“Porque aprendí a hacer ensaladas ricas y nutritivas”* (58 años, soltera, empleada; grupo focal) y a la novedad que encontraron al relacionar la elaboración de su propio material con la integración del grupo: *“Porque ayudaron a la dinámica e*

integración del grupo” [al referirse a la pertinencia de los materiales] (52 años, casada, empleada; grupo focal).

Las técnicas educativas fueron calificadas por las mujeres como interesantes: “ *Sí fueron adecuadas pero en lo personal, se me hizo muy interesante el taller de publicidad y salud, desde que nos pediste presentar un spot de televisión o un anuncio de radio, yo nunca me había puesto a pensar en eso antes....*” (45 años, casada, empleada; grupo focal). También les permitieron aprender las consecuencias del sobrepeso y la obesidad: “*A mí, lo que se me hizo interesante.....fue el taller de autocuidado....todas terminamos poniendo en la cartulina cuál era el riesgo de tener sobrepeso, lo grave que podría ser, si podían más nuestras limitaciones que las ventajas de alimentarnos bien, la burla que me hicieron porque les dije que llevaba mi comida a las fiestas...*” (50 años, soltera, empleada, jefa de familia; grupo focal).

Las mujeres señalaron que los mensajes de salud que se manejaron durante la iniciativa fueron comprensibles: “*A mí me parecieron claros y con el recordatorio de cada semana se me hizo más fácil entenderlos*” (54 años, soltera, hogar; grupo focal); y contundentes: “*Yo creo que los mensajes principales nos quedaron muy claros: alimentación saludable y práctica de ejercicio*” (45 años, casada, empleada; grupo focal).

La actitud de la facilitadora destacó por su trato humano: “*Excelente, humana, clara, explicó a cada paso lo que nos fue enseñando para que aprendiéramos nosotras y para que lo llevemos a la práctica y con la familia y amistades para que vean que es diferente*” (40 años, soltera, hogar; grupo focal); empático y comprensivo: “*Es muy bueno que sea amable y paciente sobre todo conmigo, que ya no veo ni escribo bien*” (60 años, casada, hogar; sesión).

Las características de lugar y tiempo de las sesiones fueron relacionadas con la suficiencia y disponibilidad y con una situación que distinguió al grupo: “*Para mí el lugar fue excelente, con espacio suficiente, mobiliario disponible, y lo mejor es que nosotras inauguramos la Casa de Cultura de Tejalpa, gracias a que el Delegado tuvo esa*

iniciativa” (41 años, soltera, empleada; grupo focal). Otro aspecto que valoraron fue que se tomó en cuenta la circunstancia personal de cada una de modo que asistieran con regularidad: *“Creo que el día destinado para las sesiones fue el que mejor nos quedaba tanto para las que trabajamos como para las que están en la casa, y lo mejor es que con reloj en mano empezaban y terminaban puntuales y sí terminábamos las actividades que Carmen nos proponía”* (52 años, casada, empleada; grupo focal).

Las motivaciones de las participantes para asistir a las sesiones se centraron en el interés por el tema del proyecto: *“Por curiosidad y porque el nombre del curso me atrajo: Autocuidado en mujeres de mi edad”* (44 años, casada, hogar; sesión) y por el tipo de participación que se les demandó: *“En que cada sesión tenía su propio encanto y que además en ninguna estuvimos pasivas”* (50 años, soltera, empleada; grupo focal).

Destacó la libertad que experimentaron en las sesiones: *“La libertad de expresarse, de decir las cosas sin pena ni miedo, sin que nos sintiéramos juzgadas”* (52 años, casada, empleada; grupo focal) y la posibilidad de dedicar tiempo para sí mismas: *“Es un tiempo que me quiero dar para mí”* (54 años, soltera, hogar; grupo focal), así como de considerar el tiempo que dedicaban a cada sesión como parte vital para su vida: *“de este proyecto depende mi salud”* (58 años, soltera, empleada; sesiones [en alusión a la motivación para asistir a las sesiones]).

Temas sobre los que pidieron tener más información. Primeramente, los relacionados a la etapa de su ciclo de vida: *“.....tal vez sean necesarias más sesiones para tratar el cuidado de la mujer en la menopausia que si no somos ya andamos cerca la mayoría”* (54 años, soltera, hogar; grupo focal); sobre adquisición de productos saludables: *“Orientación para no comprar cosas innecesarias y que no sean perjudiciales para la salud”* (41 años, jefa de familia, empleada; sesiones) y recurrentemente, cuestiones de nutrición: *“En cuanto a una alimentación más sana”* (40 años, soltera, empleada; sesiones); *“Sobre variedad de bebidas. La de hoy me encantó”* (47 años, jefa de familia, empleada; sesiones). En otro orden, el apoyo de personas con la misma afección: *“Sobre grupos o clubs de apoyo [en alusión a la diabetes]”* (40 años, jefa de familia, comerciante; sesiones).

Al responder a las preguntas cerradas de opción múltiple del cuestionario de evaluación de las sesiones, las participantes calificaron como buena la actuación de la responsable; puntual en la hora de empezar y terminar las sesiones y pertinencia de los materiales empleados.

DISCUSIÓN

El estudio involucró a población con alto riesgo de padecer sobrepeso y obesidad, no sólo por la mayor vulnerabilidad que por género presentan las mujeres ante esta condición de salud y de encontrarse en una etapa del ciclo vital que incrementa la susceptibilidad, sino por vivir en un ambiente obesigénico que las somete a sus esquemas: sedentarismo, accesibilidad a alimentos de baja calidad nutricional y alto contenido en grasas, azúcares y sal; bebidas azucaradas; al urbanismo y a la inmediata accesibilidad al entretenimiento televisivo.

El trabajo muestra una diferencia en el autocuidado de las mujeres en relación a la práctica de ejercicio físico en la que la edad juega un papel importante. Aquellas que se encuentran en la década 40/50, son más propensas a realizar ejercicio físico que las mujeres en la década 51/60 quienes presentan un total desapego a este hábito; resultado similar a lo encontrado por Rodríguez, Boned y Garrido, en el sentido de que etapas tempranas de la adultez, favorecen la práctica de ejercicio físico y conforme avanza la edad, las mujeres se vuelven más sedentarias⁵⁸ y como afirman Weinberg y Gould, difícilmente en la edad adulta se adquirirá como hábito sano si desde la niñez no se inculcó el ejercicio físico⁵⁹; como bien lo externaron las mujeres.

En las prácticas de autocuidado relacionadas a la alimentación, también se encuentra una diferencia vinculada a la edad; inversa a la anterior. Las mujeres de 51/60 años tienen mayor cuidado de los alimentos que consumen que las mujeres de 40/50; en este caso, ser añosa opera positivamente, lo que podría deberse a que estas mujeres ya no tienen la presión de la crianza de los hijos, aunado a las habilidades desarrolladas en este ámbito para tratar la DM que cursan algunas de ellas, en virtud de que el manejo adecuado de esta enfermedad se ha estandarizado en los servicios de

salud conforme lo establece la Norma Oficial Mexicana en la parte correspondiente a alimentación⁶⁰.

La práctica de ejercicio físico recreativo se asocia negativamente con el nivel escolar de las mujeres; a menor escolaridad, mayor inactividad física. Martins y colaboradores, encontraron que entre las mujeres adultas brasileñas, la escolaridad fue el único factor sociodemográfico que impactó en la menor actividad física en tiempo de ocio⁶¹. Este resultado podría extenderse al proyecto que nos ocupa, toda vez que las mujeres con escasa o nula instrucción escolar, presentaron un total desapego a la práctica de ejercicio físico regular.

Se encontró que el no dedicar tiempo para sí misma, la falta de tiempo, de motivación y de costumbre para realizar ejercicio físico, el cansancio, la falta de dinero, la vergüenza de ejercitarse frente a otros y el componente social que suele acompañar al ejercicio, son las causas de la inactividad que podrían estar influyendo en la condición de sobrepeso u obesidad en el 58% de las mujeres; resultados similares se exponen en el estudio de Ruiz Juan, García Montes y Díaz Suárez, con población de la Habana de 16 a 65 años⁶² y en el de Niñerola, Capdevila y Pintanel³⁰, quienes trabajaron con población de 13 a 63 años de edad; éste último da cuenta de la ansiedad física social que limita la práctica de ejercicio físico debido a la timidez que provoca la idea de que el cuerpo sea objeto de burlas.

Las prácticas de una alimentación saludable se vieron afectadas por el ingreso familiar y por la posición social de cada participante, pues como afirman Daponte, Bolívar, Moya y Corpas, en su estudio con población andaluza y española adulta, la situación de pobreza incide en el consumo de una dieta alta en calorías, por ser más económica que aquella que incluye alimentos frescos, pues si sólo se puede disponer de alimentos en dos momentos al día, éstos resultan ser altamente calóricos, como fue el caso⁶³.

De acuerdo al ensayo comunitario realizado en una zona urbana de Colombia, a cargo de Prada, Bubeybe, Herrán y Herrera, la falta de tiempo y de conocimiento en la

preparación de alimentos nutritivos influyeron en el consumo deficitario de alimentos saludables entre la población⁶⁴; este hallazgo es similar a lo encontrado en el presente trabajo: en las mujeres que tienen doble jornada, la falta de tiempo podría influir en el descuido de la alimentación en 75% de los casos y en aquellas que se dedican al hogar, la falta de orientación respecto a las propiedades nutricionales de los alimentos y la forma de prepararlos, podría incidir en el descuido de la alimentación en 33% de las mujeres de este grupo; en ambos, se estaría frente al riesgo de padecer obesidad o sobrepeso.

Los años que rodean la menopausia, ciclo vital en el que se presentan fuertes cambios hormonales, constituye una barrera para el mantenimiento de un peso adecuado, que podría estar influyendo en el sobrepeso o la obesidad de 53% de las mujeres (46 a 60 años) y en mayor medida, en aquellas de más de 50, que constituyen el 60% de este segmento. El resultado tiene su correlato en estudios como el de Pavón, Alameda y Olivar, quienes en su revisión, hallaron el vínculo entre hipoestrogenismo y obesidad³¹; al igual que Custodio y colaboradores, en su trabajo con mujeres españolas de 45 a 68 años⁶⁵.

A su vez, la multiparidad que reportaron las mujeres del grupo, puede ser un factor de exposición en la ganancia de peso corporal que estaría influyendo en su condición de sobrepeso u obesidad, toda vez que de acuerdo al estudio de Kac y colaboradores, con mujeres brasileñas en edad fértil, se encontró que nueve meses después del parto, aún retenían 35% de cada kilogramo de peso ganado durante el embarazo⁶⁶. Los antecedentes hereditarios reportados por las participantes, respecto de enfermedades crónico-degenerativas, pudiera también estar influyendo en su condición; en particular, la obesidad, que de acuerdo al análisis de Saavedra y colaboradores, tiene en parte, un origen genético, debido a la expresión de varios genes menores que se activan con la influencia de condiciones ambientales y que se pueden replicar subsecuentemente⁶⁷.

Por otro lado, una vida emocional desequilibrada, producto de pensamientos negativos hacia sí misma y hacia los demás, insatisfacción del estado de ánimo y con la imagen de sí misma, relaciones familiares y sociales poco satisfactorias, mala comunicación con personas cercanas, así como la falta de convivencia en actividades

recreativas, podría estar influyendo en la condición de SpO en por lo menos un tercio de las participantes.

Al respecto, Alvarado, Guzmán y González, al intervenir un grupo mayoritariamente de mujeres entre 25 y 65 años en el Estado de Veracruz, encontraron que, sentimientos como tristeza, enojo y aburrimiento, pueden provocar que algunas personas ingieran alimentos de forma compensatoria⁶⁸; por su parte, Cabello Garza y Zúñiga, al trabajar con mujeres y hombres obesos de origen mexicano y mexicoamericano, de entre 24 y 55 años, coinciden al decir que “La génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes y con la utilización de la comida como refugio para compensar frustraciones, tristeza, necesidades y temores”⁶⁹.

En el presente trabajo se encontró que el rechazo de las mujeres a la presión social de mantenerse esbeltas está relacionado con la afectación de su imagen corporal y de su salud emocional; les molesta que el cuerpo de la mujer se convierta en un objeto estereotipado; sin embargo, no desean verse excedidas de peso, aunque este deseo se relacione más con su preocupación por la salud.

Por otro lado, se encontró una contradicción que resulta paradójica y por tanto, destacable: la exaltación de la mujer delgada en medios masivos de comunicación, contrasta con el ambiente mediático que rodea a las mujeres; el sólo hecho de estar frente al televisor implica un descenso en el gasto calórico, aunado a la incitación al consumo de alimentos hipercalóricos. Durá Travé y Sánchez Valverde, al estudiar la obesidad infantil²⁸, reportan el incremento de peso corporal por el uso de la televisión, resultado que podría aplicarse al grupo de mujeres, por los efectos acumulativos de energía que conlleva.

La mayoría de las participantes refiere estar satisfecha con su imagen, percepción que incluye la satisfacción con su peso corporal, asociado más a la figura que al peso real; probablemente porque el pesarse no es un hábito común y porque mantienen una autoestima elevada; en relación a este aspecto, Dorantes Gómez y Martínez Rivera, al estudiar la estimación subjetiva del cuerpo en mujeres de 20 a 40 y 40 a 60 años, refieren que la relación entre percepción del cuerpo y grado de aceptación del mismo,

se deriva de las creencias y experiencias que se tengan y de la forma de apropiación del estereotipo de mujer³⁴.

La valoración de los conocimientos de las participantes, antes y después de la iniciativa, permitió encontrar las diferencias positivas y significativas de conceptos relacionados con las propiedades nutricias de los alimentos, ejercicio físico y el término autocuidado, debido probablemente a que se abordaron durante las sesiones y a que algunas de las mujeres han recibido información del programa Oportunidades y otras más han aprendido a comer saludablemente para controlar la diabetes.

Las opiniones de las participantes evidencian la utilidad de la información que recibieron. Concebir la salud/enfermedad como un proceso positivo a pesar de la condición de sobrepeso u obesidad que aqueja a las mujeres y de que un alto porcentaje de ellas padece DM; reforzar prácticas saludables a través del intercambio de experiencias, del aprendizaje significativo, del conocimiento basado en la evidencia y fomentar una actitud crítica frente a los mensajes publicitarios relacionados con la salud, contribuyó a que las mujeres puedan adoptar hábitos de autocuidado que les permita alcanzar un peso corporal sano.

CONCLUSIONES

El sobrepeso y la obesidad de las mujeres está relacionado principalmente con la práctica deficitaria de hábitos alimenticios sanos y ejercicio físico regular, vinculados a factores intrapersonales: pensamientos, sentimientos, actitudes y preferencias personales; como a factores sociales: bajo ingreso familiar, patrón de alimentación cotidiana, patrón de comidas de celebración y disponibilidad de alimentos de alto contenido calórico.

Los intereses de las mujeres del proyecto están en función de su ciclo de vida y de las condiciones físicas en las que se encuentran; entre 40 y 50 años propenden más hacia el ejercicio físico y de 50 a 60 años por el cuidado de la alimentación; en ambos

grupos, la motivación de estos cuidados es la salud. Si bien, perciben su condición de sobrepeso y obesidad desde su posición de hijas, madres, esposas y abuelas, sus acciones de autocuidado están en función más que de su estatus familiar, de su situación económica, misma que depende del ingreso familiar, de la forma en que obtienen ese ingreso y del estrato social al que pertenecen.

El cambio de expectativa de las mujeres en el transcurso de las sesiones, al demandarles una participación más activa que receptiva, influyó en sus motivaciones personales para asistir. Encontrar la evidencia que sustenta sus prácticas saludables, reforzó su actitud frente a éstas; conocer y enfrentar los factores que pueden estar causando su estado de sobrepeso u obesidad, y a partir de ahí, evaluar el riesgo en el que están y compararlo con los beneficios que les representa el cuidado del peso corporal, contribuyó a la verbalización de actitudes y habilidades que les ayudarán a realizar acciones concretas de autocuidado en materia de alimentación y ejercicio físico.

Podría afirmarse que el autocuidado en las mujeres se fomentó desde el momento en que se prestó atención a sus datos antropométricos, sus valores de tensión arterial y sus antecedentes hereditarios sobre enfermedades crónicas y cáncer; al cuestionarles sobre sus hábitos de salud, su vida de relación y su vida emocional; al evaluar sus conocimientos en materia de alimentación, ejercicio físico y salud en general, al explorar sus percepciones acerca de la amenaza que representa para ellas el SpO, las ventajas y limitaciones que enfrentan para mantener un peso saludable y conocer las acciones de autocuidado que realizan y estarían dispuestas a llevar a cabo en prácticas de alimentación y ejercicio físico.

A pesar de que algunas de las participantes padecen diabetes mellitus y la totalidad del grupo presenta sobrepeso u obesidad, considerados éstos, como una enfermedad y a su vez, como un factor de riesgo para comorbilidades crónico- degenerativas; se fomentó el concepto de Salud Positiva al ver su salud no sólo como ausencia de

enfermedad sino como recurso para la vida y como oportunidad para adoptar acciones de autocuidado que neutralice parte de los factores de exposición.

LIMITACIONES

Una limitante de la presente iniciativa en lo que se refiere a la asistencia a las sesiones, fue el hecho de que el trabajo grupal se supeditara a las posibilidades de asistencia de las participantes por no ser público cautivo, mismas que estuvieron en función de la situación particular de cada mujer, determinada por prioridades como el cuidado de sus hijos, su trabajo y presentar cansancio.

El instrumento que exploró las prácticas de autocuidado fue muy extenso y al mismo tiempo careció de variables importantes para las mujeres de esta edad, específicamente las que se refieren a la etapa del ciclo vital y al número de embarazos, ya que ambas condiciones influyen en la vulnerabilidad para ganar peso corporal. También se omitió un dato relevante que se refiere a si las mujeres han recurrido a algún método para controlar su peso corporal, su apego y resultados obtenidos y por cuanto a hábitos de alimentación, se omitió la cantidad y calidad de líquidos que ingieren, toda vez que los líquidos forman parte importante del patrón alimentario, principalmente refrescos, que constituyen una limitante para mantener un peso saludable por el efecto acumulativo de energía que provocan en el organismo.

Se omitió la pregunta relativa a si las participantes pertenecen a algún sistema formal de servicios de salud; si recurren a alguna instancia alternativa; respuestas que revelarían la preferencia en la atención y la derechohabencia al sistema de seguridad social para atender su condición de sobrepeso u obesidad.

El proyecto no evaluó las habilidades personales de autocuidado adquiridas por las mujeres durante la iniciativa, debido a que desde el diseño no se contempló dicha evaluación, en virtud de que el cambio de actitudes y prácticas demanda más tiempo de trabajo grupal, sin embargo, habría resultado valioso saber cómo influyó la iniciativa en este sentido.

Conceptos como estilos de vida, nivel de ingresos y calidad de vida tuvieron una presencia marginal en el proyecto; sin embargo, son temas relacionados fuertemente a las prácticas alimentarias y de actividad física de las mujeres como formas de autocuidado.

RECOMENDACIONES

Para estudios venideros

A fin de obtener resultados satisfactorios en cuanto a cambio de actitudes y hábitos saludables en mujeres adultas maduras, se requiere de iniciativas de educación en salud más duraderas, entre cuyos objetivos pudieran incluirse la reducción de peso corporal, la reducción de medidas, la mejora de la calidad y duración del sueño, en su caso; a través de indicadores que midan el tiempo dedicado a realizar ejercicio, el porcentaje de incremento en el consumo de frutas y verduras, la reducción de ingesta de bebidas azucaradas, la reducción de tiempo frente al televisor, entre otros.

Diseñar instrumentos que revelen el patrón de ingesta de líquidos, la etapa del ciclo vital en la que se encuentra la mujer, número de embarazos, tipo de servicios de salud a los que acude, métodos de control de peso corporal; por la relevancia que tienen para el mantenimiento de un peso saludable.

Para las mujeres

Llevar a cabo las acciones de autocuidado que se verbalizaron en el grupo focal y las que se realizaron durante las sesiones educativas en relación a alimentación y ejercicio físico; estar atenta al menor incremento de peso corporal, consumir alimentos balanceados, destinar 30 minutos diarios al ejercicio físico, pesarse y medirse la circunferencia de cintura periódicamente, chequearse la presión arterial, acudir a los servicios de salud para monitorear los niveles de colesterol, triglicéridos y glucosa.

Para el INSP

Planear el mecanismo de seguimiento institucional a los trabajos desarrollados en la comunidad, bien sea mediante un segundo proyecto o alternativas que mantengan el interés por el tema y por el segmento poblacional y sobre todo, no perder el contacto con la comunidad.

REFERENCIAS

- 1 Villa A R, Escobedo M H y Méndez-Sánchez N. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Med Mex. 2004; 140 (Supl 2): S21-5.
- 2 Secretaría de Gobernación. Diario Oficial de la Federación. México. Fecha: 3 de febrero de 1983. (Consultado el 22 junio 2012). Disponible en: <http://dof.gob.mx/index.php?year=1983&month=02&day=03>.
- 3 Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud. PNS 2007-2012, México. (Consultado el 16 noviembre 2012). Disponible en: http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/pns_version_completa_pronasa.pdf.
- 4 Secretaría de Salud. Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una mejor salud, 2007. (Consultado el 11 de noviembre de 2012). Disponible en: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/estrategia_nacional.pdf.
- 5 Córdoba-Villalobos J A, Barriguete-Meléndez J A, Lara-Esqueda A, Barquera S, Rosas Peralta M, Hernández-Ávila M, *et al*. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. Salud Pública de Méx 2008 (50); 5: 419-427.
- 6 Hernández Gómez L. Neoliberalismo y salud, qué pasó en América Latina, la experiencia cubana. Rev Cubana Salud Pública 2002: 28 (3).
- 7 Laurell A C. La Salud: de derecho social a mercancía. En: Nuevas Tendencias y Alternativas en el Sector Salud. Fundación Friederich Ebert Stiftung en México (Eds.). Universidad Autónoma Metropolitana 1995; 31.

- 8 Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. Ginebra, Suiza: OMS 2004. (Consultada el 18 abril 2012). Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_spanish_web.pdf.
- 9 Organización Mundial de la Salud. Glosario de Promoción de la Salud. Ginebra, Suiza, 1998. (Consultada el 31 dic. 2011). Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf.
- 10 El ambiente obesigénico: entre el poder legislativo y ejecutivo. En: Manifiesto por la Salud alimentaria. El poder del consumidor. (Consultado el 16 de octubre de 2012). Disponible en: [http://www.boell-latinoamerica.org/downloads/manifiesto_salud-alimentaria_\(1\).pdf](http://www.boell-latinoamerica.org/downloads/manifiesto_salud-alimentaria_(1).pdf).
- 11 Kauffer-Horwitz M, Tavano Colaizzi L y Ávila Rosas H. Obesidad en el Adulto. (Consultado el 11 de octubre de 2012). Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/unidad2/obesidad.pdf>.
- 12 Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Nota Descriptiva 311, mayo 2012. Centro de prensa Internacional. (Consultada el 16 de octubre de 2012). Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- 13 World Health Organization. International Classification of Diseases, 2010. (Consultada el 16 nov. 2012). Disponible en: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/IV>.
- 14 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral del Sobrepeso y la Obesidad. NOM 174-SSA3-2010. (Consultada el 16 noviembre 2012). Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5154226&fecha=04/08/2010.
- 15 Barquera S, Flores M, Olaiz-Fernández G, Monterrubio E, Villalpando S, González C *et al*. Dyslipidemias and obesity in Mexico. Salud Pública de Mex 2007; 49 (Supl 3): S338-S347.
- 16 Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. (ENSANUT 2006). (Consultada el 11 octubre 2012) Disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut2006.pdf>.
- 17 Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012), Capítulo 2 (Nutrición): 180-183. (Consultada el 22 noviembre 2012). Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>.

- 18 Instituto Nacional de Salud pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Capítulo Morelos. (Estado Nutricio): 77-85.
- 19 Segura Sánchez L E, Ortiz Mercadillo V, Mota Cervantes A, García Gutiérrez E y Cervantes Pérez MC. Diagnóstico Integral de Salud Poblacional DISP Tejalpa. 2010-2011. Biblioteca del INSP, Méx.
- 20 Ballesteros Arribas J M, Dal-Re Saavedra M, Pérez-Farinós N y Villar Villalba C. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad (Estrategia NAOS). Rev Esp Salud Pública 2007; (81) 5:443-449.
- 21 Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS. Estrategia mundial sobre alimentación saludable, actividad física y salud (DPAS) Plan de implementación en América Latina y el Caribe 2006-2007. Washington, D C. 2006.
- 22 Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte. CONADE. Diagnóstico y propuestas para la masificación de la actividad física y el deporte de alto rendimiento. México, 2009. (Consultada el 10 septiembre 2012). Disponible en: http://www.conade.gob.mx/Documentos/Conade/Documentos_basicos/PNCFD_2008/Sintesis_d_el_diagnostico.pdf.
- 23 Escolar Pujolar A. Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? Gac Sanit 2009; 23(5): 427-432.
- 24 El rol de la sociedad chilena en la prevención de la obesidad y otras enfermedades crónicas relacionadas con la dieta y la actividad física. Ministerio de Salud de Chile. Cumbre de Nutrición y Salud, 2008.
- 25 Florencia Peña S M. ¿A quienes considerar mujeres jefas de familia en la investigación antropológica? Nueva Antropología Méx 1992; (12) 41:159-72.
- 26 García B y De Oliveira O. Mujeres jefas de hogar y su dinámica familiar. Papeles de Población, enero-marzo 2005; 43:20-51.
- 27 Carrasco C. "La sostenibilidad de la vida humana: ¿Un asunto de mujeres? Mientras Tanto, Barcelona 2001; 82:1-27.

- 28 Durá Travé T y Sánchez-Valverde V F. Obesidad infantil: ¿un problema de educación individual, familiar o social? *Acta Pediatr Esp.* 2005; 63: 204-207.
- 29 Ortiz Gómez A S, Vázquez García V y Montes Estrada M. La alimentación en México: enfoques y visión a futuro. *Estudios Sociales, Revista de Investigación Científica* 2005; (13) 25:7-34.
- 30 Niñerola i Maymi J, Capdevila Ortis LL, Pintanel Bassets M. Barreras percibidas y actividad física: el autoinforme de barreras para la práctica de ejercicio físico. *Revista de Psicología del Deporte* 2006; (15) 1: 53-69:
- 31 Pavón de Paz I, Alameda Hernando C y Olivar Roldán J. Obesidad y Menopausia. *Nutr Hosp.*, 2006; 21(6):633-637.
- 32 Lora-Cortés C I y Saucedo-Molina T J. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México. *Salud Mental*, mayo-junio 2006; (29) 3:60-67.
- 33 Meza Peña C y Moral de la Rubia J. Obesidad: una aproximación desde la psicología psicoanalítica. *Revista Internacional de Psicoanálisis* 2011, (37).
- 34 Dorantes Gómez M A y Martínez Rivera M. La autoestima y las creencias sobre imagen corporal en mujeres: un acercamiento desde la perspectiva de género. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2007; (10) 3.
- 35 Malacara Hernández J M. Los factores psicosociales en la menopausia. *Revista de Endocrinología y Nutrición* julio/septiembre 2006, (4); 3:137-140.
- 36 Berlín M, Peralta D, Salem M. De la Rehabilitación a la Habilitación: resignificación de un concepto e implicancias para la práctica profesional. VIII Congreso de Educación Física. Argentina, 2009.
- 37 Marcos Plascencia L, Rodríguez Marcos L, Pérez Santana M y Caballero Riverí M. Tratamiento de Mujeres con Sobrepeso y Obesidad. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, 2009. 10: 1054-68.
- 38 Leitón Espinoza Z, Ordoñez Romero Y. Autocuidado de la Salud para el adulto mayor: Manual de Información para Profesionales. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social; Perú. Instituto Nacional de Bienestar Familiar. Lima MIMDES, 2003.

- 39 Organización Mundial de Salud. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canadá, 1986. (Consultada el 11 julio 2011). Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/hpp/ottawachartersp.pdf>.
- 40 Beltrán S L. Promoción de la Salud. Una estrategia revolucionaria cifrada en la Comunicación. Exposición Inaugural en la Tercera Conferencia Brasileña de Comunicación en Salud. Adamantina, S P Brasil, 2000; noviembre 6-8.
- 41 Illich I. Némesis médica. La expropiación de la salud. En internet: Community books. (Consultado el 31 enero 2013). Disponible en: <http://archive.org/details/NemesisMedica>.
- 42 Pelcastre-Villafuerte B, Riquer-Fernández F, De León-Reyes V, Reyes-Morales H, Gutiérrez-Trujillo G y Bronfman M. ¿Qué se hace para no morir de hambre? Dinámicas domésticas y alimentación en la niñez en un área rural de extrema pobreza de México. Salud Pública Mex 2006, 48:490-497.
- 43 Tobón-Correa O. El autocuidado. Una habilidad para vivir. Universidad de Caldas, Colombia, 2003. (Consultado el 15 mayo 2012). Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista%208_5.pdf.
- 44 Uribe J. Tulia M. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. (Consultado el 25 junio 2012). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0467.pdf>.
- 45 Sosa M P, López N. Autocuidado y cáncer cérvico-uterino en mujeres mexicanas. Horizon Enferm 2010; (21) 1: 81-89.
- 46 Hernández-Tezoquipa I, Arenas-Monreal L y Valde-Santiago R. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. Rev Saúde Pública 2001; 35(5): 443-50.
- 47 Quintero O M. El Autocuidado. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Anzola P D, Galinsky D, Morales M F, Salas A M (Eds). Publicación Científica No. 546, Wahington: OPS/OMS; 1994: 352-59.
- 48 De Roux G. La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. Educ Med Salud 1994; (28) 2: 223-233.

- 49 Cabrera A G, Tascón G J, Lucumí C D. Creencias en Salud: historia, constructos y aportes del modelo. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquía, Colombia, enero-junio 2001; (19) 1: 91-101.
- 50 Moreno San Pedro E, Roales-Nieto J G. El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en Salud. Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica 2003; (3) 1:91-109.
- 51 Champion V y Sugg Skinner C. The Health Belief Model. En: Health Behavior and Health Education. Theory, Research and Practice. Glanz K, Rimer B K y Viswanath K, (Eds.) USA, 2008; 45-62.
- 52 Ortiz-Hernández L, Delgado-Sánchez G, Hernández-Briones A. Cambios en factores relacionados con la transición alimentaria y nutricional en México. Gac. Med. Mex 2006; (142) 3: 181-193.
- 53 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial. NOM -030-SSA2-1999. (Consultada el 16 noviembre 2012). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/030ssa29.html>.
- 54 Tosta de Almeida R, Guimaraes de Almeida R y Araujo M. Obesidad abdominal y riesgo cardiovascular: desempeño de indicadores antropométricos en mujeres. Arq Bras Cardiol 2009; (92) 5:362-367.
- 55 Amezcua M y Gálvez Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436.
- 56 Íñiguez Rueda L y Antaki Ch. Análisis del Discurso. Revista Anthropos 177, marzo/abril 1998.
- 57 Ubillos Landa S y Goiburu Moreno E. Evaluación del Proceso, de Resultados e Impacto. Segundas Jornadas de SIDA STUDI, Barcelona, 2010.
- 58 Rodríguez Romo G, Boned Pascual C y Garrido Muñoz M. Motivos y barreras para hacer ejercicio y practicar deportes en Madrid. Rev Panam Salud Pública, 2009; 26(3):244-54.
- 59 Weinberg R S y Gould D. Fundamentos de Psicología del Deporte y del Ejercicio Físico. Editorial Médica Panamericana, 4ª.edición, 2010.

- 60 Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus. NOM-015-SSA2-2010 (Consultada el 19 diciembre 2012). Disponible en: http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/dirgral/marco_juridico/normas/nom_14.pdf.
- 61 Martins T G, Altenburg de Assis M A, Nahas M V, Gauche H y Moura E C. Leisure-time physical inactivity in adults and factors associated. Rev Saúde Pública 2009, (43) 5.
- 62 Ruiz Juan F, García Montes M E y Díaz Suárez A. Análisis de las motivaciones de prácticas de actividad física y de abandono deportivo en la Ciudad de La Habana (Cuba). Revista Anales de Psicología 2007; (23) 1:152-166.
- 63 Daponte A, Bolívar J, Moya M N y Corpas E. Desigualdades en la obesidad y en los factores asociados en la población adulta en Andalucía. Inguruak 2007; 44:143-162
- 64 Prada GE, Dubeybe Blanco L, Herrán O F, Herrera-Anaya M. Evaluación del impacto de un ensayo comunitario sobre el consumo de frutas y verduras en Colombia. Salud Pública Méx 2007; 49:11-19.
- 65 Custodio E, Bernis C, Barroso A, Montero P y Varea C. Riesgo cardiovascular en mujeres españolas de 45-68 años: el papel de la ferritina. Antropo 4:1-15.
- 66 Kac G, Benício M, Velázquez-Meléndez G, Valente J G y Struchiner C J. Gestational weight gain and prepregnancy weight influence postpartum weight retention in a cohort of brazilian women. J. Nutr 2004; 134: 661-666.
- 67 Saavedra Ontiveros D, Orera Clemente M, Jiménez-Millán A I y Moreno Esteban B. Mecanismos hereditarios de la obesidad: obesidad poligénica. Rev Esp Obes 2004; (5) 2: 279-286.
- 68 Alvarado Sánchez A M, Guzmán Benavides E y González Ramírez M T. Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología Méx 2005; (10) 2: 417-428.
- 69 Cabello Garza M L y Zúñiga Zárate J G. Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. Ciencia UANL abril/junio 2007, (10); 2:183-188.

ANEXOS

1.- Carta de Consentimiento Informado

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO para mujeres participantes en la Iniciativa de Educación en Salud que se llevará a cabo en Tejalpa, Centro, municipio de Jiutepec, Morelos, de octubre a diciembre de 2011.

TÍTULO DEL PROYECTO.- Promoción del autocuidado en mujeres de 40 a 60 años, con obesidad y sobrepeso, en la zona Centro de Tejalpa, Morelos.

OBJETIVO DEL PROYECTO.- Fomentar el autocuidado y el concepto de salud positiva en mujeres de 40 a 60 años con sobrepeso u obesidad de la zona Centro de Tejalpa, mediante el Modelo de Creencias en Salud.

SI USTED DECIDE PARTICIPAR, OCURRIRÁ LO SIGUIENTE: contribuye con la responsable que el INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA ha autorizado para llevar a cabo la Iniciativa de Educación en Salud que se menciona, para lo cual, se le pedirá que conteste preguntas acerca de sus características personales: edad y antecedentes heredo familiares (tensión arterial alta, diabetes mellitus, enfermedades cerebro-vasculares, cáncer); que permita la toma de sus medidas: talla, peso y circunferencia de cintura y el registro de su tensión arterial. Igualmente, participará en 10 sesiones donde se llevarán a cabo diversas actividades educativas, los días viernes de cada semana, del 14 de octubre al 16 de diciembre del 2011, con una duración de dos horas aproximadamente, en el domicilio ubicado en calle Emiliano Zapata número 65, Centro, sede de la Casa de la Cultura de Te4jalpa, Morelos, algunas de las cuales serán grabadas para formar parte de material audiovisual con propósitos educativos, para lo cual pedimos su autorización. En la segunda sesión, se le aplicará un cuestionario para evaluar prácticas de autocuidado el cual podrá contestar en aproximadamente 20 minutos y será de carácter anónimo.

Al iniciar y al terminar la Iniciativa de Educación, se le aplicará un cuestionario para evaluar la mejora de sus conocimientos acerca de hábitos saludables que tengan qué ver con autocuidado; también se le pedirá que al terminar cada sesión conteste el cuestionario donde exprese su punto de vista respecto a: si los materiales utilizados fueron adecuados, si el tema y la información que se le proporcionó fueron de utilidad para usted, si la responsable de la sesión se comportó debidamente, si la sesión empezó y concluyó en el tiempo previsto.

Durante el transcurso de la presente iniciativa, usted será entrevistada con el propósito de conocer sus creencias respecto a la susceptibilidad y severidad de padecer sobrepeso u obesidad, según sea el caso, así como las limitantes, beneficios y habilidades para superar las barreras que le impiden mantener un peso normal y en general, sus creencias y percepciones respecto del autocuidado en salud; para lo cual le pedimos su autorización a fin de que la entrevista sea grabada.

BENEFICIOS.- Fortalecer los saberes que usted tiene respecto a hábitos saludables especialmente los que se refieren a la alimentación y a la actividad física regular.

CONFIDENCIALIDAD.- Toda información que usted nos proporcione será de carácter confidencial y se utilizará únicamente con fines académicos por la responsable del proyecto y por su director de tesis y sus asesoras.

RIESGOS POTENCIALES.- No existe riesgo alguno para Usted y/o su familia por participar en la presente Iniciativa de Educación en Salud.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA/RETIRO.- La participación en esta Iniciativa es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación en la misma en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no le afectará de ninguna manera.

NÚMEROS A CONTACTAR.- Para cualquier aclaración o duda respecto al presente estudio, usted puede comunicarse con el Maestro Pastor Bonilla Fernández, Director de Tesis de la estudiante María del Carmen Cervantes Pérez, al teléfono 3 29 30 00 extensión 5207.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de esta Iniciativa Educativa, puede comunicarse con la Presidenta de la Comisión de Ética de este Instituto, Dra. Julieta Ivonne Castro, al teléfono: 01 (777) 3 29 30 00 extensión 7424 de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hrs. O si prefiere usted escribirle a la siguiente dirección de correo: etica@correo.insp.mx.

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN LA INICIATIVA EDUCATIVA EN SALUD:

NOMBRE Y FIRMA DE LA PARTICIPANTE

TESTIGOS

Nombre, firma, parentesco

Nombre, firma, parentesco

2.- Cuestionario de prácticas de autocuidado

ENCUESTA DE AUTOCUIDADO EN MUJERES DE 40 A 60 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTAN SOBREPESO U OBESIDAD Y QUE VIVEN EN EL CENTRO DE TEJALPA, MORELOS. OCTUBRE/DICIEMBRE 2011.

NÚMERO DE CUESTIONARIO _____

*Cuestionario modificado del elaborado por Isabel Hernández Tezoquipa y Gloria Nobel

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS		

1.- ¿Cuál es su edad?	_____ años	
2. Estado civil	Soltera1 Casada2 Separada3 Divorciada4 Viuda5 Unión libre 6 No sabe/No contesta9	☐
3. A qué se dedica	Hogar.....1 Comercio.....2 Fábrica3 No sabe/No contesta.....9 Especificar _____	☐
4. Cuántas horas al día dedica al hogar	2 a 4 horas.....1 4 a 8 horas2 8 a 12 horas3 No sabe/No contesta.....9 Especificar _____	☐
5. Es usted jefa de familia	Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐

6. En caso de que trabaje fuera del hogar, cuántas horas dedica al trabajo:	4 a 6 horas1 6 a 10 horas2 10 a 14 horas.....3 No sabe/No contesta9	☐
SALUD FISICA		
A CONTINUACION NOS GUSTARÍA HACERLE UNAS PREGUNTAS RELACIONADAS CON EL CUIDADO QUE USTED REALIZA PARA MEJORAR LA SALUD FÍSICA DE SU CUERPO:		
7.- En la actualidad ¿Usted fuma?	Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐
	 PASE A LA PREGUNTA 10	
8.- ¿Cuántos cigarrillos fuma diariamente?	De forma esporádica.....1 Diez o menos al día.....2 Más de diez y menos de veinte.....3 Una cajetilla al día.....4 Más de una cajetilla diaria.....5 No sabe/No contesta.....9	☐
9.- ¿Mantiene Ud. un peso adecuado de acuerdo a su talla y edad?	Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐
		☐

10.- ¿Cuida Ud. la cantidad y calidad de alimentos que come?	Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	
11.- ¿Cuida Ud. que el ritmo de las evacuaciones intestinales sea el correcto? (Se considera correcto por lo menos una vez al día):	Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐
12.- ¿Procura Ud. Mantener y mejorar sus posturas corporales en su vida cotidiana? (Al sentarse, al dormir, al caminar, etc.)	Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐
13.- ¿Realiza Ud. Ejercicios activos y/o pasivos para mantener la fortaleza de sus músculos? (gimnasia, yoga, máquinas de gimnasia pasiva, masajes, etc.)	Si.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐
14. En general ¿duerme ud. Lo suficiente como para levantarse con la energía necesaria, para realizar sus actividades cotidianas?	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	☐
15. ¿Durante el día, habitualmente, se asegura Ud. un espacio y tiempo para descansar o para dedicarlo a Ud. misma? (leer, escribir, meditar etc.)	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9	☐
16. Habitualmente, a lo largo de la semana, Ud. Planifica y lleva a cabo alguna actividad dirigida básicamente a ofrecerse un tiempo para Ud. misma? (cine, lectura, paseos, masaje, relaciones con amigos/as, etc.)?	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta..... 9	☐

7. Habitualmente, ¿Conduce Ud. algún vehículo? (coche, moto o similar)	Si.....1 No.....2 No sabe/no contesta.....9 PASE A LA PREGUNTA 20	☐
19. ¿Cómo peatón, obedece habitualmente las normas de seguridad vial? (semáforos, uso de banquetas, cruce de calles en las esquinas etc.)	Siempre.....1 Casi siempre.....2 Algunas veces.....3 Nunca.....4 No sabe/no contesta.....9	☐
21. En los últimos doce meses ¿Con qué frecuencia se embriagó, es decir, que por tomar se haya sentido mareada o haya tenido dificultades para hablar o caminar?	Todos los días.....1 3-4 veces a la semana.....2 1-2 veces a la semana.....3 2-3 veces al mes.....4 Más o menos una vez al mes.....5 6-11 veces al año.....6 1-5 veces al año.....7 Nunca en los últimos 12 meses.....8 No sabe/no contesta.....9	☐
22. Habitualmente ¿Por qué motivo realiza ud. Visitas al dentista?	Por control y prevención.....1 Por algún malestar o dolor.....2 Por ambos motivos.....3 No realiza controles.....4 Otros.....5 No sabe/no contesta.....9	☐
23. ¿Cuántas veces al día realiza ud. la higiene bucal (cepillado de dientes)?	Después de cada comida.....1 Al levantarse y al acostarse.....2	☐

	Una vez al día3 Esporádicamente.....4 No realiza higiene bucal.....5 No sabe/no contesta.....9	
24. ¿Diría ud. que con respecto a su vida sexual se siente?	Muy satisfecha1 Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy insatisfecha4 No sabe/no contesta9	☐
25. ¿Utiliza condones o preservativos, en caso de relaciones sexuales con parejas ocasionales?	Si.....1 No.....2 No hay parejas ocasionales.....3	☐
26. En los últimos tres años ¿se ha realizado el Papanicolau vaginal (detección de cáncer de cuello de útero o matriz)?	Si.....1 No.....2 No sabe no contesta.....9	☐

27. ¿Realiza Ud. Periódicamente una autoexploración de mamas?	Una vez al mes.....1 Esporádicamente.....2 Nunca.....3 No sabe/no contesta.....9	☐
---	--	--------------------------

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS ESTAN RELACIONADAS CON EL CUIDADO QUE USTED REALIZA EN LO REFERENTE A LOS ASPECTOS EMOCIONALES.

28. Habitualmente, su estado de ánimo es:	Muy bueno.1 Bueno.....2 Regular3 Malo4 Muy malo5 No sabe / No contesta9	☐
---	---	--------------------------

29. Generalmente, cuando usted experimenta emociones como ira, tristeza, alegría, temor, repulsa, sorpresa, etc., puede expresarlo:	Con facilidad 1 Con alguna dificultad 2 Con mucha dificultad 3 No sabe / No contesta 9	☐
30. Generalmente y en lo que hace referencia a la expresión de sus emociones, Ud. se siente:	Muy satisfecha1 Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy satisfecha4 No sabe/No contesta9	☐
31.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos positivos con respecto a sí misma como amor a una misma, respeto, aceptación, perdón, paciencia, tolerancia, etc., son:	Muy frecuentes.....1 Algo frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4 No sabe/No contesta.....9	☐
32.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos hacia los/as demás como amor, respeto, aceptación, perdón, paciencia, etc son:	Muy frecuentes.....1 Algo frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4 No sabe/no contesta.....9	☐
33.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos negativos sobre sí misma como incapacidad, énfasis en lo negativo, ideas de no valer, de no saber, de desvalorización, de culpabilidad, etc. son:	Muy frecuentes.....1 Poco frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4	☐

	No sabe/no contesta.....9	
34.- Diría Ud. que los pensamientos y sentimientos negativos sobre los/as demás como envidia, rivalidad, competencia, no reconocimietno de sus valores, etc., son:	Muy frecuentes.....1 Algo frecuentes.....2 Infrecuentes.....3 Muy infrecuentes.....4 No sabe/no contesta.....9	☐
35.- Diría Ud. que con respecto a la imagen que tiene de sí misma está:	Muy satisfecha1 Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy insatisfecha4 No sabe/No contesta.....9	☐
36.- En general, con respecto a su plan de vida (objetivos, metas, ideales, etc.), ¿Diría Ud. Que está?:	Muy satisfecha1 Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy insatisfecha4 No sabe/No contesta.....9	☐

37.- Con el desarrollo personal que Ud. ha alcanzado está:	Muy satisfecha1 Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy insatisfecha4 No sabe/No contesta.....9	☐
VIDA DE RELACION		
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS HACEN REFERENCIA A LAS RELACIONES QUE USTED MANTIENE A NIVEL FAMILIAR Y/O SOCIAL:		
38.- En general, Diría Ud. Que en el transcurso del último año, las relaciones con su familia?	Han sido buenas.....1 Han existido conflictos Pero se están intentando Resolver/se han resuelto..... 2 Han sido malas 3 No sabe / No contesta 9	☐
39. En el transcurso del último año considera que sus relaciones con las demás personas:	Se han incrementado de Forma satisfactoria1 Se han incrementado, pero no De forma satisfactoria 2 No se han incrementado3	☐

	No sabe / No contesta9	
40. Con respecto al último año, ¿considera que su calidad de comunicación con las personas que están cerca de usted?	Ha mejorado.....1 Continúa igual de buena.....2 Continúa igual de mala.....3 Ha empeorado.....4 No sabe/no contesta.....9	☐
41. Con respecto al último año. ¿Diría que su situación en el trabajo es?	Muy satisfactoria.....1 Satisfactoria.....2 Insatisfactoria.....3 Muy insatisfactoria.....4 No sabe/No contesta.....9	☐
42. En el último año, ¿Diría ud. que su situación económica es?	Muy satisfactoria.....1 Satisfactoria.....2 Insatisfactoria.....3 Muy Insatisfactoria.....4 No sabe/no contesta.....9	☐
43. Con los bienes materiales que ud. dispone está:	Muy satisfecha1 Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy insatisfecha.....4 No sabe/no contesta.....9	☐
44. Con el desarrollo profesional que ud. ha alcanzado está	Muy satisfecha1 Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy insatisfecha4	☐

	No sabe/No contesta.....9	
45. De las siguientes actividades recreativas o de ocio que le presentamos a continuación, Señale aquellas que usted realiza de una forma mas o menos regular (como mínimo, una vez a la semana).		
45a. Leer:	Sí.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐
45b. Escribir:	Sí.....1 No.....2 No sabe/No contesta.....9	☐
45c. Escuchar música:	Sí.....1 No2 No sabe/No contesta.....9	☐
45d. Manualidades:	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
45e. Ejercicio físico (gimnasia, caminar, correr, natación, yoga etc.)	Sí1 No2 No sabe/No contesta.....9	☐
45f. Descansar sin hacer nada especial:	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
45g. Otras actividades:	Sí1 No2	☐

	No sabe/No contesta9	
46 A continuación le vamos a presentar una serie de actividades de ocio colectivas ¿podría señalarnos las que usted realiza como mínimo una vez al mes?		
46a. Excursiones:	Sí1 No.....2 No sabe/No contesta9	☐
46b. Clubs:	Sí1 No2 No sabe/No contesta.....9	☐
46c. Círculo de amigos:	Sí1 No.....2 No sabe/No contesta9	☐
46d. Salidas en grupo:	Sí1 No2 No sabe/ No contesta9	☐
46e. Deportes de equipo:	Sí1 No2 No sabe/ No contesta9	☐
46f. Otras actividades:	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
47. Diría usted que con respecto a las actividades recreativas o de ocio que	Muy satisfecha1	☐

realiza está:	Satisfecha2 Insatisfecha3 Muy insatisfecha 4 No sabe/No contesta 9	
48. De las siguientes posibilidades que vamos a presentarle, indique en cuáles de ellas ud. Participa de forma activa y periódica:		
48a. Partidos Políticos	Sí.....1 No2 No sabe/No contesta9	☐
48b. Movimientos ecologistas	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
48c. Movimientos de ayuda a la mujer	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
48d. Grupos de autoayuda	Sí1 No2 No sabe/ No contesta9	☐
48e. Grupos de ayuda a los demás (voluntariado etc.)	Sí1 No2 No sabe/ no contesta9	☐
48f. Asociación de vecinos	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
48g. Sindicatos	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐

48h. Asociación de padres de alumnos.	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
48i. Asociaciones médicas y/o profesionales	Sí1 No2 No sabe/No contesta9	☐
Muchas gracias por su colaboración. APLICADO POR: María del Carmen Cervantes Pérez.		

3.- Cuestionario de evaluación de conocimientos

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

PROYECTO PTP: Promoción del autocuidado en mujeres de 40 a 60 años con sobrepeso u obesidad en la zona Centro de Tejalpa, Morelos.

CUESTIONARIO INICIAL y FINAL AUTOAPLICADO

Número de cuestionario: _____ Fecha: _____

Subraye la respuesta que considere correcta:

1. Al correr, trotar o caminar enérgicamente, estamos realizando un ejercicio:

- a) anaeróbico b) aeróbico c) atlético d) kinético

2. Al hacer pesas estamos realizando un ejercicio:

- a) anaeróbico b) aeróbico c) kinético d) atlético

3. El sistema de transporte actual y la vida moderna propician:

- a) Sedentarismo
- b) Un estilo de vida saludable
- c) La práctica de ejercicio
- d) Hábitos alimenticios sanos

4. Es recomendable la práctica de actividad física moderada al día por lo menos:

- a) 30 minutos
- b) 60 minutos
- c) 15 minutos
- d) 120 minutos

5. La actividad física es un factor protector para evitar sufrir de :

- a) Amigdalitis
- b) Botulismo
- c) Escorbuto
- d) Osteoporosis

6. Registro de una tensión aceptable en un adulto es:

- a) 100/40
- b) 150/100
- c) 120/140
- d) 120/80

7. Periodo de transición entre la fertilidad y el cese de la ovulación (regla o menstruación) y de la producción hormonal:

- a) Menopausia
- b) Climaterio
- c) Menarca
- d) Amenorrea

8.Cuál de las siguientes sustancias no es una vitamina:

- a) riovflavina b) ácido ascórbico c) hierro d) tocoferol

9. Proporcionan vitamina C

- a) las pastas b) las naranjas c) el arroz d) los frijoles

10. El ejercicio practicado periódicamente ayuda a:

- a) mejorar la memoria
- b) mejorar la función auditiva
- c) mejorar la función cardiovascular
- d) mejorar la función pancreática

11. Los nutrientes que contienen los alimentos son absorbidos por:

- a) El intestino delgado
- b) El estómago
- c) El intestino grueso
- d) La sangre

12. Una dieta baja en calorías es:

- a) Hiperenergética
- b) Hipoenergética
- c) Equilibrada
- d) Sustentable

13. Todos, menos uno de los siguiente compuestos, aportan energía necesaria para realizar funciones vitales del organismo y actividad en general:

- a) hidratos de carbono
- b) fibra
- c) proteínas
- d) grasas

14. Ayuda a disminuir el colesterol:

- a) El consumo de huevo
- b) El consumo de tortillas
- c) El consumo de pescado
- d) El consumo de mantequilla

15. Enfermedad relacionadas con el sobrepeso y la obesidad:

- a) Dengue hemorrágico
- b) Pancreatitis
- c) Mal de Chagas
- d) Cardiovascular

16. Alimentarse adecuadamente, hacer ejercicio, manejar el estrés, tener habilidades para establecer relaciones sociales, resolver problemas interpersonales y practicar medidas higiénicas, entre otras, son prácticas de:

- a) Salud mental
- b) Autocuidado
- c) Independencia personal
- d) Medicina Familiar

4.- Hoja de registro de datos antropométricos, tensión arterial y AHF

REGISTRO ANTROPOMÉTRICO DE LA PARTICIPANTES EN EL PROYECTO:

Promoción del autocuidado en mujeres de 40 a 60 años con sobrepeso y obesidad, en la zona Centro de Tejalpa, 2011.

Participante número: _____ Fecha: _____

Peso en kilogramos: _____

Talla en metros y centímetros: _____

Circunferencia de cintura en centímetros: _____

Registro de tensión arterial: _____

Antecedentes heredofamiliares:

- a) sobrepeso u obesidad
- b) cáncer
- c) tensión arterial alta
- d) diabetes mellitus
- e) enfermedades cardiovasculares

IMC. _____

5.- Evaluación de la sesión

FORMATO DE EVALUACIÓN DE LA SESIÓN

Número de sesión _____ Fecha _____ Lugar _____

Nombre de la responsable _____

Por favor responda de acuerdo a su opinión:

1. Cómo fue la actuación de la persona responsable de la Sesión:

BUENA _____ MALA _____ REGULAR _____

2 ¿La sesión empezó a la hora prevista?

SÍ _____ NO _____

3. ¿La sesión terminó a la hora prevista?

SÍ _____ NO _____

4. ¿Los materiales empleados para la sesión fueron los adecuados para el propósito que perseguía?

SÍ _____ NO _____

Por qué: _____

5. ¿La información que se presentó fue de utilidad para usted?

SÍ _____ NO _____

Por qué: _____

6. ¿Sobre qué aspecto de la sesión le gustaría recibir más información?

6.- Guía de entrevista

GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA EN LAS QUE SE EXPLORARÁ LA PERCEPCIÓN QUE LAS PARTICIPANTES TIENEN ACERCA DE SU AUTOCUIDADO Y EN ESPECIAL SOBRE CÓMO PERCIBEN SU ESTADO DE SALUD Y SU PESO CORPORAL.

NOMBRE DE LA ENTREVISTADA: _____

1. Se percibe usted como una persona que se encuentra en el peso normal respecto a su edad?
2. Se percibe como una persona susceptible a padecer sobrepeso u obesidad?
3. Cree que estar fuera del peso que se considera normal para su edad le causa una preocupación personal?
4. Considera usted que el sobrepeso y la obesidad le pueden llevar a sufrir algunas enfermedades crónicas?
5. Cuáles serían a su juicio las limitaciones que usted percibe para no estar en su peso normal?
6. Qué capacidades posee para poder recuperar su peso normal?

7.- Guía de grupo focal

SUSCEPTIBILIDAD (percepción del riesgo)

1. ¿Qué factores o causas consideran que influyen en las mujeres de su edad para padecer obesidad o sobrepeso?
2. ¿Qué factores, de los mencionados, creen que influyen más en el exceso de peso?

3. ¿Cómo se imaginan que es la vida de un adulto mayor que durante su juventud y adultez se mantuvo excedido de peso?
4. ¿Qué costumbres o tradiciones de su familia y de su comunidad consideran que influyen en sus hábitos alimenticios?
5. ¿Consideran que hay alguna diferencia de cómo se puedan sentir dos mujeres: una que hace ejercicio físico y otra que no hace ejercicio? (Por qué).

GRAVEDAD (consecuencias que perciben: muerte, discapacidad, dolor y posibles consecuencias sociales: trabajo, familia, relaciones sociales, etc.)

1. Qué consecuencias tiene para ustedes el sobrepeso y la obesidad y qué importancia tiene para ustedes estas consecuencias.
2. ¿Qué factores creen que hay que tomar en cuenta para considerar como graves al sobrepeso y la obesidad?
3. ¿Cómo podría afectarles el exceso de peso?
4. ¿Creen que el sobrepeso y la obesidad pueden afectar su vida personal?
5. ¿En qué sentido podría afectar su vida personal el padecer sobrepeso u obesidad?

LIMITACIONES (obstáculos percibidos, impedimentos para llevar a cabo una acción).

1. ¿Qué les impediría hacer el ejercicio que tuvimos en la clínica de relajación, flexibilidad y coordinación, para que fuera regularmente practicado por ustedes?
2. ¿Qué tipo de apoyo tendrían por parte de su familia para que hicieran ejercicio regularmente?
3. ¿Qué limitaciones tendrían para la adquisición, preparación y consumo de las ensaladas que prepararon en la sesión de alimentos y bebidas saludables?
4. ¿Qué obstáculos consideran que pueden ser difíciles de vencer para la adquisición o mantenimiento de un peso adecuado a su edad y talla?

BENEFICIOS (autoestima, mejora en salud, aceptación de la pareja, aceptación social).

1. ¿Qué ventajas identifican en tener un peso adecuado a su talla y edad?
2. ¿Creen que tener un peso adecuado a nuestra talla y edad tenga relación con la salud? (Por qué).
3. ¿Consideran que tener un peso adecuado a nuestra talla y edad tenga relación con la autoaceptación y la autoestima? (Por qué)
4. ¿Qué beneficios les traería alimentarse sanamente?
5. ¿Qué beneficios les traería hacer ejercicio físico de forma regular?

HABILIDADES PARA EL AUTOCUIDADO

1. ¿Qué rasgos de su forma de ser ayudarían a mantener una rutina de alimentación saludable?
2. ¿En qué tiempo consideran que podrían hacer el hábito de incorporar a sus alimentos cotidianos, las frutas y verduras como las empleadas en clase?
3. ¿En qué tiempo consideran que podrían hacer el hábito de incorporar a su forma de vida el ejercicio físico practicado en clase o alguno otro, de forma regular?
4. Tomando en cuenta la experiencia que tienen, ¿a qué edad consideran que una mujer debería realizar hábitos de autocuidado para evitar el sobrepeso y la obesidad?
5. ¿Qué alternativa darían para que en una fiesta se consumieran bebidas saludables?
6. ¿Qué harían si su compañera o compañero de caminata o ejercicio decide no acompañarlas?
7. ¿Cuántas veces a la semana estarían dispuestas a dejar la televisión por salir a hacer ejercicio o ejercitarse en su casa?
8. ¿Cuántas veces a la semana incorporaría espinacas, lechuga, rábanos, jitomate, cebolla u otras verduras a su comida principal?

EVALUACIÓN DEL PROCESO

1. ¿A su juicio, considera que se hayan cumplido los objetivos de las sesiones educativas? (Por qué)
2. ¿Qué utilidad le reportó a Usted los temas tratados en las sesiones educativas?
3. ¿Considera que los materiales utilizados para las sesiones fueron oportunos? (Por qué)
4. ¿Cree que el espacio donde se llevaron a cabo las sesiones educativas fue el adecuado? (Por qué)
5. ¿Cree que las 10 sesiones educativas fueron suficientes?
6. ¿Cree que las técnicas educativas empleadas en cada sesión fueron las adecuadas para abordar cada tema?
7. ¿Ya había trabajado en proyectos anteriores con estas técnicas?
8. Podría decirme qué es que la motivó haber asistido a estas sesiones educativas?
9. Los mensajes de salud que recibió en cada sesión educativa fueron claros?
10. ¿Fue suficiente el tiempo dedicado a cada actividad?
11. ¿Cómo fue el trato de la facilitadora hacia Usted?
12. ¿Iniciaron y terminaron de manera puntual las sesiones educativas?