

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
del 3 de Abril de 1981



“EVALUACIÓN DE PROCESO DE UN PROGRAMA PILOTO PARA EL
MANEJO DE LA ANSIEDAD Y SU IMPACTO EN EL ESTADO DE
NUTRICIÓN, IMPARTIDO POR PROMOTORAS COMUNITARIAS EN
EL ANTIGUO PUEBLO DE SANTA FE, CIUDAD DE MÉXICO”

TESIS

Que para obtener el grado de
MAESTRA EN NUTRIOLOGÍA APLICADA

Presenta

MAYRA DONAJÍ DELGADO VELÁZQUEZ

Director : Dra. Ericka Ileana Escalante Izeta

Lectores: Dra. Angélica Ojeda García

MC. Miriam Teresa López Teros

Agradecimientos

A Katy, por su apoyo incondicional, fuente de inspiración y de un inagotable amor.

A Juanjo, por su cariño y sus consejos siempre precisos.

A Mayahuel, por siempre estar.

A Rodrigo, por su dulzura y por tomarme de la mano con ternura y comprensión.

A Éricka, por hacer de todo este proceso una aventura de vida.

Índice general

1 Resumen general	7
2 Palabras clave	8
3 Introducción.....	8
4 Justificación	10
5 Antecedentes.....	11
5.1 Conceptualización básica de la ansiedad. Qué la provoca y qué consecuencias pueden presentarse	11
5.1.1 Definición de ansiedad.....	11
5.1.2 Epidemiología de la ansiedad	14
5.1.3 Causas de la ansiedad general	15
5.1.4 Consecuencias de la ansiedad generalizada.....	17
5.2 Conceptualización básica de la obesidad	21
5.2.1 Definición de obesidad	21
5.2.2 Obesidad como problema de salud pública	21
5.2.3 Causas de la obesidad	22
5.2.4 Consecuencias de la obesidad	23
5.3 Relación entre obesidad y ansiedad	25
5.3.1 Consecuencias de la relación entre obesidad y ansiedad	25
5.3.2 Programas de intervención para el manejo de la ansiedad en pacientes con obesidad.....	28
5.4 Promotoría de salud.....	36
5.4.1 Definición de promotoría de salud.....	36
5.4.2 Situación de promotoría de salud en México	40
5.4.3 Efectividad de programas de nutrición impartidos por promotores comunitarios	44
5.5 Mapa de la conceptualización teórica del estudio	48
7 Hipótesis	50

8	Objetivos	50
9	Metodología	51
9.1	Contexto y población de estudio	51
9.2	Cuadro de variables	59
9.3	Intervenciones	64
9.4	Aspectos éticos	76
9.5	Métodos estadísticos y análisis de datos	77
10	Resultados	77
10.1	Comparación por grupos de las características de quienes iniciaron el taller contra quienes lo terminaron	77
10.3	Indicadores emocionales	87
10.4	Antecedentes y hábitos personales	89
10.5	Análisis cualitativo	90
10.6	Evaluación final del taller	103
11	Discusión	105
12	Conclusión	108
13	Limitaciones del estudio y recomendaciones	113
14	Bibliografía	115

Índice de cuadros, gráficos y figuras

Cuadro 1.	Comparativo entre definiciones de ansiedad.....	12
Figura 1.	Mapa de la conceptualización teórica del estudio.....	49
Gráfico 1.	Cambio de niveles de ansiedad al finalizar la intervención.....	88
Tabla 1.	Edad basal de la población en años.....	56
Cuadro 2.	Síntomas de ansiedad.....	17
Figura 2.	Diagrama de flujo de la población de estudio.....	55
Tabla 2.	Estado civil de la población inicial.....	56
Cuadro 3.	Síntomas de ansiedad más comunes.....	18
Figura 3.	Diagrama del procedimiento.....	64
Tabla 3.	Escolaridad de la población inicial.....	57
Cuadro 4.	Condiciones médicas no psiquiátricas asociadas con ansiedad...	20
Tabla 4.	Ocupación de la población inicial.....	57
Cuadro 5.	Acciones para la promoción de la salud, Carta de Ottawa.....	37
Tabla 5.	Características socioeconómicas de la muestra de estudio.....	58
Cuadro 6.	Promoción de salud, Declaración de Yakarta.....	38
Tabla 6.	Características socioeconómicas del grupo 1 al inicio y término del taller.....	78
Cuadro 7.	Variables e instrumentos de medición de la evaluación cuantitativa.....	59
Tabla 7.	Descripción de variables categóricas del grupo 1, al inicio y término del taller.....	78
Cuadro 8.	Categorías de análisis de la evaluación cualitativa.....	63
Tabla 8.	Características socioeconómicas del grupo 2 al iniciar y finalizar el taller.....	79
Cuadro 9.	Descripción de la evaluación basal.....	69
Tabla 9.	Descripción de variables categóricas del grupo 2, al inicio y término del taller.....	80
Cuadro 10.	Descripción del taller “No te comas lo que sientes”.....	70

Tabla 10.	Características socioeconómicas del grupo 3 al inicio y término del taller.....	81
Cuadro 11.	Descripción de la evaluación final de las participantes.....	74
Tabla 11.	Descripción de variables categóricas del grupo 3, al inicio y término del taller.....	82
Tabla 12.	Características socioeconómicas del grupo 4 al inicio y término del taller.....	83
Tabla 13.	Descripción de variables categóricas del grupo 4, al inicio y término del taller.....	84
Tabla 14.	Diagnóstico del cambio en los niveles de ansiedad por grupo, al finalizar la intervención.....	84
Tabla 15.	. Comparación del estado de nutrición de las participantes pre y post intervención.....	85
Tabla 16.	Comparación de las variables categóricas de la población pareada al inicio y término del taller.....	87
Tabla 17.	Comparación del diagnóstico de ansiedad, al inicio y término del taller.....	88
Tabla 18.	Descripción de los antecedentes y hábitos personales al iniciar y finalizar la intervención.....	90
Tabla 19.	Categorías de análisis de la evaluación cualitativa.....	91

1 Resumen general

Introducción: Los problemas de ansiedad constituyen una barrera para la adherencia al tratamiento dietético en personas que viven con sobrepeso u obesidad. Su manejo adecuado es determinante en la efectividad de las acciones en nutrición y en estado de salud integral de los individuos. Diversos estudios han reportado que el manejo de la ansiedad tiene implicaciones favorables sobre el estado de nutrición y la dieta.

Objetivo: Evaluar el proceso de implementación del programa piloto “No te comas lo que sientes” impartido por promotoras comunitarias, y comparar los cambios, antes y después de su aplicación, en los niveles de ansiedad y en el estado de nutrición de las participantes que viven en diferentes colonias del antiguo pueblo Santa Fe.

Material y métodos: Estudio cuasi-experimental, longitudinal prospectivo con método mixto, la sección cualitativa se llevó a cabo por observación directa utilizando la fenomenología como referente analítico. Se desarrolló en población femenina de diferentes colonias del Pueblo Santa Fe, Ciudad de México, quienes asistieron voluntariamente a ocho sesiones del programa piloto, cada una con duración de noventa minutos e impartida semanalmente por promotoras comunitarias de salud. Para contrastar los cambios en el estado de nutrición se tomaron mediciones directas de peso, estatura, circunferencias de cintura-cadera y glucosa capilar, con los que se calculó el índice de Masa Corporal (IMC), el Índice de Cintura Cadera (ICC) y se determinó el diagnóstico de diabetes. Los cambios en niveles de ansiedad se midieron con el Inventario de Ansiedad de Beck. Para evaluar el proceso de implementación del programa se utilizaron diarios de campo por observación directa. Cada participante firmó una carta de consentimiento informado donde se aseguró la voluntariedad, confidencialidad, anonimato y nivel de riesgo del estudio (nulo). Se realizaron estadísticas descriptivas y se compararon proporciones a través de Chi-cuadrada, antes y después de la intervención. Para los diarios de campo se usaron categorías de análisis de la observación directa.

Resultados: Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en el peso, IMC, ICC y diagnóstico de ansiedad inicial comparado con las evaluaciones al finalizar las

sesiones. Antes de aplicar el programa existía una prevalencia de sobrepeso/obesidad del 80% y se finalizó con un 73.4%, cambio que resultó estadísticamente significativo para la muestra de estudio. Hubo un cambio en la clasificación de la ansiedad, donde la muestra pasó de ansiedad moderada/grave (66.7% basal vs. 46.6% final) a una ansiedad mínima/leve (33.3% vs. 53.3%) ambas con $p < 0.001$. En cuanto a la evaluación de la implementación del programa, se observaron diferentes barreras en cada categoría de análisis (contexto, personas, logística, desarrollo de la sesión y final de la sesión) que no aseguraron una fidelidad en el seguimiento del manual de intervención.

Conclusiones: A pesar de que se detectaron diversas barreras en el proceso de implementación del programa piloto “No te comas lo que sientes” impartido por promotoras comunitarias de salud, éste tuvo un impacto positivo en el peso e IMC, así como en reducción de ansiedad. Sin embargo, no se mostró reducción en los valores de glucosa, perímetros de cintura y de cadera.

2 Palabras clave

Estado de nutrición, ansiedad, sobrepeso/obesidad, promotoría de salud, México

3 Introducción

En la actualidad existen múltiples factores que presentan repercusiones en el estado de salud físico y mental de las personas. El sobrepeso y la obesidad en nuestro país son un problema de salud que con más frecuencia va incrementando sus valores porcentuales colocando a México en el primer lugar a nivel mundial con un 30% en la prevalencia de obesidad seguido por Estados Unidos con un 28% (1). Dentro de esta patología con etiología multifactorial se conoce que un detonante es el desequilibrio energético donde hay una ingesta incrementada y un gasto energético disminuido, causas genéticas, factores socioeconómicos, culturales, y es importante no dejar de lado el factor psicológico, el factor emocional (2, 3). Los problemas de ansiedad constituyen una barrera para la adherencia al tratamiento dietético de personas que viven con sobrepeso u obesidad (4). Su manejo adecuado es determinante en la

efectividad de las acciones en nutrición y en estado de salud integral de los individuos. Diversos estudios han reportado que el manejo de la ansiedad tiene implicaciones favorables sobre el estado de nutrición y la dieta (3, 4, 5, 6, 7, 8).

El objetivo de este estudio mixto, consistió en evaluar el proceso de implementación del programa piloto “No te comas lo que sientes” impartido por promotoras comunitarias, y comparar los cambios, antes y después de su aplicación, en los niveles de ansiedad y en el estado de nutrición de las participantes que viven en diferentes colonias del antiguo pueblo Santa Fe. Se plantea que un proceso adecuado en la implementación de dicho programa, tendrá un impacto positivo sobre el estado de nutrición y una disminución en los niveles de ansiedad.

Se han aplicado programas de intervención para el manejo de la ansiedad en pacientes con obesidad, implementados por profesionales de la salud, utilizando estrategias como desarrollo de la asertividad, técnicas de resolución de problemas y estrategias de afrontamiento (3). De igual forma se ha introducido en programas el concepto de *mindful eating*, donde se resalta la importancia de comer de manera plena y consciente, que disfrute y lo convierta en un acto para alimentar tanto el cuerpo como el alma (9). Dichos programas han tenido un éxito en su intervención, mostrando resultados positivos en la reducción de niveles de ansiedad, de atracones compulsivos o en reducción de peso.

El estudio que aquí se presenta es un programa de control de ansiedad, impartido por promotoras de salud comunitaria, en las mismas colonias donde ellas habitan. Se desarrolló dicho taller, utilizando como fortaleza, la similitud en comunicación de símbolos y señales socioculturales entre promotora y participantes.

Existen varios programas implementados por promotores comunitarios donde se han obtenido resultados positivos en indicadores de salud (10, 11, 12, 13), de igual forma se han registrado en la literatura diversos estudios donde se reporta que el manejo de la ansiedad tiene implicaciones favorables sobre el estado de nutrición y la dieta (3, 4, 6, 7, 8). Sin embargo, no se han encontrado en la literatura estudios que conjuguen la promotoría de salud con la impartición de programas enfocados al control de la ansiedad, manejo de emociones y educación en nutrición.

4 Justificación

La promoción de la salud refiere un proceso político y social que no sólo se enfoca en fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también se dirige a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que lo rodean, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Este proceso permite aumentar su control sobre los determinantes de la salud y como consecuencia, mejorarla. (14)

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI 2013), reporta que en México existe un porcentaje de pobreza del 45.5 % (53.3 millones de habitantes), dentro de los cuales el 35.7 % se clasifican en pobreza moderada y el 9.8% en pobreza extrema (15) . Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL 2012) actualmente existe un 21.5 % de habitantes en México que no cuentan con acceso a servicios médicos, lo cual se traduce en 25.3 millones de personas. De acuerdo al INEGI 2010, en la delegación Álvaro Obregón, universo muestral del presente estudio, existe un total de 218,334 de personas no derechohabientes a servicios de salud (16).

El tema de promoción de la salud, se vuelve entonces un arma eficiente para implementar programas de salud impartidos por promotores comunitarios, ya que éstos pueden desenvolverse en diversos sectores de difícil acceso a la salud. Resulta indispensable una buena capacitación por parte de profesionales de la salud, y un buen seguimiento de apoyo. Se debe resaltar que con una promotoría comunitaria no se pretende suplantar el servicio médico o de salud, sino influir en campañas de prevención primaria y secundaria que puedan mejorar el estado de salud de la comunidad.

La evaluación del programa “No te comas lo que sientes” permitirá conocer las barreras y facilitadores que pueden influir en su implementación. Así mismo, la evaluación de su impacto permitirá identificar si es una herramienta apropiada para mejorar el control de la ansiedad y el estado de nutrición de los participantes. Por otro lado será posible determinar si las promotoras de salud comunitaria son un canal adecuado para impartir un taller con elementos de salud mental, resaltando que se basa en generar un espacio educativo y no uno terapéutico.

5 Antecedentes

5.1 Conceptualización básica de la ansiedad. Qué la provoca y qué consecuencias pueden presentarse

Se enuncia, a continuación, la definición de ansiedad descrita por diferentes autores a través de los años, se observa la progresión de dicho concepto abordado por Freud desde 1894 (17, 18) y finalizando con la nueva edición del DSM-5 (19). Se mencionan también las causas y consecuencias que ayudan a comprender los factores de riesgo que propician el desarrollo de la misma y el resultado negativo que conlleva.

5.1.1 Definición de ansiedad

La ansiedad es una respuesta adaptativa que nuestro cerebro activa cuando percibe una amenaza, este tipo de amenaza puede ser objetiva o subjetiva. Nuestro cuerpo está programado para actuar ante situaciones de peligro eminente, sin embargo, es importante establecer que esto conlleva la capacidad de responder ante el estímulo, moderar, dirigir la situación y ponerle un fin una vez que se haya sobrepuesto a la situación desencadenante, características de lo que pudiera denominarse como ansiedad normal. Cuando se presenta una respuesta de alerta desproporcionada al estímulo y esta se prolonga de manera excesiva en el tiempo o se presenta sin un motivo aparente es cuando se introduce el término de ansiedad patológica (20).

Se enlistan en el siguiente cuadro diversas definiciones de ansiedad que se han establecido a lo largo del tiempo:

Cuadro 1. Comparativo entre definiciones de ansiedad

Freud	<p>“Fenómeno fundamental y el problema central de la neurosis”. Freud establece tres teorías.</p>
1894	<p>1) Ansiedad como la libido reprimida: “el individuo experimenta impulsos libidinales los cuales interpreta como peligrosos, los impulsos son reprimidos, se convierten automáticamente en ansiedad y encuentran su expresión como ansiedad flotante-libre o como síntomas de ansiedad que son equivalentes” (17).</p>
1925	<p>2) Ansiedad como causa de represiones: Encuentra el origen de la ansiedad en el trauma del nacimiento y el miedo a la castración. “La ansiedad y sus síntomas son vistos no sólo como el resultado de un proceso intrapsíquico simple, sino como el esfuerzo de los individuos por evitar situaciones de peligro en su mundo de relaciones” (17).</p>
1926	<p>3) Diferencias entre tres tipos de ansiedad, donde divide el aparato psíquico en el Ello, el Yo y el Superyó.</p> <p>-Ansiedad real: se presenta en la interacción del Yo con el mundo externo como una señal de advertencia de un peligro real situado fuera del individuo (18).</p> <p>-Ansiedad neurótica: se presenta cuando el Yo trata de satisfacer los instintos del Ello, exigencias que le hacen sentir temor de no poder conservar el control del Yo ante las demandas del Ello (18).</p> <p>-Ansiedad moral: sucede cuando el Superyó ejerce presión sobre el individuo ante la amenaza de que el Yo pierda el control sobre los impulsos, presentando una ansiedad en forma de vergüenza (18).</p>

1966	Spielberger	<p>Teoría de Ansiedad Estado-Rasgo (Cattel 1961):</p> <p>-Ansiedad estado: “estado emocional transitorio o condición del organismo humano que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de la tensión y de la aprehensión y la actividad del sistema nervioso autónomo aumentada. Puede variar en intensidad y fluctuar con el tiempo” (21).</p> <p>-Ansiedad rasgo: “diferencias individuales relativamente estables en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como una amenaza con elevaciones en la intensidad de ansiedad-estado” (21).</p>
2000	Asociación Psiquiátrica Americana (APA)	<p>“La ansiedad es una emoción caracterizada por sentimientos de tensión, pensamientos de preocupación y cambios físicos como el aumento de la presión arterial. Las personas con trastornos de ansiedad suelen tener pensamientos o preocupaciones intrusivos recurrentes. Ellos pueden evitar ciertas situaciones fuera de la preocupación. También pueden tener síntomas físicos tales como sudoración, temblores, mareos o un latido del corazón rápido” (22).</p>
2013	DSM-5	<p>“Anticipación de una amenaza futura, se asocia con tensión muscular y vigilancia en preparación para un peligro futuro y comportamientos cautelosos o de evitación” (19).</p>
2014	Diccionario de la Lengua Española	<p>“(Del la. Anxiêtas, atis).f. 1. Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. // 2. Med. Angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos.” (23).</p>

Dentro de los conceptos previamente citados se encuentran palabras claves que definen la ansiedad. Freud refiere amenaza, peligro (18); Spielberger: tensión, amenaza, sentimientos subjetivos (21); APA: tensión, preocupación pensamientos intrusivos recurrentes (22); DSM-5: anticipación de una amenaza futura, tensión, peligro futuro, comportamiento cauteloso (19); diccionario de la lengua española: estado de agitación (23).

Utilizando los términos anteriores, propongo la siguiente definición de ansiedad “anticipación de un peligro o amenaza futura detonada por sentimientos subjetivos alimentados a su vez por sentimientos intrusivos recurrentes que pueden desembocar en un estado de agitación, tensión y comportamiento cauteloso”.

Esta definición operacional se sitúa en un contexto urbano para población que vive en condiciones de vulnerabilidad social, en gran medida determinada por su situación socioeconómica (nivel educativo e ingreso).

5.1.2 Epidemiología de la ansiedad

Los trastornos de ansiedad, de acuerdo a la *Canadian Psychiatric Association* 2006 se encuentran entre los de mayor prevalencia referente a trastornos mentales (24) Las estimaciones de prevalencia de por vida son: trastornos de ansiedad 28.8%, trastornos de estado de ánimo 20.8%, trastornos de control de impulsos 24.8%, trastornos por uso de sustancias 14.6%, cualquier trastorno 46.4% (25). La edad media estimada para presentar ansiedad y control de impulsos es de 11 años la cual resulta mucho más temprana que para los trastornos de uso de sustancias, 20 años y de estado de ánimo, 30 años (25).

Las estimaciones de ansiedad, estado de ánimo y trastornos por uso de sustancias son consistentes con los encontrados en estudios comunitarios en Estados Unidos y en otros lugares del mundo, donde se destacan tres puntos principales: 1) Una alta proporción de la población cumple los criterios de diagnóstico para uno o más de estos trastornos en algún momento de su vida; 2) Los trastornos individuales más comunes fueron el trastorno depresivo mayor, fobia específica, fobia social y el abuso de alcohol; 3) Los trastornos de ansiedad son los más comunes de los trastornos (26). De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud 2009 (OPS)

las tasas medias observadas en los estudios epidemiológicos sobre salud mental en América Latina y el Caribe de ansiedad generalizada, en el transcurso de toda la vida son de 5.3%, en hombres 3.7% y 6.8% en mujeres. En cuanto a número de adultos de 15 años y más, afectados por trastornos mentales, con base en las tasas medias, América Latina y el Caribe, presentan un total de 20.7 millones en trastornos de ansiedad generalizada, siendo en mujeres más alto que en hombres con 13,7 y 7,1 millones respectivamente (26).

La OPS 2009 también establece que 23.7% de mexicanos entre 18 y 65 años de edad que habitan en zonas urbanas del país presentan historial de trastornos mentales de acuerdo a criterios diagnósticos de DSM-IV. El 11.6% presentó algún trastorno al año previo del estudio y el 5% en los 30 días previos a la entrevista. A lo largo de la vida los trastornos de ansiedad son los más comunes en la población, el 11.6% ha padecido uno o más trastornos de esta naturaleza alguna vez en su vida. En segundo lugar se presentan los trastornos afectivos con 11.1% y los de abuso de sustancias 8.9%. Se observa que los trastornos afectivos y de ansiedad presentan una proporción de un hombre por cada dos mujeres, mientras que los de abuso de sustancias de cuatro hombres por cada mujer (26).

5.1.3 Causas de la ansiedad general

De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2008 (27), utilizadas como referencia por el Consejo de Salubridad General del Gobierno Federal Mexicano en la GPC Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto (28), se establecen como causas para el desarrollo de un trastorno de ansiedad tres rubros:

- Biológico: alteraciones en sistemas neurobiológicos (gabaérgicos y serotoninérgicos), así como anomalías estructurales en el sistema límbico.
- Ambientales: estresores ambientales, hipersensibilidad incrementada y una respuesta aprendida.
- Psicosociales: situaciones de estrés, ambiente familiar, experiencias amenazadoras de vida y preocupaciones excesivas por temas cotidianos.

La influencia de las características de la personalidad del individuo se consideran como un factor predisponente. Como lo menciona Spielberger en Ansiedad-Rasgo. De acuerdo a la Guía de Práctica Clínica (GPC) para el Manejo de Trastornos de Ansiedad 2006, *Canadian Psychiatric Association* (24) se establecen como factores de riesgo más importantes para presencia de ansiedad:

- Historia familiar de ansiedad (u otros trastornos mentales)
- Antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, incluyendo timidez marcada
- Eventos de vida estresantes y/o traumáticos, incluyendo el abuso. Ser mujer
- Comorbilidad con trastornos psiquiátricos (principalmente depresión)
- Existencia de una enfermedad médica o el consumo de sustancias

Bateson M, Brillot B y Nettle D, 2011, establecen diversos patrones relacionados con la ansiedad (29):

- Bajo peso al nacer predice mayor ansiedad-rasgo más tarde en la vida (30).
- Posición socioeconómica baja se asocia con una mayor ansiedad. Caracterizados por situaciones negativas y pocos recursos para hacer frente cuando ésta se produce (31).
- Las lesiones o discapacidades que causan la pérdida de la movilidad física se asocia con el aumento de la ansiedad. La pérdida de la movilidad reduce la habilidad de las personas de lidiar con situaciones amenazantes (32).
- Los miembros de minorías discriminadas tienen menos ansiedad cuando se vive en los barrios con más personas de la misma etnia. Existe mayor probabilidad de amenazas y discriminación a los individuos de minorías cuando hay pocos cerca (33).
- Mayor ansiedad en mujeres que en hombres. Mayor nivel de amenazas y/o vulnerabilidad en mujeres que en hombres (34).
- Ansiedad reflejada en vivir solo o ser padre soltero. Se torna más complicado sobrellevar las amenazas en ausencia de un apoyo social (35).
- Mayor ansiedad en mujeres víctimas de violencia doméstica. La prevalencia de peligro físico es mayor en este tipo de mujeres (36).

- Niveles absolutos de ansiedad altos en Zimbabue y República Centroafricana. Relacionado a altos índices de violencia, ambientes elevados de enfermedad y malestar lo cual refiere probabilidad de amenaza mortal (37, 38)

5.1.4 Consecuencias de la ansiedad generalizada

Como se ha mencionado anteriormente la ansiedad cubre una función en el ser humano como mecanismo adaptativo ante situaciones amenazantes las cuales pueden ser subjetivas. Algunos de los síntomas que se presentan en consecuencia a la ansiedad se dividen en cinco rubros abarcando los físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y asertivos (39)

A continuación se enlistan los síntomas de ansiedad más comunes representativos de cada rubro, con base en literatura clásica.

Cuadro 2. Síntomas de ansiedad	
Físicos	Sequedad de boca, palpitaciones aceleradas, sensación de falta de aire, dificultad para respirar, opresión en la zona del pecho, temblores, hipersudoración.
Psicológicos	Inquietud interior, desasosiego, inseguridad, presentimiento de la nada, temor a perder el control, temor a la muerte, temor a la locura, temor al suicidio.
Conducta	Estado de alerta/hipervigilancia, dificultad para la acción, bloqueo afectivo, inquietud motora, trastorno del lenguaje no verbal.
Intelectuales	Diversos errores en el procesamiento de la información, expectación generalizada de matiz negativo, pensamientos preocupantes y negativos, pensamientos ilógicos, dificultad para concentrarse, trastornos de la memoria.
Asertivos	Descenso muy ostensible en las diversas habilidades sociales, bloqueo en la relación humana, no saber qué decir ante ciertas personas, no saber decir que no, no saber terminar una conversación difícil.

Rojas E. La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. 1ª ed. España: Vivir mejor; 1998.

De acuerdo a la GPC Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria 2008 (27), se presenta la siguiente tabla donde se dividen los síntomas de ansiedad más comunes en dos rubros:

Cuadro 3. Síntomas de ansiedad más comunes	
Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
Vegetativos: sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad	Preocupación, aprensión
Neuromusculares: temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias	Sensación de agobio
Cardiovasculares: palpitaciones, taquicardias, dolor precordial	Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente
Respiratorios: disnea	Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria
Digestivos: náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo	Irritabilidad, inquietud, desasosiego
Genitourinarios: micción frecuente, problemas de la esfera sexual	Conductas de evitación de determinadas situaciones
	Inhibición o bloqueo psicomotor obsesiones o compulsiones.
Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008	

Bateson M, Brilot B y Nettle D, 2011 (29), presentan un listado donde se relacionan los síntomas de ansiedad y su función en la defensa contra amenazas potenciales, dentro de los cuales se enuncian los siguientes:

- Hipersensibilidad al ruido, fácilmente sorprendido: respuesta a la amenaza, fácilmente evocado.
- Insomnio: alerta constante
- Inquietud, aumento del ritmo cardiaco: el cuerpo está preparado para la acción

- Atención preferente a las señales relacionadas con amenazas: detectar amenazas con anticipación
- Interpretación de información ambigua como amenazante: reduce la probabilidad de no detectar posibles amenazas
- Aversión a la ambigüedad: evitación de situaciones cuyo nivel de amenaza no es claro

El DSM-V define en 44 páginas el criterio diagnóstico de diez trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, fobia social, trastorno de pánico, ataque de pánico específico, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizado, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra condición médica, otro trastorno de ansiedad específico, trastorno de ansiedad no especificado), previo a la descripción de cada uno en el manual, menciona que el trastorno de ansiedad es una combinación entre miedo, ansiedad y alteraciones del comportamiento, donde el miedo se define como una respuesta emocional a una amenaza inminente real o percibida y la ansiedad como una anticipación de una amenaza futura, asociada con tensión muscular y vigilancia en preparación para un peligro futuro y comportamientos cautelosos o de evitación. De igual forma menciona que los trastornos de ansiedad se diferencian entre ellos en los tipos de objetos o situaciones que inducen miedo, ansiedad o conductas de evitación y la ideación cognitiva asociada (19). Por otro lado, el Comité Nacional de Salud de Nueva Zelanda (40) se plantea la pregunta: ¿Cuándo la ansiedad se convierte en un trastorno?, cuya respuesta la resumen en los siguientes cuatro puntos:

- Es de mayor intensidad y/o duración de lo que suele esperarse, dadas las circunstancias de su aparición.
- Conduce a la deficiencia o discapacidad en el funcionamiento ocupacional, social o interpersonal.
- Las actividades diarias son interrumpidas por la evitación de ciertas situaciones u objetos en un intento de disminuir la ansiedad.
- Incluye síntomas como obsesiones, compulsiones y *flashback* del trauma.

- El nivel de ansiedad es inapropiado en el contexto de la familia, el comportamiento y expectativas culturales.

La GPC Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto 2010 (28), establece algunas condiciones médicas no psiquiátricas que se asocian con ansiedad, donde se dividen dos rubros: no causales, las cuales se refieren a la coexistencia de la ansiedad como reacción psicológica en dichas condiciones y las causales, donde la ansiedad es una manifestación biológica de la condición.

Cuadro 4. Condiciones médicas no psiquiátricas asociadas con ansiedad

No causales	Causales
-Post infarto de miocardio	-Climaterio
-Angina de pecho, arritmias cardiacas	-Hipertiroidismo
-Diabetes mellitus, asma	-Hiperparatiroidismo
-Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	-Hiper o hipoglucemia -Feocromocitoma (muy raro)
-Dismorfia	
-Hipocondriasis, epilepsia	

Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México. 2010.

Haciendo una síntesis con lo presentado en este capítulo, la ansiedad puede abordarse bajo factores de riesgo, modificables y no modificables. En el primer rubro se destaca el no contar con redes de apoyo, ambientes con niveles altos de violencia, estresores ambientales, respuesta aprendida y preocupaciones excesivas por temas cotidianos (4, 28). Bajo el rubro de los no modificables se presenta, el ser mujer, la historia familiar de ansiedad, presentar bajo peso al nacer y discapacidades físicas (28, 30, 32, 34). Identificar dichos factores resulta fundamental para saber cómo y dónde intervenir, con la finalidad de prevenir el desarrollo de otras variables de desenlace, entre ellas la obesidad, como se estudia en este trabajo.

5.2 Conceptualización básica de la obesidad

En el capítulo anterior se abordaron las causas y consecuencias que pueden presentarse en un estado de ansiedad patológico, se determinaron síntomas físicos, psicológicos y conductuales. A continuación, se detalla una de las consecuencias físicas que se pueden manifestar en dicho estado: la obesidad.

5.2.1 Definición de obesidad

La obesidad es la presencia de una cantidad excesiva de grasa corporal, considerada un riesgo para la salud, desencadenante de diversas enfermedades metabólicas. Es el resultado de un balance calórico positivo que se debe a un elevado aporte energético y una reducción del gasto de energía.

La obesidad se clasifica fundamentalmente con base en el Índice de Masa Corporal (IMC) o Índice de Quetelet, que se define como el peso en kilogramos dividido por la talla expresada en metros elevada al cuadrado. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 kg/m² y cuando el resultado es mayor o igual a 30 kg/m² se establece como obesidad (41, 42). En cuanto a composición corporal, podemos considerar obesidad cuando el valor de grasa total en el cuerpo es > 25% en hombres o > 32% en mujeres (43).

Aunque el IMC es el indicador por excelencia utilizado por la OMS para definir el sobrepeso y obesidad, la distribución y el contenido de grasa son cruciales para determinar el riesgo asociado a la obesidad. El perímetro de cintura tiene una fuerte asociación para determinar DM2 y enfermedades cardiovasculares. En población caucásica un valor ≥ 94 cm en hombres y ≥ 80 cm en mujeres indica un riesgo metabólico y cardiovascular incrementado, mientras que ≥ 104 cm y ≥ 88 cm respectivamente, refiere un riesgo sustancialmente incrementado (2).

5.2.2 Obesidad como problema de salud pública

El sobrepeso y la obesidad se han convertido crecientemente en un problema de salud pública que afecta a diversos países en el mundo. Actualmente, México (32.4 %) se discute con Estados Unidos (35.3 %) los primeros lugares de prevalencia de

obesidad en la población adulta del mundo (44). México también encabeza las listas de obesidad infantil. Las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales de nuestro país, muestran un incremento constante de la prevalencia a través del tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de la obesidad y de sobrepeso se ha triplicado (45). De acuerdo con los datos de la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad se estima que actualmente un aproximado de mil millones de adultos en el mundo tienen sobrepeso y otros 475 millones son obesos. Se registra la mayor cifra de prevalencia de sobrepeso y obesidad en la región de las Américas (sobrepeso: 62 % en ambos sexos; obesidad: 26 %) y las más bajas, en la región de Asia Sudoriental (sobrepeso: 14 % en ambos sexos; obesidad: 3 %) (39, 46)

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT), se obtienen los siguientes datos: prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 71.28%. La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. Se encuentra un porcentaje de obesidad mayor en el sexo femenino 37.5% que en el masculino 26.8%, se observa lo contrario con el sobrepeso, el sexo masculino presenta mayor prevalencia con 42.5% y el femenino 35.9%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es solamente 3.6 puntos porcentuales mayor en las mujeres 73% que en los hombres 69.4% (47).

5.2.3 Causas de la obesidad

La obesidad es una enfermedad multifactorial, caracterizada por un exceso de masa grasa en el individuo. Dentro de las causas se engloban aspectos como la predisposición genética del; intervención de hormonas, receptores a nivel molecular que actúan en diversas vías, entre ellas la señal de hambre o saciedad; el ambiente obesogénico en el que se encuentra inmerso el individuo; los hábitos de alimentación, el contexto sociocultural, económico, político; el sedentarismo; la psicología del individuo, la presencia de ansiedad o depresión, entre otras.

Menos del 5% de los factores que determinan la obesidad son secundarios a tratamientos farmacológicos, trastornos endócrinos específicos o síndromes

monogénicos definidos. El 95% restante tiene su origen en un desbalance energético relacionado al ambiente obesogénico y a la susceptibilidad genética (2).

La importancia del impacto social en el estado de obesidad se evidenció en el seguimiento por 32 años del *Framingham Heart Study*, donde se observó que la probabilidad de aumentar de peso en una persona incrementa un 57% si él o ella tienen un amigo cercano que se vuelve obeso en un intervalo dado. Entre hermanos adultos, si uno de ellos se vuelve obeso el otro tiene un riesgo incrementado de 40%. Entre esposos, si uno de ellos se vuelve obeso, el riesgo en que el otro adopte la conducta se incrementa en 37%. Se contrastó con los vecinos inmediatos quienes no fueron afectados en su composición corporal, lo cual descartó la influencia del ambiente local en el aumento de peso. Esto implica que las relaciones sociales se vuelven fundamentales en la propagación de conductas obesogénicas (48).

Existen diversos factores ambientales que afectan la conducta alimentaria encaminando a un aumento de peso corporal. En cuanto a propiedades del alimento, densidad energética incrementada (49), mayor tamaño de la porción (50), gran variedad de la dieta (51). En cuanto al contexto social y los patrones de alimentación, existe una influencia de acuerdo al número de personas que también se encuentran comiendo alrededor el cual se incrementa cuando las personas con las que se consume el alimento son amigos y no extraños y éstos a la vez aumentan su consumo (52), comer fuera de casa particularmente en restaurantes de comida rápida así como un incremento en bebidas azucaradas (53), saltarse el desayuno y comer entre comidas (54).

5.2.4 Consecuencias de la obesidad

Un individuo con obesidad se vuelve susceptible al desarrollo de comorbilidades, asociado al proceso proinflamatorio crónico al que se encuentra expuesto, propiciando un decremento en su calidad de vida. Entre algunas de estas comorbilidades se mencionan la hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus tipo 2, apnea obstructiva del sueño, osteoartritis de rodillas, síndrome de ovario poliquístico, tiene relación con ciertos tipos de cáncer, entre otras (2).

La alteración en la funcionalidad de los adipocitos es un factor crítico para los individuos que presentan un tejido adiposo en exceso ya que esto da lugar a la presencia y/o desarrollo de las comorbilidades anteriormente mencionadas (55). Para alterar la función metabólica del individuo; es necesario que el exceso de masa grasa se deposite en forma visceral y que dicho incremento se lleve a cabo principalmente por hipertrofia. Es por esto que la distribución del tejido adiposo (subcutáneo-visceral) y la manera en que se incrementan estos depósitos (hipertrofia-hiperplasia) resultan de mayor importancia que la cantidad total de grasa del individuo para determinar, en este caso, su riesgo cardiovascular (56).

Cuando el tejido adiposo presenta alteración en su función (fundamentalmente el visceral) genera daño cardiovascular, el cual se asocia a diferentes vías de comunicación con órganos inmediatos y a distancia: a) Liberación de ácidos grasos libres y adipocinas (proteínas secretadas por el tejido adiposo) hacia el hígado y otros órganos que puede traer como consecuencia hiperglucemia, dislipidemia, así como resistencia a la insulina. b) Producción de adipocinas, estado de estrés oxidativo crónico e inflamación subclínica crónica. c) Lipotoxicidad de diversos órganos, consecuente disfunción orgánica, susceptibilidad genética de dichos órganos. El acúmulo excesivo de grasa corporal, esencialmente distribución androide, se ve asociado a un estado de estrés oxidativo e inflamación subclínica crónica (57).

La obesidad se asocia con la Diabetes Mellitus 2 (DM2). Al compararse individuos con obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) contra aquellos con IMC normal (18.5 – 24.9 kg/m²) se observó que el riesgo de presentar diabetes es 12.4 veces más alto en mujeres y 6.7 veces más elevado en individuos con obesidad (58) Se dice entonces que la diabetes se ve asociada a un incremento de marcadores de estrés oxidativo e inflamación en comparación con individuos de IMC normal.

El riesgo de enfermedad arterial coronaria es mayor tres veces en mujeres con obesidad que en aquellas con IMC normal. La obesidad está acompañada por una disminución en la capacidad de vasodilatación, aterosclerosis, alteraciones en la coagulación sanguínea e hipertensión arterial (59).

Concluyendo la sección anterior, se ha definido qué puede detonar un estado patológico de ansiedad, factores de riesgo y sus consecuencias. Se enfatizó en el desarrollo de la obesidad como una de las consecuencias físicas de la ansiedad. A continuación, se detallará cómo estos dos factores (ansiedad y obesidad) guardan una estrecha relación, en donde el sentido de su manifestación no sólo se presenta de manera unidireccional.

5.3 Relación entre obesidad y ansiedad

5.3.1 Consecuencias de la relación entre obesidad y ansiedad

La ansiedad se ha definido como la anticipación a un peligro o amenaza futura detonada por sentimientos subjetivos alimentados a su vez por sentimientos intrusivos recurrentes que pueden desembocar en un estado de agitación, tensión y comportamiento cauteloso. Se ha observado entonces que la ansiedad tiene síntomas que pueden clasificarse como físicos, psicológicos, conductuales, intelectuales y asertivos.

Los síntomas incapacitantes de la ansiedad pueden estar relacionados con el desarrollo de la obesidad, tales como inestabilidad, cefaleas, náuseas, dolor precordial, tensión muscular, entre otros, que orillan al individuo a un estado de sedentarismo o una reducción de sus actividades sin modificar la ingesta del alimento, así como los síntomas psicológicos o conductuales tales como sensación de agobio, miedo a perder el control, dificultad de concentración, irritabilidad, conductas de evitación que pudieran disminuir una adherencia a un plan de alimentación saludable. Entendiéndose por saludable aquel que cubra las características de una alimentación correcta propuestas en el plato del bien comer: completa, variada, equilibrada, suficiente, adecuada e inocua (60).

La obesidad es una enfermedad multifactorial caracterizada por el exceso de masa grasa en el individuo lo cual se traduce en un riesgo en la salud y se relaciona con múltiples enfermedades metabólicas tales como la diabetes, hipertensión, osteoartrosis, entre otras. Los factores que influyen en el aumento de peso pueden

enumerarse desde el aspecto sociocultural, psicosocial, predisponibilidad genética, ambiente obesogénico, ingesta incrementada de alimentos y sedentarismo.

De Wit L, et al. 2010, encuentran una tendencia en el aumento de la prevalencia de obesidad entre las personas con depresión y trastornos de ansiedad, la cual no se confirmó al aislar a las personas con solamente trastorno de ansiedad, en ello se establece que la presencia de obesidad entre las personas con ansiedad pudiera ser impulsado por la depresión subyacente, ya que la depresión y ansiedad son condiciones altamente comórbidas no siempre se distinguen adecuadamente. Se ha encontrado un menor nivel en el desarrollo de actividades sociales entre personas con depresión y trastornos de ansiedad. Finalmente establecen con base a la literatura que la depresión puede llevar al desarrollo de obesidad a través de una reducción en actividad física y actividades sociales, donde se puede presentar también en dirección opuesta (5).

Garipey G, et al. 2010, realizan un meta-análisis con la finalidad de aclarar la hipótesis de si la obesidad es considerada un factor de riesgo para el desarrollo de trastornos de ansiedad. La relación entre obesidad y ansiedad puede diferir entre subgrupos de población con diferente estado sociodemográfico, características biológicas y comportamentales, pero aun así encuentran una asociación positiva entre obesidad y ansiedad. La discriminación relacionada con el exceso de peso y el estigma pueden ser profundamente doloroso para las personas con obesidad, este tipo de discriminación lo encuentran tanto en su vida pública como privada.

Los individuos con obesidad cuentan con menor apoyo social o redes de apoyo que aquellos con peso normal, dichas condiciones en oportunidades y recursos psicosociales limitados, pueden poner en mayor riesgo de desarrollo de trastornos psicológicos desencadenando en trastornos de ansiedad. También pueden albergar prejuicios contra la grasa hacia sí mismos, así como sentir la presión de ganar control sobre su peso, que puede resultar molesto, especialmente cuando se han sometido a numerosos intentos fallidos para bajar de peso (4).

La preocupación por el alimento y las dietas continuas se encuentran estrechamente relacionadas con la ansiedad. Además, los síntomas adversos y las condiciones médicas crónicas aunadas al problema de la obesidad pueden incrementar el riesgo

de ansiedad. Estilos de vida obesogénicos, tales como un incremento de alimentos densamente energéticos y la falta de actividad física contribuye al desarrollo o mantenimiento de dicha ansiedad (4).

La obesidad se encuentra mayormente ligada a un desarrollo de ansiedad en mujeres que en hombres, debido a una mayor discriminación social hacia mujeres con obesidad. Por otro lado, se menciona que es posible que los trastornos de la ansiedad conduzcan a la ganancia de peso ya que se cree que la disfunción en la regulación eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal puede contribuir a la desregulación del apetito y aumento de peso posterior en individuos estresados. También se menciona que existen condiciones crónicas asociadas a la ansiedad como el asma, las cuales tienen un efecto en la salud funcional que conduce a un estado físico de inactividad dando como consecuencia un incremento de peso. Los rasgos de personalidad premórbida como la hipersensibilidad a la crítica y estilos de afrontamiento pueden predisponer a las personas tanto a la ansiedad como la obesidad, destacando que un estilo de afrontamiento de evitación se ha visto asociado a una conducta de alimentación alterada. En este metaanálisis se encontró una fuerte asociación entre obesidad severa (definida como IMC ≥ 35) y trastornos de ansiedad, comparada con obesidad moderada (IMC 30-35 kg/m²) (4).

Lazarevich I, et al. 2013, mencionan que el problema creciente de la obesidad requiere una mejor comprensión de sus causas para así promover la prevención y la gestión adecuada de intervención, ya que los factores psicológicos que juegan un papel fundamental en el desarrollo de dicha enfermedad son subestimados con frecuencia en los programas de intervención. Los individuos con problemas emocionales y estrategias de afrontamiento disfuncionales, en donde la regulación emocional efectiva se sustituye por la ingesta del alimento, pueden desarrollar conductas alimentarias anormales que conducen al aumento de peso. Las psicopatologías pueden ser una causa o una consecuencia de la obesidad y en muchos casos muestran una relación bidireccional. La ansiedad puede conducir a comer en exceso, promover una ganancia de peso y disminuye la adherencia al tratamiento (3).

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría (6), los individuos con depresión atípica acompañado por un aumento de apetito y periodos de ingesta excesiva suelen presentar sobrepeso u obesidad. Estos patrones de alimentación pueden estar relacionados a los mecanismos de recompensa del cerebro en la regulación de la tensión. Es bien sabido que los trastornos de la alimentación se acompañan por una dificultad en la regulación de los estados emocionales. Diversos estudios han informado que las personas con obesidad frecuentemente presentan el “hambre emocional” (7, 8) definido como comer alimentos por razones distintas al hambre, consumo de grandes cantidades de alimentos en respuesta a estados emocionales (3).

Un exceso de masa grasa corporal puede ocasionar no sólo consecuencias metabólicas también puede influir en el estado emocional del individuo, manifestado una reducción en su capacidad de afrontar diversas situaciones, pudiéndolas afrontar por medio de la ingesta de alimentos empeorando su estado de inflamación crónica.

5.3.2 Programas de intervención para el manejo de la ansiedad en pacientes con obesidad

Como se ha desarrollado a lo largo del presente marco teórico, se encuentra una relación directa entre el problema de obesidad y el estado de ansiedad, el cual se ha manifestado que también puede presentarse de manera bidireccional. Es entonces que se vuelve fundamental que un problema de tal magnitud deba ser abordado de manera multidisciplinaria, no dejando de lado la importancia del factor emocional.

Lazarevich I, et al, 2013, realizan un estudio transversal con una muestra de 1,122 estudiantes de la Universidad Autónoma Metropolitana, Ciudad de México, donde analizan la asociación entre salud mental y conductas alimentarias alteradas relacionándolas con el desarrollo de sobrepeso y obesidad abdominal, la finalidad fue proporcionar directrices para los programas de intervención. Dentro de los resultados encontraron que los estudiantes con hábitos de alimentación alterados muestran niveles elevados de impulsividad y depresión. Así como un incremento en la circunferencia de cintura se relacionó con el sexo femenino, padres con obesidad y

hábitos de alimentación no saludables. Algunas de las estrategias propuestas se basan en los cambios cognitivos-conductuales (desarrollo de la asertividad, técnicas de resolución de problemas así como estrategias de afrontamiento) y desarrollo de patrones de alimentación para ayudar a reducir el peso corporal, prevenir recaídas y el abandono del tratamiento. Establece que los programas preventivos deben estar dirigidos al desarrollo de hábitos de alimentación y actividad física junto con estrategias para el manejo de las emociones, las cuales deben considerarse como un componente clave. Menciona que las intervenciones se beneficiarían por la incorporación de técnicas de reducción de la impulsividad y la promoción del estado de ánimo positivo (3).

Cheung L y Nhat T 2011, introducen el concepto de *mindful eating*, donde establecen que “al mirar de manera profunda el alimento que ingerimos, podemos observar que ésta contiene la tierra, el aire, la lluvia, el sol y el trabajo duro de los granjeros y todos aquellos que procesan, transportan y nos venden la comida. Al comer con plena consciencia podemos darnos cuenta de todos los elementos y el esfuerzo necesario para volver una realidad nuestros alimentos, lo cual promueve nuestra apreciación del apoyo constante que recibimos de las manos que tienen un encuentro con el alimento y de la naturaleza. Al comer o beber, podemos comprometer todos nuestros sentidos en la experiencia de beber y comer. Al comer y beber de esta manera no sólo alimentamos nuestros cuerpos y salvaguardamos nuestra salud física, sino también nutrimos nuestros sentimientos, nuestra mente y consciencia” (61).

Se enlistan a continuación, los siete puntos para practicar una alimentación consciente, extraídos textualmente del libro de Cheung L 2011, Savor *mindful eating, mindful life*.

1. Honrar la comida
2. Compromete los sentidos
3. Sirve porciones modestas
4. Saborea pequeños bocados, mastica bien
5. Come despacio para evitar la sobrealimentación
6. No saltarse las comidas
7. Come una dieta basada en vegetales, para tu salud y para el planeta

También se establecen ocho preguntas enfocadas a la prevención de trampas sin sentido, se mencionan a continuación:

1. ¿Te saltas el desayuno u otras comidas?
 - a. Prepara tu desayuno o empaca tu lunch una noche antes
 - b. Amplía tu idea de desayunos
 - c. Asegúrate que tienes buen apetito para el desayuno
2. ¿Te apresuras al comer?
 - a. Haz tu primera mordida –y todo bocado- a consciencia. *Mind ful*
 - b. Realiza bocados pequeños
 - c. Mastica tu comida completamente y pon abajo los cubiertos entre cada mordida
3. ¿Comes de manera inconsciente grandes porciones?
 - a. Utiliza platos más pequeños y cubiertos
 - b. Evita distracciones cuando estás comiendo
 - c. Pregúntate a ti mismo “¿estoy seguro de que esto es saludable?”
4. ¿Comes mucho por la noche?
 - a. Encuentra algo para hacer con tus manos
 - b. Apaga la televisión
 - c. Se consciente de tu área de trabajo
 - d. Reduce el estrés
 - e. Ve a dormir más temprano
 - f. Si comes un snack por la noche elige frutas frescas y vegetales
5. ¿Qué tan seguido consumes comida rápida o alimentos en restaurantes?
 - a. Prevé e infórmate por adelantado sobre las opciones más saludables
 - b. Ordena porciones más pequeñas
 - c. No comas comida rápida
 - d. Ordena café o té después de la comida en lugar de un postre
6. ¿Te falta tiempo para prepararte comidas saludables?
 - a. Distribuye las tareas que involucren la preparación de la cena
 - b. Sé muy cuidadoso con los alimentos de conveniencia que pueden resultar perjudiciales para la salud

7. ¿Comes más el fin de semana que durante la semana?
 - a. Mantén un diario de alimentos
 - b. Empaca tus alimentos saludables si vas a estar todo el día fuera
 - c. Haz de tu tiempo social, tiempo activo y no tiempo para comer
8. ¿Comes cuando estás enojado, triste, aburrido o estresado?
 - a. Utiliza *mindfulness* para reconocer las diferencias entre el hambre física y emocional
 - b. Busca maneras alternativas para afrontar el estrés y las emociones
 - c. Aparta comidas tentadoras de tu zona de mayor estrés
 - d. Consulta con un profesional que se especialice en alimentación emocional

Estas son algunas de las estrategias que promueve Cheung L, para afrontar las trampas que pueden llevarte al consumo de alimentos sin consciencia. *Mindful eating*, promueve un estado en el cual el individuo realice el acto de la alimentación de manera plena y consciente, que disfrute y lo convierta en un acto para alimentar tanto el cuerpo como el alma (61).

Kristeller J, et al. 2013, desarrollan un programa con base en el concepto de *Mindfulness eating*, entrenamiento para la concienciación de los atracones de comida, en donde se desarrollan prácticas para cultivar una mayor conciencia en el sentimiento de hambre y saciedad, otro sobre la saciedad sensorial específica y los factores desencadenantes emocionales para la ingesta de alimento. Los participantes tuvieron una intervención de 12 sesiones, 9 sesiones semanales con 3 mensuales de refuerzo, cada una con duración de 90 minutos, a excepción de la sesión 6 que duró 120 minutos ya que ésta incluye una comida de traje. En lugar de concentrar las sesiones en la pérdida de peso, éstas se enfocaban en volverse más consciente de los patrones de una alimentación inapropiada y en proporcionar herramientas adecuadas y apoyo grupal para hacer un cambio sostenible en dichos patrones.

El programa incluyó tres grupos, en uno se llevó a cabo el Entrenamiento de la Alimentación Consciente *Mindfulness eating* (MB-EAT), en el segundo una

Intervención Psicoeducacional Cognitivo-Conductual (PECB) y el tercero un grupo control.

En el primer grupo se utilizan ejercicios como el de Mindfulness atención consciente centrada en el hambre y señales de saciedad, ingesta total de alimentos, así como desencadenantes de atracón físicos, cognitivos, sociales, ambientales y emocionales. Se utilizaron tres formas de meditación: general (respiración/consciencia abierta) meditación *Mindfulness*, meditaciones guiadas de alimentación, y “mini-meditaciones” para ser utilizadas a la hora de la comida y durante el resto del día, modeladas en el programa de Reducción de Estrés basada en la consciencia plena. Otros componentes del tratamiento incluyeron consciencia corporal, prácticas de autoaceptación, incluyendo yoga suave a base de la silla, ejercicio de exploración corporal, curación de uno mismo mediante el tacto, un proceso que compromete el auto-juicio relacionado al tamaño corporal y cultiva el perdón y la aceptación. Las sesiones fueron desarrolladas durante el taller y otras de *Mindfulness* para práctica en casa (62).

En el otro grupo se utilizó un Tratamiento Psicoeducativo Cognitivo-Conductual, el cual incluye educación sobre obesidad y atracones, así como conceptos básicos elaborados para los modelos cognitivo-conductuales, tales como desencadenantes emocionales y cognitivos para la ingesta de alimentos y el cultivo de estrategias de afrontamiento alternativas. También contiene educación y desarrollo de habilidades, ejercicios de nutrición, control de porciones, ejercicio, principios para realizar cambios en el estilo de vida, manejo del estrés (incluyendo resolución de problemas, relajación muscular progresiva y desarrollo de asertividad), y recomendaciones psicosociales para controlar los atracones y construir redes de apoyo. Las tareas de casa eran específicas de acuerdo a cada sesión semanal, como crear un régimen de comidas utilizando las guías vistas en la respectiva sesión. También se organizó una comida de traje con un enfoque en los nutrientes y el tamaño de las porciones, en lugar de en la elección consciente y consciente de comer (62).

De acuerdo a los resultados se observó que el 25% del grupo de MB-EAT y el 38% de PECB reportaron no realizar conductas de atracón en contraste con el grupo control que no tuvo ningún cambio, resultados reportados al mes de la intervención.

Sin embargo, se observaron mayores diferencias en la evaluación realizada a los cuatro meses después de la intervención, donde el 95% del grupo MB-EAT dejaron de calificar para el diagnóstico de trastorno alimentario por atracón, en contraste con el 76% del PECB y el 48% del grupo control (62).

De acuerdo al tamaño de los atracones reportados no hubo diferencias significativas entre los grupos al término inmediato de la intervención, sin embargo, en la evaluación de seguimiento a los participantes que aún presentaban conductas de atracón, el grupo control reportó que la magnitud del atracón era mediano o grande, los del grupo PECB reportaron atracones moderados, mientras que los reportados por el grupo MB-EAT en su mayoría fueron pequeños. Aunque la intervención no iba dirigida a una pérdida de peso, el 29% de los participantes en el grupo PECB y el 28% del grupo MB-EAT, redujeron mínimo 2.26 kg durante la intervención. Aquellos en ambos grupos que perdieron mínimo 2.26 kg, al seguimiento de cuatro meses, el promedio de pérdida fue de 4.5 kg. No hubo diferencias significativas en la pérdida de peso entre ambos grupos, sin embargo, a mayor práctica de meditación mayor pérdida de peso en el grupo de MB-EAT (62).

García N, 2010, en su artículo titulado “Niños en movimiento: tratamiento de la obesidad infantil, una nueva forma de abordar un viejo problema”, describe la aplicación de un taller llamado “Niños en movimiento” dirigido a la modificación de hábitos alimentarios, estilos de vida y aspectos emocionales, su población fue de niños obesos de 7 a 12 años y sus familiares, se evaluó el IMC, aspectos de la dieta mediterránea, ansiedad y niveles de depresión. Se desarrolló también el mismo programa sólo que éste dirigido a “Adolescentes en movimiento” en un rango de edad de 12 a 18 años. Ambos talleres están dirigidos al paciente y a su entorno familiar y tienen como premisa el cambiar estilos de vida, ofrecer educación alimentaria y mejorar la autoestima y otros componentes psicológicos. Se utilizan técnicas cognitivo-conductuales y psicodinámicas (9).

Dicho taller engloba el área social, física y emocional, utilizando técnicas cognitivo-conductuales y afectivas. Se maneja de manera grupal en espacios separados para los familiares y otro para los pacientes, dichos espacios se utilizan para analizar y expresar emociones relacionadas con el sobrepeso, obesidad y las consecuencias a

corto y a largo plazo. Algunos de los temas abordados durante el taller son: autocontrol, imagen corporal, comunicación, resolución de conflictos, asertividad, derechos personales, autoestima, relajación, actividad física y sedentarismo.

Se desarrollaron 11 sesiones semanales de 90 minutos cada una. Cada sesión fue iniciada con 15 minutos de ejercicio físico de relajación, movimientos corporales que daban un énfasis a la importancia de la respiración. Se utilizaron 10 cuadernos, uno por semana para que trabajen en casa y posteriormente en la sesión, los padres también contaban con un manual de 10 capítulos con los mismos temas abordados en los niños: la importancia del desayuno, la importancia de no saltarse las comidas, dietas milagrosas, ejercicio físico, selección de alimentos saludables, los sentimientos y la comunicación efectiva, la capacidad de querernos, recaídas, infinitas posibilidades y método estrella. El educador también tenía su guía didáctica. El objetivo general de dicho programa fue valorar el estado nutricional y rasgos psicológicos antes y después del programa para el tratamiento integral de la obesidad infantil “Niñ@s en movimiento” (9).

En los resultados, de acuerdo al programa realizado en niños se observó una disminución significativa en el IMC, circunferencia de cintura y cadera, así como de porcentaje de grasa corporal, se modificaron de manera positiva ciertas características en la alimentación como incremento en el consumo de frutas y verduras frescas, aumento de los niños que desayunan en casa y disminución del consumo de comida chatarra, de igual forma presentaron una disminución en ansiedad total que fue de 49.2% a 43.09% así como una disminución del 19.6% al 11% en el riesgo a padecer un trastorno por depresión. Respecto a los resultados en los adolescentes el 73.6% de la población disminuyó el IMC, el porcentaje de masa grasa se redujo del 39.5% al 37.4% y el nivel de ansiedad total de 64.6% al 54.1%, la población en riesgo de sufrir un trastorno de ansiedad disminuyó del 55% al 37%. Se realizaron modificaciones positivas en su ingesta de alimentos como el incremento de consumo de frutas y verduras frescas, reducción de aquellos que no desayunaban en casa y una baja en el consumo de comida chatarra (9).

Por otro lado, Pinto J, 2014, propone la posibilidad de combinar el modelo cognitivo-conductual y el psicoanalítico para el tratamiento de la ansiedad, menciona que

ambos modelos han mostrado cambios positivos en pacientes que sufren de ansiedad, por lo tanto, desde su punto de vista una combinación de ambos puede traer mayor mejora.

En el modelo cognitivo conductual, de acuerdo a Pinto, el tratamiento se dirige a la eliminación de tres factores: las reacciones fisiológicas, los pensamientos automáticos y la conducta de evitación. Algunas de las técnicas utilizadas se basan en el aprendizaje de técnicas de relajación, discusión de pensamientos patógenos, detección de distorsiones cognitivas, métodos distractivos, enfrentamientos graduado a situaciones ansiógenas, entre otras. El modelo psicoanalítico sostiene que no todas las ansiedades son presentadas de forma consciente, que algunas guardan su origen en el inconsciente, en éste modelo se trabaja en la ansiedad manifestada por el paciente y por otro lado en descubrir la ansiedad latente que se encuentra oculta tras el síntoma (63).

Pinto J, reconoce que ambos modelos son muy diferentes, en el cognitivo-conductual se emplea un método empírico y racional mientras que en el otro se utiliza la lógica emocional, en el primero el profesional de la salud tiene un papel pedagogo donde fomenta el aprendizaje del autocontrol, mientras que en el otro sigue un rol no directivo, aun así para Pinto J, resulta más eficaz para el tratamiento de la ansiedad por medio de la combinación de ambos modelos que su uso por separado (63). No se han encontrado estudios o programas donde fuese empleado dicho método.

Se ha visto entonces que existen diferentes programas en los que se abordan estrategias para disminuir los niveles de ansiedad tales como resolución de problemas, relajación muscular progresiva, desarrollo de asertividad, estrategias de afrontamiento, entre otros, los cuales han funcionado de manera adecuada logrando disminución en los niveles de ansiedad (3, 61, 62). A continuación se aborda el tema la importancia del trabajo comunitario en salud desde la de promotoría. Se resalta el éxito de programas implementados por promotores comunitarios previamente capacitados, destacando la cercanía sociocultural con la población objetivo.

5.4 Promotoría de salud

5.4.1 Definición de promotoría de salud

Un estado de completo bienestar físico, social y mental y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1948 (64). Dentro del contexto de la promoción de salud, ésta se ha considerado menos como un estado abstracto y más como un medio para un fin que se puede expresar en términos funcionales como un recurso que permite a la persona llevar una vida individual social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objeto de la vida, OMS 1986 (65).

La OMS 1986, define la promoción de salud como el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla (65). La promoción de la salud refiere un proceso político y social que no sólo se enfoca en fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también se dirige a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que lo rodean, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. Este proceso permite aumentar su control sobre los determinantes de la salud y como consecuencia, mejorarla. La participación resulta esencial para mantener la acción en materia de promoción de la salud (66).

La Carta de Ottawa establece tres estrategias para la promoción de la salud: abogacía con la finalidad de crear condiciones sanitarias esenciales, facilitar que las personas puedan desarrollar su potencial de salud por completo y mediar por la salud entre los diversos intereses encontrados en la sociedad.

Dichas estrategias se apoyan en cinco áreas las cuales se definen a continuación (65).

Cuadro 5. Acciones prioritarias para la promoción de la salud, Carta de Ottawa

Establecer una política pública saludable	una	“Una política pública saludable se caracteriza por la salud y la equidad en todas las áreas de la política, y por una responsabilidad sobre su impacto en la salud. La finalidad consiste en crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Dicha política facilita a los ciudadanos hacer elecciones saludables y convierte los entornos sociales y físicos en potenciadores de la salud” (67)
Crear entornos que apoyen a la salud	entornos	“Ofrecen a las personas protección frente a las amenazas para la salud, permitiéndoles ampliar sus capacidades y desarrollar autonomía respecto a la salud. Comprende los lugares donde viven las personas, su comunidad local, su hogar, su lugar de trabajo y esparcimiento, incluyendo el acceso a los recursos sanitarios y las oportunidades para su empoderamiento” (68)
Fortalecer la acción comunitaria para la salud	la para	“Esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud” (66)
Desarrollar habilidades personales	las	“Capacidades para adoptar un comportamiento adaptativo y positivo que permita a los individuos abordar con eficacia las exigencias y desafíos de la vida cotidiana” (69)
Reorientar servicios sanitarios		“Se caracteriza por una preocupación más explícita en lograr resultados de salud para la población, reflejados en las formas de organización y financiación del Sistema Sanitario. Esto debe llevar un cambio de actitud y de organización de los servicios sanitarios que se centre en las necesidades del individuo como una persona completa, en equilibrio con las necesidades de grupos de la población” (65)

La Declaración de Yakarta confirma que las estrategias y áreas de acción previamente mencionadas son esenciales para todos los países para guiar la promoción de la salud hacia el siglo XXI, en el mismo contexto, identifica cinco prioridades para la promoción de salud en el siglo XXI, las cuales se definen a continuación (66).

Cuadro 6. Prioridades para la promoción de salud de cara al siglo XXI, Declaración de Yakarta	
Promover la responsabilidad social para la salud	“Se refleja en las acciones de los responsables de la toma de decisiones tanto del sector público como privado, para establecer políticas y prácticas que promuevan y protejan la salud” (70)
Incrementar inversiones para el desarrollo de la salud	“Recursos que se dedican explícitamente a la producción de salud y la ganancia de salud. Éstos pueden ser invertidos por organismos públicos y privados, y por los ciudadanos, a título individual y de grupo. La inversión para estrategias está basada en el conocimiento acerca de los determinantes de la salud, siendo su objetivo conseguir un compromiso político para las políticas públicas saludables” (70)
Expandir colaboración para la promoción de la salud	“Acuerdo voluntario entre dos o más socios que deciden trabajar en cooperación para obtener un conjunto de resultados de salud compartidos” (70)
Incrementar capacidad de comunidad y empoderamiento de los individuos	“Esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud.” “En promoción de la salud, el empoderamiento para la salud es un proceso mediante el cual las personas adquieren un mayor control sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud” (70)

Garantizar una infraestructura para la promoción de la salud	“Recursos humanos y materiales, estructuras organizativas y administrativas, políticas, reglamentaciones e incentivos, que facilitan una respuesta organizada, de la promoción de la salud, a los temas y desafíos de la salud pública” (70)
---	--

Por último, me parece importante introducir el concepto de comunidad, ya que ésta resulta fundamental para el desarrollo de la promotoría de salud.

“Grupo específico de personas, que a menudo viven en una zona geográfica definida, comparten la misma cultura, valores y normas, y están organizadas en una estructura social conforme al tipo de relaciones que la comunidad ha desarrollado a lo largo del tiempo. Los miembros de una comunidad adquieren su identidad personal y social al compartir creencias, valores y normas comunes que la comunidad ha desarrollado en el pasado y que pueden modificarse en el futuro. Sus miembros tienen conciencia de su identidad como grupo y comparten necesidades comunes y el compromiso de satisfacerlas” OMS, 1988 (66).

La promoción de la salud tiene por objeto que las personas ganen un control sobre sus vidas (61), buscando un bienestar físico, mental y social, centrándose en una prevención primaria y secundaria.

Doody C, et al 2012, establecen en su marco teórico que la promoción de salud es un “proceso” para un fin y no meramente un resultado. Los principios de la participación de los individuos y la colaboración resultan fundamentales para la promoción de la salud e implican un acuerdo voluntario para la persona, familiares y profesionales de la salud en pro para trabajar por un conjunto de objetivos compartidos. Resulta entonces esencial identificar los problemas de salud y áreas de cambio para adaptar un acercamiento basado en sus necesidades. La intervención se basa generalmente en educación, cambio de comportamiento social, enfocado en las necesidades del individuo. En este punto resulta indispensable considerar las características del público para dirigirse a ellos de tal manera que se logre un entendimiento (71).

5.4.2 Situación de promotoría de salud en México

En México, la Secretaría de Salud publicó en el Diario Oficial del 2013 la Norma Oficial Mexicana NOM-043-SSA2-2012, enfocada a Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. El objetivo se basa en establecer criterios que unifiquen y den congruencia a la Orientación Alimentaria para otorgar opciones prácticas con un respaldo científico que integren la información de manera homogénea y consistente para promover la mejora en el estado de nutrición de la población así como para prevenir problemas de salud que se relacionen con la alimentación (60). Se establece que la orientación alimentaria debe proporcionarse a toda población, atendiendo los intereses del público en general que se tome en cuenta la industria y haciendo un énfasis en los grupos vulnerables. Dentro de los grupos que requieren una mayor atención por la susceptibilidad de presentar alteración en el estado de nutrición se encuentran los niños desde su gestación hasta la pubertad, las mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, adultos mayores e individuos con actividad física intensa (60).

Se extraen de manera textual algunos puntos establecidos en dicha norma, NOM-043-SSA2-2012, haciendo referencia a disposiciones generales:

- Las actividades operativas de orientación alimentaria deberán ser efectuadas por personal capacitado o calificado con base en la instrumentación de programas y materiales planificados por personal calificado, cuyo soporte técnico debe ser derivado de la presente norma.
- La orientación alimentaria debe llevarse a cabo mediante acciones de educación para la salud, haciendo énfasis en el desarrollo de capacidades y competencias, participación social y comunicación educativa.
- Prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación.
- Se deben indicar los factores de riesgo de sobrepeso y obesidad e informar a la población sobre las consecuencias de estas últimas.
- Se debe promover la actividad física en las personas de acuerdo a su edad y las condiciones físicas y de salud.

- Se debe informar y sensibilizar acerca de la importancia del papel socializador de la alimentación, dándole el justo valor a la familia y al entorno social y cultural del individuo o grupo.

Es importante no dejar de lado el tema de la pobreza en México, ya que como se ha revisado a lo largo del marco teórico, puede ser un factor predisponente para el desarrollo de ansiedad debido a la falta de recursos económicos necesarios para hacer frente a diversas situaciones que amenacen el estado de salud del individuo entre otras cosas. Es por ello que la promotoría de salud se convierte en una importante estrategia a través del implemento de programas de salud impartidos por promotores comunitarios, que permiten propagar en diversas comunidades de difícil acceso a la salud, temas de vital importancia para una prevención primaria y secundaria adecuada, estableciendo que no se pretende suplantar el servicio de un profesional de la salud, sino influir en campañas que puedan mejorar el estado de salud de los individuos miembros de una comunidad.

En México, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2012 (CONEVAL 2012), establece que se puede conocer si un individuo es pobre (extremo o moderado), vulnerable (por carencias o por ingresos) o no pobre ni vulnerable, si tiene un ingreso suficiente para adquirir una canasta de bienes y servicios y al contar el número de carencias sociales que éste padece. Dentro de los indicadores de carencia social se establecen el rezago educativo, carencia por acceso a los servicios de salud, carencia por acceso a la seguridad social, a los servicios básicos en la vivienda, a la alimentación y carencia por calidad y espacios en la vivienda (72).

La medición de pobreza a nivel nacional se realizó de acuerdo a la población reportada por el INEGI 2013 de 117.3 millones de personas. El porcentaje de personas en pobreza fue de 45.5 % (53.3 millones) donde 35.7 % (41.8 millones) se clasifican dentro de la pobreza moderada y el 9.8 % (11.5 millones) en pobreza extrema. Lo cual quiere decir que sólo el 19.8 % (23.2 millones de personas) se encuentran como población no pobre y no vulnerable, siendo vulnerables por ingreso el 6.2 % (7.2 millones) y por carencia social el 28.6 % (33.5 millones) (72).

De acuerdo al acceso a servicios de salud, CONEVAL, se considera que una persona es carente cuando no se encuentra afiliada o inscrita a una institución de salud pública o privada o no cuenta con un seguro privado de gastos médicos. Establece que en el 2012, la proporción de individuos que no cuentan con acceso a los servicios médicos es de 21.5%, traducándose a 25.3 millones de personas (72).

Alcalde J, et al. 2013, establecen que en México la transición demográfica ha obligado a las instituciones a dar respuestas para atender los efectos del alto crecimiento y envejecimiento poblacional. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) se han convertido en un tema de mayor relevancia y un reto importante para el sistema de salud mexicano, es por ello que han realizado algunos esfuerzos por incidir sobre factores de riesgo y estilos de vida saludables. La estrategia de prevención y promoción de la salud como parte del fortalecimiento del Seguro Popular de Salud (SPS) es una de dichos esfuerzos, que busca entregar con oportunidad un conjunto de acciones básicas en las unidades de salud, definidas en función al sexo y el grupo de edad al que pertenecen (73).

Cantú P, 2011, propone la construcción de un índice para evaluar la protección y fomento de la salud en México, establece que los avances en una sociedad de índole sanitaria, ambiental y socioeconómica, demandan el cumplimiento y acciones entre diversos sectores de la sociedad. Acciones que involucran los campos de desarrollo urbano, inversión en obras públicas, educación y protección a la salud, así como la inclusión y participación de agrupaciones comunitarias. Cantú, forja el Índice de Protección y Fomento a la Salud (IPyFS) para cada entidad federativa, su interpretación es que a mayor IPyFS mejor su condición. Dentro de los indicadores se establecen el “Fomento a la salud”, “Impacto en salud” y “Protección a la salud”(74). Como resultados se obtiene lo siguiente:

- Fomento a la salud: estados con un nivel más alto son el Distrito Federal, Colima, Aguascalientes, Nuevo León, Tlaxcala y Chihuahua; mientras que aquellos con los valores más bajos son Oaxaca, Guerrero, Chiapas, Veracruz, San Luis Potosí y Yucatán (74).

- Impacto en salud: estados con posiciones más altas son Coahuila, Nayarit, Sinaloa, Campeche, Nuevo León y Tamaulipas; valores más bajos Puebla, México, Tlaxcala, Tabasco, Guanajuato y Distrito Federal (74).
- Protección a la salud: los estados mejor calificados son Tabasco, Nayarit, Tlaxcala, Baja California Sur, Colima y Veracruz; últimos lugares en esta condición tenemos a Quintana Roo, México, Jalisco, Querétaro, Nuevo León y Baja California (74).

Balcázar H, et al. 2016, (75) realizan una revisión sistemática sobre la historia y situación actual de Promotores de Salud Comunitaria (PSC) en México. De acuerdo a los orígenes de los promotores comunitarios, sugieren que datan desde el año de 1991-1996 en el México rural, representados por promotores indígenas, quienes en su mayoría eran mujeres que tenían un rol en su comunidad utilizando educación popular para apoyar la nutrición infantil. De forma más reciente, entre 1996-2001 los promotores de salud iniciaron una defensa informal en las comunidades, jugando roles asociados al diagnóstico de necesidades relacionados con la salud. A partir de los diagnósticos comunitarios, los roles y funciones de los propios promotores se volvieron más diversos, desde actividades como campañas de vacunación hasta salud comunitaria y campañas ambientales.

Se definieron a mayor medida los roles y funciones de los promotores de salud comunitaria dentro del Sistema de Salud en México, a través de la Secretaría de Salud (SSA) y del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), quienes acompañaron el desarrollo de las funciones de promoción de la salud promulgadas en torno al 2001, donde fueron vistos como agentes ya sea voluntarios o institucionalizados de la promoción de la salud. Sin embargo, por la propia cuenta de la SSA la función y el papel de los promotores no ha sido bien definido ni controlado. Un déficit de personal de PSC fue reconocido en el 2006 por la SSA. Dado al nivel mixto de formación y experiencia profesional que los PSC han tenido dentro de la SSA como agentes de promoción de la salud, se conoce poco en México sobre la función de promoción de los PSC que sirven a sus propias comunidades (75).

Se puede decir que los Promotores de Salud Comunitaria en México carecen de una identidad y relevancia dentro de los sistemas de atención que atienden a la población mexicana, incluyendo comunidades rurales y urbanas vulnerables. Sin embargo, el modelo de PSC podría ser considerado como una estrategia viable de promoción de la salud para llegar a población vulnerable y desatendida. Dentro de los enfoques estratégicos presentados por el Modelo Operativo de Promoción de Salud en México, el modelo de PSC se encuentra como un recurso sin explotar, y sin embargo fértil, para mejorar la salud y bienestar de la comunidad (75).

5.4.3 Efectividad de programas de nutrición impartidos por promotores comunitarios

En esta sección se realiza un listado de diversas intervenciones llevadas a cabo por promotores de salud comunitarios enfocados al tema de nutrición, no se pudo encontrar uno en el que se abordara el control de ansiedad y manejo de emociones.

- Baquero B, et al, 2009, establece que las promotoras de salud son eficaces para llegar a las minorías e incrementar la pertenencia y relevancia de los mensajes de salud. Las promotoras son líderes comunitarias étnicamente similares a la población objetivo. Comparten un lenguaje verbal y no verbal con la comunidad, así como también comprenden las creencias y barreras en salud. Por otra parte, pueden abordar algunas de las barreras de aculturación que pudieran estar jugando un papel en los esfuerzos de comportamiento de la población objetivo (10).

En el estudio se implementó el programa “Secretos de la Buena Vida”, intervención de comunicación y nutrición llevada a cabo en latinas que residen en California la frontera entre Estados Unidos y México. Se realizó en un periodo de 14 semanas y consistió en tres condiciones de intervención: 1) Visitas semanales de promotoras de salud + boletín informativo de salud enviado por correo semanalmente; 2) Boletín informativo enviado de manera semanal por correo; 3) Materias específicas en la atención de control de la condición.

En este estudio la primera condición de intervención promotora + boletín, tuvieron un mejor resultado para facilitar un cambio en la conducta de salud. En este caso algunas de las cuestiones que motivaron en la adopción del cambio puede referirse a la evidencia donde se muestra que los latinos prefieren estrategias de comunicación culturalmente adecuadas, visualmente interesantes y apropiadas lingüísticamente.

Las mediciones de motivación al cambio de los diversos estadios sirvieron para hacer mensajes hechos a la medida de la audiencia, culturalmente apropiados para las comunidades latinas, se utilizó el modelo transteórico. En algunas de las estrategias los participantes en la 1ra y 2da condición recibían un imán en forma de pétalo por correo con cada uno de los boletines. Los participantes en la 1ra y 2da condición también recibieron tarjetas de recetas que se entregaron al final del período de intervención. El programa “Secretos de la Buena Vida” estaba dirigido a mujeres adultas del hogar, con la esperanza de que compartieran información a los miembros de su familia convirtiéndose en un agente de cambio (10).

- Balcázar H, et al, 2015. El objetivo de esta prueba piloto consistió en la implementación de actividades para la promoción de salud y prevención de enfermedades cardiovasculares del modelo Salud para su Corazón en una comunidad urbana empobrecida de alto riesgo en la Ciudad de México, aplicando un taller llamado “Su Corazón Su Vida”.

El material utilizado para el programa fue validado y fue entregado por promotores de salud a miembros de la comunidad de 6 áreas geográficas. En cuanto a los resultados se observó que “tomando acción” para modificar comportamiento en estilos de vida incrementó entre adultos menores de 60 años de un 31.5% a 63% ($P < .001$), y adultos mayores de 60 años de un 30% a 45% ($P < .001$).

Se observaron reducciones positivas en el consumo de colesterol y grasa en participantes menores a 60 años ($P = .03$). En mayores de 60 años incrementó la reducción de uso de sal y el control de peso ($P = .008$). La concentración de glucosa en sangre promedio entre los adultos mayores de 60 años disminuyó

después de la intervención ($P=0.03$). Los promotores fueron reclutados y accedieron a participar en el entrenamiento para el modelo de Salud para su Corazón, completaron un entrenamiento de 5 días y recibieron materiales del taller, fueron asignados a 9 sitios en diferentes áreas geográficas, trabajaron en parejas, impartieron 9 sesiones, ellos fueron los responsables de reclutar participantes de la comunidad cerca de las clínicas de salud y formaron grupos de 20 participantes aproximadamente (11).

Se realizaron medidas antropométricas (estatura, peso, circunferencia de cintura), medidas clínicas (presión arterial, niveles de glucosa), tres cuestionarios autoaplicados (medir cambios en el comportamiento “Mis hábitos”, conductas de salud para el corazón donde se involucran habilidades de reducción de sal, colesterol y grasa; control de peso; y actividad física personal y familiar, de manera adicional registraron su actividad física personal). Se pudieron observar buenos resultados en la prueba piloto, lo cual conlleva un éxito para la salud por medio de promotores (11).

- deRosset L, 2014. Promotora de Salud: Promoción del Uso de Ácido Fólico entre mujeres hispanas. Este estudio se llevó a cabo en Carolina del Norte, aplicado por promotoras de salud quienes recibieron un entrenamiento intensivo de 60 horas, con información sobre defectos del tubo neural, ácido fólico y multivitamínicos, administración de la encuesta inicial y final, estrategias de reclutamiento, reducción de sesgo de selección, mantenimiento de registros, así como facilitación de talleres de educación para los participantes. Las promotoras fueron responsables del reclutamiento.

El estudio consistió en cuatro componentes: una encuesta previa a la intervención, una intervención educativa (taller), una llamada telefónica de seguimiento de dos meses y un estudio de intervención posterior de 4 meses. La intervención educativa se llevó a cabo con la finalidad de promover el consumo de multivitamínicos y la evaluación basal y final se realizó para medir los cambios en conocimiento y comportamiento. Como resultado se obtuvo un incremento en el consumo de multivitamínico del 24% al 71%, una mayor consciencia en el consumo de ácido fólico del 78% al 98%, el conocimiento de

que el consumo de ácido fólico es necesario para la prevención en defectos del tubo neural, incrementó del 82% al 92%. Por último, el estudio concluye que el modelo de Promotoras de Salud Comunitarias es eficaz en alcanzar una subpoblación de mujeres con el mensaje de la importancia del consumo de ácido fólico (12).

- Albarrán C, et al, 2014. Promotoras como facilitadoras del cambio: Perspectivas de latinas después de participar en un programa de intervención de comportamiento de estilo de vida. El objetivo de este programa fue el explorar las experiencias y percepciones de las intervenciones conductuales del estilo de vida (alimentación saludable y actividad física), centrándose en las interacciones con las promotoras de salud. Las promotoras se encargaban de difundir conocimiento, herramientas de automonitoreo y brindar apoyo a las participantes. En este estudio cualitativo se realizaron cuatro grupos focales y siete entrevistas directas con un total de 18 mujeres inmigrantes que recibieron la intervención (13).

Las participantes describieron que veían a las promotoras como consejeras que daban apoyo emocional y social. De igual forma las identificaban como profesoras que impartían conocimiento. Eran mujeres con quien ellas podían fácilmente identificarse, por lo mismo prestaban mayor atención en sus acciones y comportamientos así como en sus cualidades personales, motivándose así para adoptar nuevas estrategias o herramientas propuestas por ellas. Finalmente, las participantes valoraron el apoyo emocional, consejos y la conexión establecida con las promotoras, percibieron esta ayuda como transformadora para su salud física y mental. Fueron vistas como buenas profesoras por la empatía establecida con las participantes y el entorno de apoyo fomentado tanto de manera grupal como individual (13).

5.5 Mapa de la conceptualización teórica del estudio

El programa piloto “No te comas lo que sientes” fue impartido por cuatro promotoras de salud previamente capacitadas por la Universidad Iberoamericana, en el antiguo pueblo Santa Fe. Dicha intervención se llevó a cabo bajo el precepto de la promotoría de salud comunitaria, en donde se resalta como fortaleza utilizar como canal de comunicación promotores que habitan en la misma colonia donde se desarrolla el programa.

Dentro de la evaluación de proceso, se observó la interacción de las promotoras con las participantes. Ya que como se menciona en la literatura, los programas impartidos por promotoras son eficaces porque llegan a minorías, incrementan la pertenencia y relevancia de los mensajes de salud, las promotoras comparten un lenguaje verbal y no verbal con la comunidad y comprenden las creencias y barreras en salud (10). Se observa la actitud y empatía que se genera entre las promotoras y participantes, la motivación que existe en ambas partes, la experiencia de las promotoras en impartir programas de salud.

Al implementar el programa piloto, se observaron detalles dentro de la planeación, contexto, materiales y logística de cada sesión, que permitan llevar una fidelidad adecuada con el manual de intervención, dichas categorías de análisis se detallan más adelante en el cuadro 8.

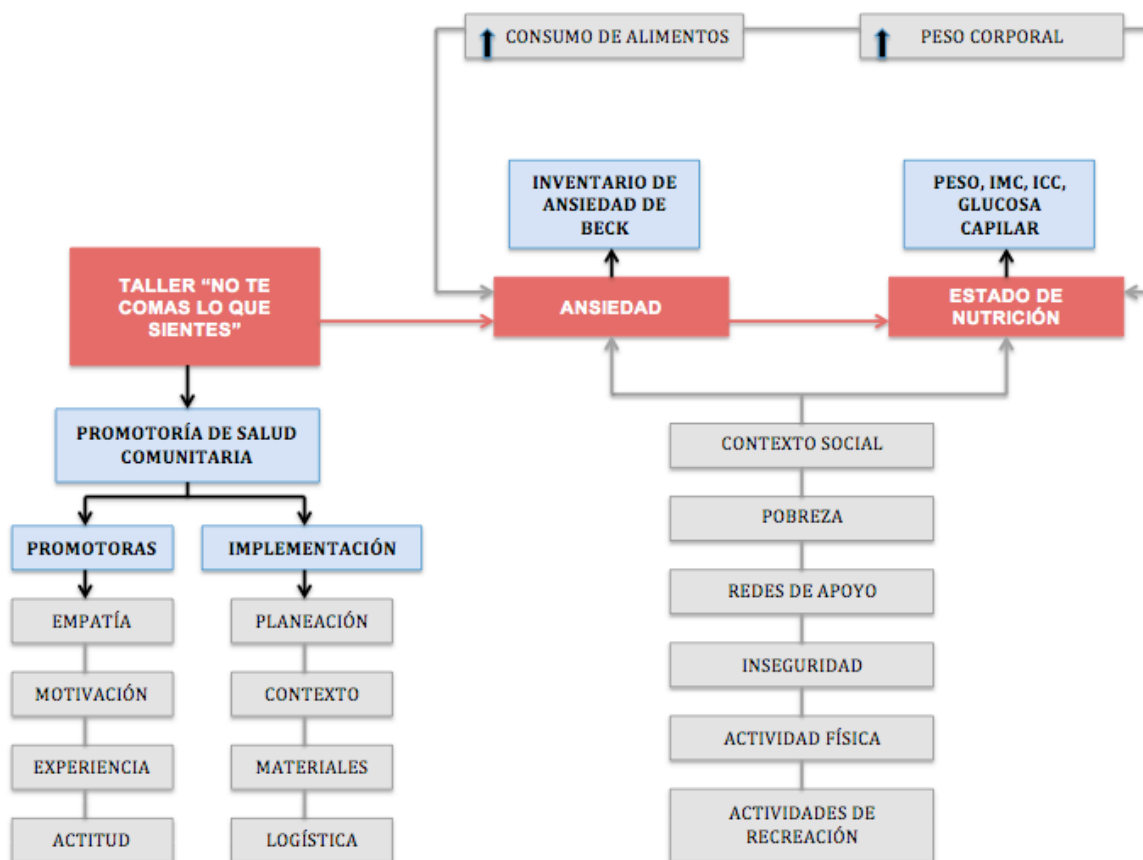
El programa piloto se dirige a la disminución de los niveles de ansiedad, utilizando diversas estrategias, tales como afrontamiento de problemas, relajación muscular progresiva, comer bajo consciencia plena, desarrollo de actividad física, actividades de recreación, entre otras. Las cuales a su vez se dirigen a lograr una mejora en el estado de nutrición, centrándose en este caso en el sobrepeso u obesidad, el cual se observa que guarda una relación estrecha con la ansiedad.

De acuerdo a lo revisado en la literatura los individuos con problemas emocionales y estrategias de afrontamiento disfuncionales, en donde la regulación emocional efectiva se sustituye por la ingesta de alimentos, desarrollan conductas alimentarias anormales que conducen a un incremento de peso (3). De igual forma, individuos que habitan en condiciones desfavorecidas, con altos niveles de inseguridad, situación de pobreza y redes de apoyo disminuidas, se encuentran en

mayor riesgo de desarrollar un estado de ansiedad (31, 33, 35, 37, 38), características ubicadas en el contexto en el que habitan los sujetos de estudio.

Se espera que la implementación adecuada del programa piloto, tenga un impacto positivo sobre el estado de salud de los participantes.

Figura 1. Mapa de la conceptualización teórica del estudio



6 Pregunta de investigación

¿Qué cambios provoca la aplicación del programa piloto "No te comas lo que sientes" en los niveles de ansiedad y en el estado de nutrición en mujeres de diferentes colonias del antiguo pueblo Santa Fe?

¿Cuáles son las barreras o facilitadores identificados en el proceso de implementación del programa piloto "No te comas lo que sientes", impartido por promotoras comunitarias a mujeres de diferentes colonias del antiguo pueblo de Santa Fe?

7 Hipótesis

Considerando la fundamentación teórica revisada en la literatura y resaltando la relevancia del estudio en el contexto social de la población objetivo, se ha concretado la siguiente hipótesis de investigación:

Un proceso adecuado en la implementación del programa piloto “No te comas lo que sientes” impartido por promotoras comunitarias de salud, tendrá un impacto positivo sobre el estado de nutrición (IMC, ICC, diagnóstico de diabetes) y una disminución en los niveles de ansiedad (IAB), mediante el fortalecimiento de técnicas de manejo de ansiedad en mujeres de diferentes colonias del antiguo pueblo de Santa Fe.

8 Objetivos

Objetivo general:

Evaluar el proceso de implementación del programa piloto “No te comas lo que sientes” impartido por promotoras comunitarias, y comparar los cambios, antes y después de su aplicación, en los niveles de ansiedad y en el estado de nutrición de las participantes que viven en diferentes colonias del antiguo pueblo Santa Fe.

Objetivos específicos:

- Contrastar los cambios en la evaluación del estado de nutrición (IMC, ICC, diagnóstico de diabetes) y en los niveles de ansiedad, por medio de cuestionarios basales y finales.
- Identificar los aspectos relacionados con el proceso de la implementación del programa piloto “No te comas lo que sientes” (barreras o facilitadores).

9 Metodología

9.1 Contexto y población de estudio

El programa piloto “No te comas lo que sientes”, se impartió por promotoras comunitarias en diversas colonias del antiguo pueblo Santa Fe, delegación Álvaro Obregón, canalizadas por la Casa Ernesto Meneses y capacitadas por profesionales de la salud a través de la Universidad Iberoamericana.

El antiguo pueblo Santa Fe, se encuentra en una zona llena de contrastes, con diferencias socioeconómicas pronunciadas, es punto de acceso para lo que actualmente representa el espacio urbano de Santa Fe uno de los emporios económicos más establecidos de México colindante con un cinturón de pobreza y marginación. “El corporativo financiero Santa Fe conecta hacia el nororiente con el Antiguo Camino a Santa Fe, el cual cruza zonas urbanas bajas, atraviesa el pueblo de Santa Fe para convertirse en el Antiguo Camino Real a Toluca; esta ruta conecta con otras avenidas de la zona hacia el interior de las colonias marginadas” (76).

El pueblo de Santa Fe es bautizado al término de la conquista, debido a la fundación por Vasco de Quiroga del hospital pueblo de “Santa Fe de los Naturales” en el siglo XVI, el propósito era organizar el territorio conquistado, crear localidades para concentrar a los indígenas y así adoctrinarlos e instruirlos para que convivieran en proximidad, la zona constaba de talleres, campos, manantiales y ríos. Sin embargo, al fallecer Vasco de Quiroga, la Santa Fe de los Naturales no resistió las presiones externas que no tardaron en desarticularla y disolverla dando como resultado un asentamiento empobrecido, el cual durante la colonia se mantuvo como una entidad administrativa independiente de la Ciudad de México. Esta región fue un lugar de pastoreo y de cierta actividad minera, con carácter principalmente rural (77). A inicios del siglo XVIII, la Ciudad de México comienza a crecer, la migración del campo a la ciudad aumenta, producto de la industrialización que experimenta México en los 40, la consecuencia es el crecimiento del área metropolitana, muchos habitantes de escasos recursos se fueron estableciendo en las afueras de la ciudad, fue así como el pueblo de Santa Fe, fue acogiendo a la población marginada (76). A partir de la

independencia, el pueblo de Santa Fe, queda sujeto a un sin número de fórmulas de organización política y administrativas (77).

Actualmente, el INEGI 2010, presenta que la población de la delegación Álvaro Obregón es de 727,034 personas, cuya edad media es de 30 años, con un total de 57,273 hogares con jefatura femenina y 137,646 con jefatura masculina. La población total de seis y más años que no saben leer y escribir es de 18.085 y 11,628 que no especifican si saben leer o escribir. La población total de cinco años y más sin escolaridad es de 17,761. La población derechohabiente a servicios de salud es de 494,813 personas, mientras que aquellas sin ser derechohabiente a servicios de salud es de 218,334. Con una población total de 8,528 personas de cinco y más años que hablan una lengua indígena (78).

Población de estudio

El taller inició con un total de 52 participantes, de las cuales finalizaron 27 y sólo 15 fueron contempladas como sujetos de estudio por cumplir con las características requeridas, mencionadas más adelante. La media de edad fue de 55 años (DE +/- 15.4). Las participantes estaban distribuidas en cuatro diferentes grupos comunitarios cuyas sedes fueron: Centro Interactivo ubicado en la colonia liberación proletaria, Casa Ernesto Meneses ubicada en la colonia Santa Fe y dos casas particulares, una de ellas ubicada en la colonia Santa Fe y la otra en la colonia claveles, las casas pertenecían a una de las participantes del taller y la otra a una voluntaria. La muestra del estudio se obtuvo por conveniencia.

El programa piloto “No te comas lo que sientes” fue impartido por cuatro promotoras de salud comunitarias, capacitadas previamente por la Universidad Iberoamericana, quienes a su vez llevaron un seguimiento semanal mediado por la coordinadora de promoción de salud de la Casa Ernesto Meneses.

Grupo 1: Ubicado en la colonia Liberación proletaria, el taller fue impartido en el Centro Interactivo, a cargo de la Promotora de Salud Comunitaria (PSC) 2. Este grupo estuvo formado por 11 participantes, de las cuales iniciaron 10, posteriormente se unió una y finalizaron con ocho. La media de edad fue 44 años (mín. 12 – máx. 83), dos menores de edad de 14 y 12 años, ambos terminaron el taller. Se

impartieron en total 11 sesiones, de las cuales cuatro se utilizaron para la evaluación basal y final. El promedio de asistencia de las ocho participantes restantes fue de 79.5%, mientras que el porcentaje de pérdida fue del 27.3%.

Grupo 2: Ubicado en la colonia Santa Fe, el taller fue impartido en casa de la señora X, una de las participantes que ofreció su hogar como sede de las reuniones. Grupo a cargo de la PSC 1 y 3. En total se contó con 16 participantes de las cuales iniciaron 15, una se unió posteriormente y se terminó con 10 mujeres. La media de edad fue de 54 años (mín. 10 – máx. 76), dos menores de edad de 10 años ambas, las cuales concluyeron el taller. Se impartieron 11 sesiones de las cuales se utilizaron cuatro para la evaluación basal y final. El promedio de asistencia de las 10 mujeres restantes fue de 87.8%, mientras que el porcentaje de pérdida fue del 37.5%.

Grupo 3: Ubicado en la colonia Santa Fe, el taller fue impartido en Casa Meneses a cargo de la PSC 2. El grupo estuvo formado por 15 participantes, de las cuales iniciaron 14 y una se unió posteriormente, finalizaron únicamente cinco mujeres. La media de edad fue de 35 años (mín. 10 – máx. 54), tres menores de edad de 10, 11 y 15 años, de las cuales sólo terminó la de 11 años. Se impartieron en total 10 sesiones, dos fueron utilizadas para la evaluación basal y final. El promedio de asistencia de las 5 participantes restantes fue de 82%, mientras que el porcentaje de pérdida fue de 66.7%.

Grupo 4: Ubicado en la colonia Claveles, el taller fue impartido en casa de la señora Y, una voluntaria que ofreció su hogar como sede de las reuniones. Grupo a cargo de la PSC 4. En total se contó con nueve participantes de las cuales finalizaron cuatro. La media de edad fue de 54 años (mín. 48 – máx. 62). Se impartieron 6 sesiones de las cuales se utilizaron dos para la evaluación basal y final. El promedio de asistencia de las 4 mujeres restantes fue de 83.3%, mientras que el porcentaje de pérdida fue del 55.6%.

Criterios de inclusión:

- ❑ Personas que asistan de manera voluntaria a las sesiones
- ❑ Que hayan firmado la carta de consentimiento informado

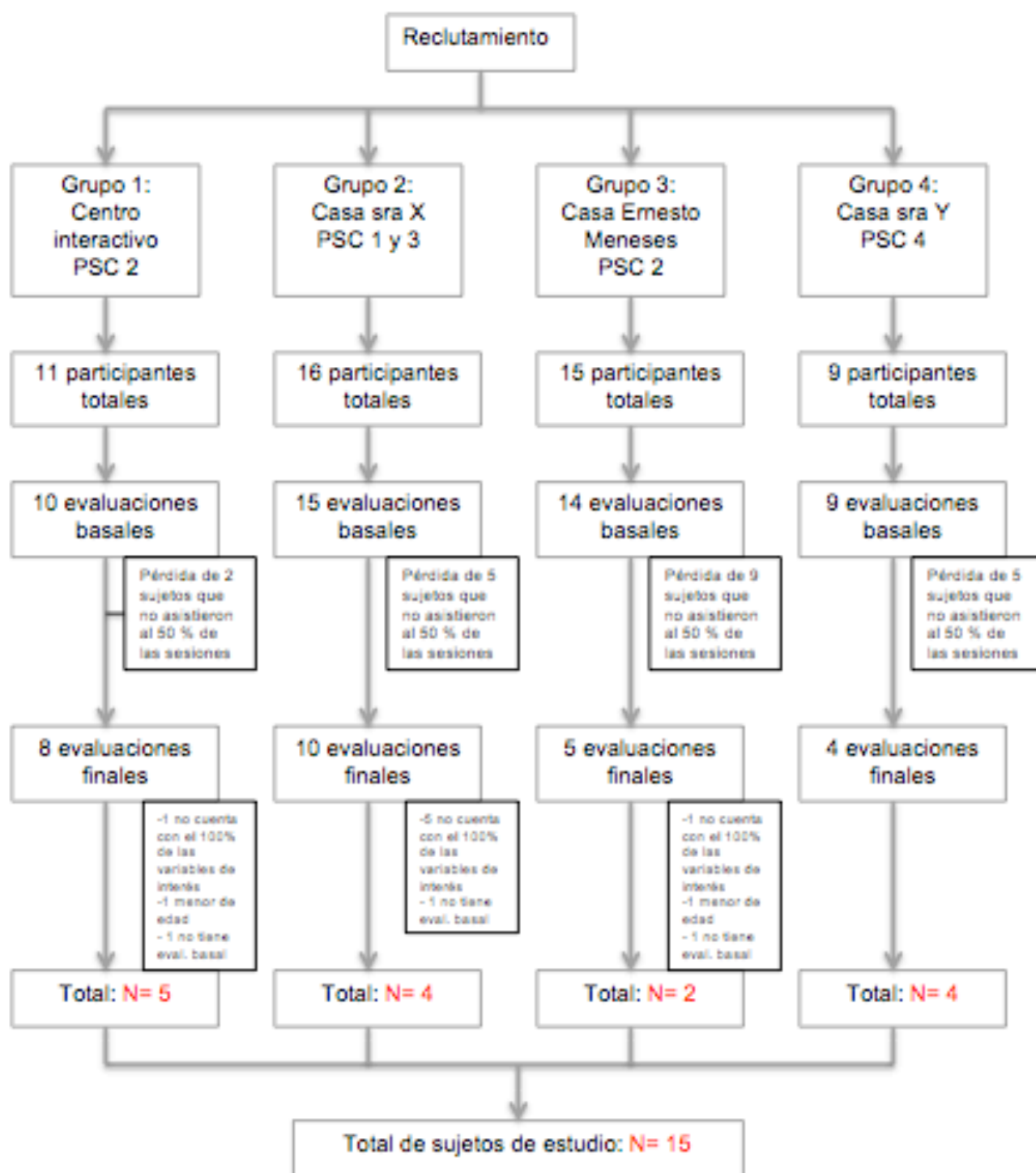
Criterios de eliminación:

- ❑ Asistir mínimo al 50% de las sesiones
- ❑ No contar con el cuestionario de evaluación inicial y final
- ❑ No tener el 100% de las variables de interés evaluadas (peso, talla, % grasa, perímetro abdominal, glucosa capilar, Inventario de Ansiedad de Beck)
- ❑ Edad < 18 años (Aunque no se consideran para el análisis final de datos, se toman en cuenta para la descripción de cada grupo aquellos con edad menor a 18 años)

Criterios de exclusión:

- ❑ El programa no presentó criterios de exclusión, se le permitió el acceso a todos aquellos que asistieran de forma voluntaria, con la finalidad de no negar el acercamiento a temas de prevención y salud en comunidades desfavorecidas

Figura 2. Diagrama de flujo de la población de estudio



Se muestran en la tabla 1 las características de cada grupo de intervención, se incluye a los menores de edad, con la finalidad de presentar el panorama que describe a cada grupo. El grupo pareado, hace referencia a la muestra de 15 sujetos utilizada para el análisis de datos.

Tabla 1. Edad basal de la población en años					
	Grupo 1 n=10 (DE+/-)	Grupo 2 n=15 (DE+/-)	Grupo 3 n=14 (DE+/-)	Grupo 4 n=9 (DE+/-)	Grupo pareado n=15 (DE+/-)
Media	44 (23.8)	54 (19.9)	35 (15.7)	49 (9.0)	56 (15.4)
Mínimo	12	10	10	32	27
Máximo	83	76	54	62	83

Se observa que al inicio del programa el grupo 4, fue el único que no contó con menores de edad, mientras que en los otros tres se habla de hijas o nietas que acompañaban a las participantes.

Tabla 2. Estado civil de la población inicial					
	Grupo 1 n=10 (%)	Grupo 2 n=15 (%)	Grupo 3 n=14 (%)	Grupo 4 n=9 (%)	Grupo pareado n=15 (%)
Soltera	3 (30)	3 (20)	7 (50)	1 (11.1)	1 (6.7)
Casada	3 (30)	7 (46.7)	5 (35.7)	5 (55.6)	6 (40)
Viuda	2 (20)	5 (33.4)	--	1 (11.1)	4 (26.7)
Unión libre	2 (20)	--	2 (14.2)	--	2 (13.3)
Divorciada	--	--	--	1 (11.1)	1 (6.7)
Separada	--	--	--	1 (11.1)	1 (6.7)

La distribución del estado civil fue variado entre los cuatro grupos, conservándose entre las proporciones mayores el rubro de casadas, viudas y solteras, sin embargo, en el grupo final, se observa que en su mayoría son casadas con un 40% de la población y viudas el 26.7% (Tabla 2).

Tabla 3. Escolaridad de la población inicial					
	Grupo 1 n=11 (%)	Grupo 2 n=16 (%)	Grupo 3 n=15 (%)	Grupo 4 n=9 (%)	Grupo pareado n=15 (%)
Primaria	1 (9.1)	7 (43.8)	1 (6.7)	3 (33.3)	4 (26.7)
Secundaria	6 (54.6)	2 (12.5)	4 (26.7)	3 (33.3)	6 (40)
Preparatoria	2 (18.2)	2 (12.5)	4 (26.7)	--	1 (6.7)
Prim. Incompleta	1 (9.1)	2 (12.5)	--	--	1 (6.7)
Sin estudio	1 (9.1)	2 (12.5)	--	--	2 (13.3)
Licenciatura	--	1 (6.2)	3 (20)	1 (11.1)	--
Carrera Técnica	--	--	2 (13.2)	2 (22.2)	1 (6.7)
Pasante Lic.	--	--	1 (6.7)	--	--

La escolaridad de las participantes oscila entre la primaria y secundaria, sin embargo en el grupo 3 existe mayor diversidad cargándose en los rubros de secundaria, preparatoria y licenciatura. El grupo final mantiene la distribución proporcional de los otros tres grupos, destacándose la escolaridad primaria y secundaria (Tabla 3).

Tabla 4. Ocupación de la población inicial					
	Grupo 1 n=10 (%)	Grupo 2 n=15 (%)	Grupo 3 n=14 (%)	Grupo 4 n=9 (%)	Grupo pareado n=15 (%)
Ama de casa	7 (70)	8 (53.3)	5 (35.7)	7 (77.8)	11 (73.3)
Comerciante	--	1 (6.7)	1 (7.1)	--	2 (13.3)
Empleada	--	2 (13.3)	1 (7.1)	1 (11.1)	1 (6.7)
Ventas	1 (10)	1 (6.7)	--	--	1 (6.7)
Estudiante	2 (20)	2 (13.3)	4 (28.6)	--	--
Operadora	--	1 (6.7)	--	--	--
Jubilada	--	--	1 (7.1)	--	--
Enfermera	--	--	1 (7.1)	--	--
Profesora	--	--	1 (7.1)	--	--
Trab. Social	--	--	--	1 (11.1)	--

En los cuatro grupos se observa que la distribución mayor es en el rubro de ama de casa, respetándose de la misma manera en el grupo final, donde el 73.3% de las participantes se dedican a labores del hogar. El grupo 3 ofrece una mayor variación de ocupaciones, encontrándose una jubilada de enfermería quirúrgica, una profesora de estimulación temprana y una enfermera (Tabla 4).


En la tabla 5, se reportan los resultados que se obtienen de la muestra pareable con las 15 participantes que cumplieron con el mínimo del 50% de las asistencias, el cuestionario basal y final, en el cual contaban con el 100% de las variables de interés (IMC, % grasa, perímetro abdominal, glucosa y diagnóstico de ansiedad). La población de la muestra de análisis está conformada por cinco participantes del grupo 1, cuatro del grupo 2, dos del grupo 3 y cuatro del grupo 4.

Tabla 5. Características socioeconómicas de la muestra de estudio		
	n=15	%
Estado civil:		
Soltero	1	6.7
Divorciado	1	6.7
Casado	6	40.0
Viudo	4	26.7
Unión libre	2	13.3
Separado	1	6.7
Escolaridad		
Primaria	4	26.7
Secundaria	6	40.0
Preparatoria	1	6.7
Carrera técnica	1	6.7
Primaria incompleta	1	6.7
Sin estudios	2	13.3
Ocupación		
Ama de casa	11	73.3
Comerciante	2	13.3
Empleada	1	6.7
Promotora de ventas	1	6.7

Se destaca que los porcentajes mayor definen a una población de estado civil casadas, con escolaridad mínima de secundaria y que se dedican al trabajo en el hogar.

9.2 Cuadro de variables

Cuadro 7. Variables e instrumentos de medición de la evaluación cuantitativa						
Variable	Definición operacional	Tipo de variable	Indicador a reportar	Referencia del instrumento		
Antropométrico						
IMC (Kg/m2)	Peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros elevada al cuadrado	Dependiente Categórica Ordinal	Normopeso (18.5-24.99); sobrepeso (25.0-29.9); obesidad I (30.0 – 34.9); obesidad II (35.0-39.9); obesidad III (>40)	-Tabla de referencia la OMS validada para población, 2000 (79)		
ICC (cm)	Perímetro de cintura dividido entre el perímetro de la cadera	Dependiente Categórica Nominal	Índice Cintura-Cadera: -Androide (≥0.8) -Ginecoide (<0.8)	-Principios de evaluación nutricional. Gibson R, 1990 (80)		
Bioquímico						
Diagnóstico de diabetes (mg/dl)	Niveles de glucosa capilar obtenida del dedo índice	Dependiente Categórico Ordinal	Normal: en ayuno <100, postprandial <140; pre-diabetes: en ayuno 100-125, postprandial: 140-199; diabetes mellitus: en ayuno ≥126, postprandial ≥ 200	-American Diabetes Association. Normas de atención médica en diabetes-2015 (81)		

Emocional					
Diagnóstico de ansiedad	Se obtiene de acuerdo al resultado del Inventario de Ansiedad de Beck	Dependiente al Categórica Ordinal	Ansiedad mínima (0-7); ansiedad leve (8-15); ansiedad moderada (16-25), ansiedad grave (26-63)	-Beck Epstein N, et al. 1988. Un inventario para medir la ansiedad clínica (82)	A,
Variable independiente					
Nombre	Objetivo del taller	Logo	Referencia		
Taller “No te comas lo que sientes”	Disminuir el uso de la ingesta de alimentos como estrategia de afrontamiento a la ansiedad, mediante un taller de educación emocional y nutricional.		Goldman Y, Pitol D & Escalante E. 2014 (83)		
Descripción de antecedentes y hábitos personales de la población					
Nombre	Definición operacional				
Recibe tratamiento nutricio	Acudir a consultas de nutrición actualmente				
Recibe tratamiento psicológico	Acudir a terapia psicológica actualmente				
Problemas para dormir	Dificultades para conciliar el sueño				
Realiza actividades recreativas	Actividad recreativa que realiza				
Practica alguna técnica de relajación	Técnica de relajación que realiza				
Padece alguna enfermedad actual	Enfermedad crónica o aguda que presente				
Padece molestias digestivas	Náuseas, diarrea, estreñimiento, distensión abdominal, gastritis, colitis, falta de apetito				
Instrumento de medición: Cuestionario elaborado para identificar las características de la población de estudio. Referencia: Goldman Y, Pitol D & Escalante E. 2014(83)					

9.3 Descripción de variables e instrumentos de medición

Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quetelet, se define como el peso en kilogramos dividido por la talla en metros elevada al cuadrado. Para determinar la talla se utilizó un tallímetro portátil ultrasónico marca ADE cuyo rango de medida es desde 50cm a 250cm y mide en centímetros o pulgadas, graduación de 5mm, dimensiones abierto: 500 x 35mm dimensiones cerrado: 340 x 35mm, peso aproximado 330g (84). Para el peso se utilizó el INBODY portátil R20 con sistema de 8 electrodos táctiles, rango de edad 6 a 99 años con rango de peso 0 –150 kg, peso del equipo 3 kg (85). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define el sobrepeso cuando el IMC es igual o superior a 25 kg/m², cuando el resultado es de 30 – 34.9 kg/m² se establece como obesidad I, 35 – 39.9 kg/m² obesidad II y un valor mayor a 40 kg/m² refiere obesidad III (79).

Índice Cintura Cadera (ICC), es la relación que se obtiene de dividir el perímetro de cintura entre el de cadera, esta medida antropométrica ayuda a determinar la distribución de grasa corporal, ya sea en androide (visceral) la cual se asocia a un riesgo incrementado de desarrollar enfermedades metabólicas como diabetes mellitus o hipertensión arterial o ginecoide (subcutáneo). Un valor mayor o igual a 0.8 refiere distribución androide mientras que siendo menor a 0.8 indica distribución ginecoide en mujeres (43). Para determinar las circunferencias se utilizó una cinta antropométrica de fibra de vidrio marca GÜLICK con escala de 0 a 150 cm, retráctil y en un extremo cuenta con un dispositivo metálico con un sistema de resortes que ayuda a estandarizar la tensión con que se mide, la escala es en centímetros y pulgadas (86). El área de la cintura se identificó en la línea horizontal más pequeña entre la última costilla y el borde superior de la cresta ilíaca, mientras que la cadera se ubicó en el área más prominente de los glúteos.

Diagnóstico de diabetes, los niveles de glucosa se determinaron con el glucómetro Accu-Chek Performa, cuyo rango de medición es de 10 – 600 mg/dl, no requiere calibración, cuenta con un chip de codificación automática en cada tubo de tiras reactivas. Pantalla tipo LCD, apagado automático después de 2 minutos. Tamaño de

muestra 0.6µL, tiempo de medición aproximadamente 5 segundos. Condiciones de operación del sistema 6 °C a 44 °C; 10 a 90 % de humedad relativa. Condiciones de almacenamiento del medidor de -40°C a 70°C, rango de humedad para operación menos de 85%, altitud <10,150 pies. Capacidad de memoria de 500 valores de glucosa en sangre con hora y fecha, promedios semanales, quincenales y mensuales. Dimensiones 93 x 52 x 22 mm (largo, ancho, alto). Peso de 62gr aproximadamente. Construcción portátil. Profundidad del dispositivo de punción 0,80; 0,95; 1,10; 1,25; 1,40; 1,55; 1,70; 1,85; 2,00; 2,15; 2,30 milímetros (87). Se realizó una toma de sangre capilar considerándose como ayuno presentar por lo menos 8 horas sin consumo de alimento o postprandial menor a 8 horas desde que consumió el último alimento. Se diagnosticó como normal los valores en ayuno <100 mg/dl o postprandial <140mg/dl; pre-diabetes rangos en ayuno de 100-125 mg/dl o en postprandio de 140-199 mg/dl; y diabetes mellitus con valores en ayuno ≥ 126 mg/dl o en postprandial ≥ 200 mg/dl (81). De acuerdo a la valoración general del instrumento, su validez de constructo y fiabilidad de consistencia interna es de 4.5 (excelente) (88).

Inventario de Ansiedad de Beck (IAB), es un cuestionario de 21 preguntas que describe un síntoma común de la ansiedad, se califica de acuerdo al grado de molestia padecida durante la semana anterior en una escala de 4 puntos donde 0 refiere “en lo absoluto”, 1 “levemente”, 2 “moderadamente” y 3 “severamente”. El puntaje total se obtiene de la suma de los valores seleccionados los cuales se interpretan de la siguiente manera: 0-7 ansiedad mínima, 8- 15 ansiedad leve, 16- 25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave (82).

Taller de intervención “No te comas lo que sientes”, fue desarrollado por dos licenciadas en nutrición, Goldman Y & Pitol D, supervisadas por la Dra. Escalante E. El objetivo general del taller es “disminuir el uso de la ingesta de alimentos como estrategia de afrontamiento a la ansiedad, mediante un taller de educación emocional dirigido a una población adulta son sobrepeso u obesidad de distintas poblaciones de Santa Fe”. El taller se desarrolla en 8 sesiones semanales, cada una con duración

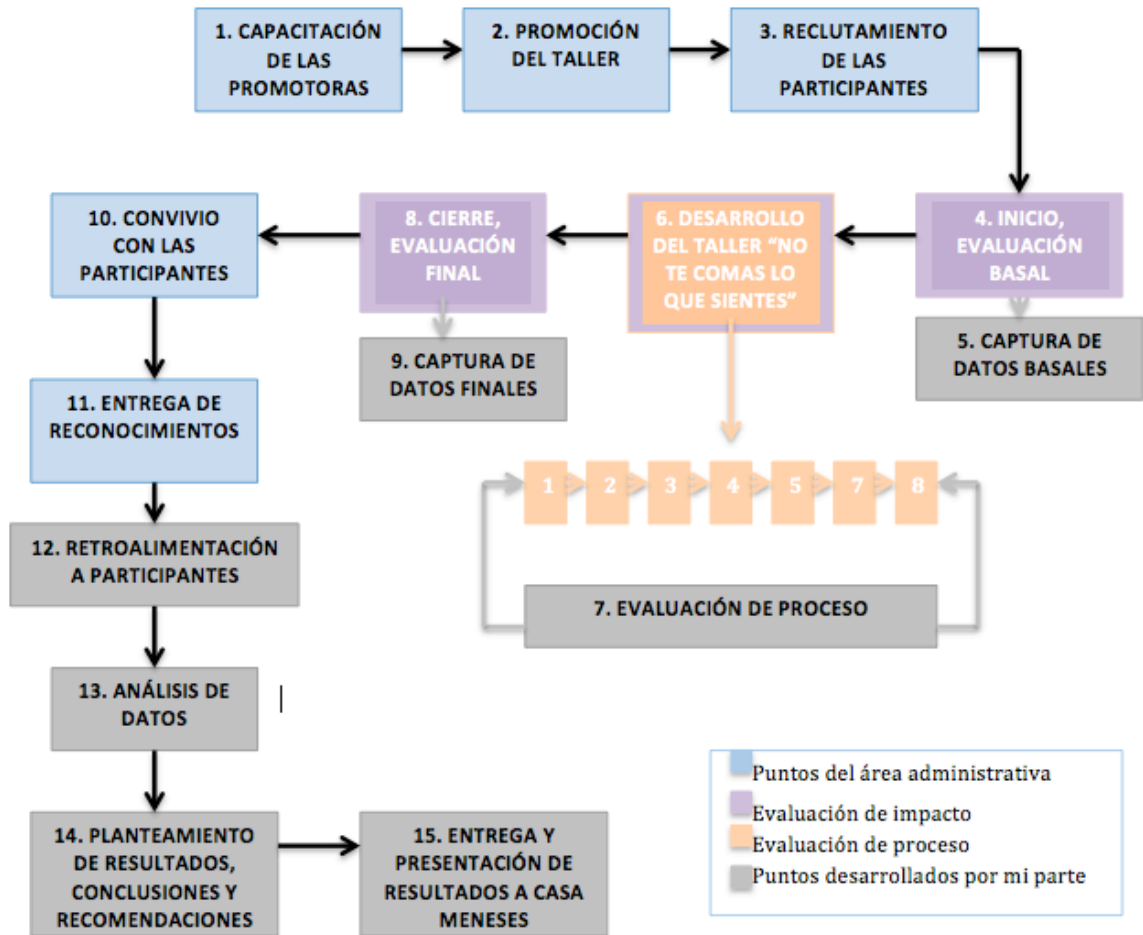
de 90 minutos. Antes de la primera sesión se realiza una evaluación basal donde se evalúa el estado nutricional previo al taller (IMC, ICC, diagnóstico de diabetes) y se determina el diagnóstico de ansiedad, al culminar la intervención se realiza una evaluación final con los mismos indicadores (83).

Con respecto a la evaluación cualitativa se presenta el siguiente cuadro, tomando en cuenta que el instrumento que se utilizó fue la observación directa del investigador registrada en el diario de campo, con las categorías de análisis previamente establecidas descritas a continuación.

Cuadro 8. Categorías de análisis de la evaluación cualitativa	
Nodos a priori	Definición operacional
Contexto	Descripción del ambiente físico, lugar, colonia
Las personas	Motivación, participación, actitud
Logística	Preparación, capacitación de promotoras, materiales para el taller
Desarrollo de la sesión	Conocimientos de la promotora, manejo de grupo, empatía, claridad, flexibilidad. Si la intervención se implementó como se planteó en el manual
Final de la sesión	Cierre y aprendizaje de la sesión

9.3 Intervenciones

Figura 3. Diagrama del procedimiento



1. Capacitación de las promotoras

Las promotoras de salud son miembros voluntarios que pertenecen a las colonias donde se imparten los talleres, son un grupo ya conformado con experiencia en promotoría de salud comunitaria. En este proyecto participaron cuatro, tres de ellas fungen como promotoras por parte de la Universidad Iberoamericana Ciudad de México, así como también lo hacen para Casa Meneses, de donde se reclutaron para este proyecto. Ellas ya tienen tiempo realizando labores comunitarias impartiendo programas de salud. La otra promotora, sólo pertenece al grupo de Casa Meneses, ella se involucró después de haber tomado un taller impartido por promotoras, buscó información al respecto, fue capacitada y ahora es una de las promotoras más dinámicas del grupo.

La capacitación se llevó a cabo en un aula ubicada en el edificio F de las instalaciones de la Universidad Iberoamericana, se impartió por parte de profesional calificado de la Ibero, Dra. Éricka Escalante Izeta, asesora del proyecto, y las licenciadas en nutrición y ciencias de los alimentos Yael E. Goldman y Domenica Pitol Mier, creadoras del programa. Se realizó en un día con una duración de 8 horas, contaron con 15 minutos de receso y a la mitad de la capacitación una comida de una hora, donde cada quien llevó alimentos para compartir.

Durante la capacitación se abordaron de forma teórica y práctica las ocho sesiones del manual de intervención, de éstas se eligieron algunos ejercicios para replicarlos entre los participantes. La selección de las actividades la realizaron las responsables del proyecto, se eligieron de acuerdo al grado de dificultad y al de mayor significancia para el taller. En total asistieron 23 participantes los cuales fueron una combinación entre académicos y promotoras de salud, se realizó de esta manera con la intención de compartir saberes entre ellos. Al finalizar la capacitación cada individuo recibió una constancia de participación.

Las promotoras de salud

Con respecto a las cuatro promotoras de salud que impartieron el taller se maneja la siguiente información:

La primera promotora (P1), inició en el año 2009, tiene siete años de experiencia y se involucró en el área, por falsa información que recibió sobre un taller, ella pensaba que iba a tomar un diplomado para hacer un dispensario, sin embargo, al llegar a inscribirse se dio cuenta que no era lo que pensaba, era un taller llamado “Su Corazón Su Vida”, donde le informaron que era capacitarse para promocionar la salud, inicialmente no quería involucrarse porque es hipertensa y no le parecía correcto que si ella estaba enferma fuera a informar a otras personas, intentó meter a sus hijos, a sus hermanas, pero le insistían los organizadores que fuera ella, finalmente al ver que ninguno de sus invitados aceptaban ella se animó. El curso fue impartido por el Dr. Héctor Balcázar, el tema no era lo que ella había pensado, era un taller para que se involucraran y formaran parte de un proyecto para ser promotoras de salud, recibió capacitación, se enamoró del tema y de la vocación, se dio cuenta

que a pesar de estar enferma ella podía transmitir la información. Empezó a aplicar los conocimientos del curso en ella misma, a realizar actividad física, tomar sus medicamentos en el horario adecuado y a no faltar a sus citas con el médico, por seguir las indicaciones al pie de la letra mejoró su condición de salud e incluso le redujeron su dosis de medicamentos. Ella se dice ser orgulloso miembro de la primera generación de promotores de salud, ha impartido muchos talleres en el transcurso de esos 7 años, principalmente el de “Su Corazón Su Vida” en diferentes sedes. El taller de manejo de emociones, control de ansiedad y educación en nutrición “No te comas lo que sientas” lo impartió por primera y hasta el momento única vez en agosto del 2015. Su grado de estudios es hasta la secundaria.

La segunda promotora (P2) inició en el año del 2012, tiene cuatro años como promotora de salud, disfruta mucho su trabajo, así como interactuar con las personas y ser un canal de ayuda para los miembros de su comunidad. Fue participante del taller de “Su Corazón Su Vida”, y una vez terminado se interesó mucho en la promotoría, se acercó a la Casa Ernesto Meneses a pedir informes y expresar que le gustaría involucrarse hasta que finalmente se convirtió en promotora de salud, ahora ha impartido “Su Corazón Su Vida” alrededor de unas cinco veces en diferentes sedes y en agosto del 2015 fue la primera vez que impartió el taller “No te comas lo que sientes”. Nivel de estudio: preparatoria trunca.

La tercera promotora (P3) fue impulsada por la P1 a volverse miembro del grupo de promotoras de salud, P1 refiere que se la pasaba deprimida en casa ya que vive con diabetes mellitus, pero que finalmente logró convencerla y ahora lleva 20 años viviendo con su diabetes y se encuentra en un estado óptimo de salud. Inició como promotora de salud en el año 2013, actualmente lleva 3 años activa, las promotoras P1 y P3 trabajan juntas, han dado las sesiones de “Su Corazón Su Vida”, y en agosto del 2015 impartieron la de “No te comas lo que sientes”. Nivel de estudios: primaria.

La cuarta promotora (P4) inició en el año del 2013, lleva tres años activa como promotora de salud. Ella tomó el taller “Su Corazón Su Vida” que fue impartido por P1, al finalizar el curso se acercó a ella para preguntarle cómo podía volverse parte del equipo de promotoras de salud. Finalmente en el 2013 inició con esta nueva vocación, la cual dice que disfruta mucho y la ayuda a sentirse parte de algo y a

sentirse útil. Actualmente ha impartido varias veces el taller “Su Corazón Su Vida” y en agosto del 2015 dio por primera vez el de “No te comas lo que sientes”. Grado de estudio de P4, preparatoria con carrera técnica en secretariado.

2. Promoción del taller

Las invitaciones se realizaron de manera oral ya sea por teléfono o invitándolos directamente ya que varios eran vecinos de las promotoras. También se colocaron letreros en diversas áreas, en Casa Meneses y cerca de las casas de las promotoras. Cabe mencionar que una de las lonas colocadas desapareció sin motivo alguno.

3. Reclutamiento de participantes

Una vez que cada promotora juntó su grupo de participantes, se hicieron cargo de comunicarles el día, hora y lugar donde se llevaría a cabo el inicio de las sesiones. Les informaron por teléfono o de forma directa al verlas en la calle o buscándolas en su casa.

4. Inicio, evaluación basal

“No te comas lo que sientes” es un taller para el control de ansiedad, manejo de emociones y educación en nutrición creado por las alumnas Yael E. Goldman y Domenica Pitol Mier quienes cursaban el noveno semestre de la carrera de Nutrición y Ciencia de los Alimentos. El taller fue elaborado como proyecto de tesis para su titulación. El programa y la tesis se llevaron a cabo bajo la dirección de la Dra. Éricka Escalante Izeta. El proceso inició en agosto del 2013 y culminó en diciembre del 2014, dicho taller fue implementado por las mismas alumnas bajo la supervisión de la Dra. Escalante en el período de mayo-diciembre de 2014 aplicado en Casa Meneses y en la colonia Tlapechico, se tuvo un grupo control que no recibió la intervención la cual se obtuvo de la clínica de nutrición de la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México. La intervención que se realiza en el presente año, 2015, es la segunda implementación de éste, la diferencia es que en esta ocasión se imparte por cuatro promotoras de salud y no se tiene un grupo control.

El objetivo general del taller es “disminuir el uso de la ingesta de alimentos como estrategia de afrontamiento a la ansiedad, mediante un taller de educación emocional dirigido a una población adulta con sobrepeso u obesidad de distintas poblaciones de Santa Fe” (83).

Se extraen de manera textual los objetivos específicos, enunciados en el manual de intervención “No te Comas lo que Sientes” (83).

-Relacionados a emociones:

- Propiciar la identificación de las emociones más frecuentes en sus vidas, tanto positivas como negativas.
- Facilitar el manejo de emociones, sin recurrir a la evitación y a la sobre reacción de las mismas.

-Relacionados a ansiedad:

- Propiciar la identificación de ansiedad, así como sus causas, consecuencias y su relación con la alimentación.
- Proporcionar técnicas y ejercicios que coadyuven al control de ansiedad: relajación, respiración, actividad física, reflexión, etc.

-Relacionados al afrontamiento de estrés:

- Reforzar técnicas para sustituir estilos de afrontamiento del estrés pasivos por estilos de afrontamiento activos.

-Relacionados a *mindful eating*:

- Generar interés y conocimiento acerca de comer de manera consciente, proporcionando acciones y actitudes concretas acerca de cómo lograrlo: distinguir entre el hambre emocional y la fisiología, observar las características del alimento, comer sin distracciones y con el tiempo necesario, entre otras cosas.

-Relacionados al estado nutricional:

- Contribuir en la autorregulación del consumo de alimentos, facilitando un adecuado estado de nutrición.

El taller se desarrolla en 8 sesiones, con periodicidad semanal, cada sesión tiene una duración de 90 minutos. Antes de la primera sesión se lleva a cabo la evaluación

basal con todos los participantes y una vez culminado el taller, se realiza la evaluación final. Por último se establece una fecha para entrega de resultados y una pequeña retroalimentación. En las evaluaciones basales el papel del investigador es activo, coordinar y realizar de manera directa las mediciones antropométricas (peso, talla, circunferencias de cintura, cadera), mediciones clínicas (glucosa capilar), supervisar el llenado de los cuestionarios (datos generales, antecedentes y hábitos personales) y el Inventario de Ansiedad de Beck. Se contó con el apoyo de tres estudiantes de nutrición que estaban realizando su servicio social en la Casa Ernesto Meneses, su asistencia no fue constante, sin embargo, en la evaluación basal de las participantes de Casa Meneses y de la colonia claveles, fueron de gran ayuda ya que el número de participantes fue amplio.

Los siguientes datos se extraen de manera textual del manual de intervención “No te Comas lo que Sientes”, elaborado por Goldman, Pitol y Escalante (83).

Cuadro 9. Descripción de la evaluación basal		
Objetivo	Descripción	Materiales
“Evaluar el estado nutricional general de los participantes previo al taller, por medio de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos. Se evaluará también el estado emocional de los participantes por medio de cuestionarios de evaluación emocional”	<ul style="list-style-type: none"> -Se cita previamente a los participantes inscritos -Se firma carta de consentimiento informado -Se les recuerda que aunque es muy importante su asistencia y constancia al taller, su participación es totalmente voluntaria. -Se evalúa de manera personal a cada participante, completando el cuestionario de evaluación basal. -Se entrega a cada participante un recordatorio para su asistencia a la primera sesión del taller. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inbody portátil, estadímetro portátil, cinta métrica antropométrica, glucómetro (Guantes látex, algodones con alcohol etílico, lancetas, tiras reactivas y bote para desechos infectocontagiosos y punzocortantes), formatos de evaluación inicial, cartas de consentimiento informado

5. Captura de datos basales

Se lleva a cabo la captura de la evaluación basal de cada participante, se designa un número de folio y se les clasifica en uno de los cuatro respectivos grupos. La captura se realiza directamente en la base de datos del sistema estadístico SPSS 21.0, por el investigador.

6. Desarrollo del taller “No te comas lo que sientes”

Se extrae del manual de intervención, la descripción de las ocho sesiones del taller, los nombres de las actividades y el material necesario para cada sesión. Cabe destacar que desde éste punto se incia el rol de observador por parte del investigador, reportando toda la información en el diario de campo.

Cuadro 10. Descripción de las sesiones del taller	
“No te comas lo que sientes”	
Actividades	Materiales
Sesión 1: Yo soy un ser emocional: sólo podemos sanar lo que sentimos	
1.Conociendo a los facilitadores, conociendo el taller	-Gafetes con el nombre de cada facilitador y marcadores de colores, etiquetas blancas, rotafolio/cartulina y cinta adhesiva, 12 tarjetas de emociones, 12 tarjetas con definiciones y funciones de las emociones, música suave, bocinas y reproductor de audio, hojas en blanco y plumas o lápices
2.Conociéndonos	
3.Las reglas del taller	
4.¿Qué son las emociones?	
5.Conociendo las emociones ¿cuáles son? ¿para qué nos sirven?	
6.Recordando nuestras emociones	
7.¿Cómo expreso mi emoción?	
8.Cierre	

Sesión 2: Manejo de emociones: conociendo la ansiedad	
<p>1.Actividad rompehielos</p> <p>2.Descubriendo qué es la ansiedad: discusión grupal</p> <p>3. Las emociones en mi vida diaria</p> <p>4.¿Qué fue primero, la gallina o el huevo? Ansiedad y Obesidad</p> <p>5. Cinco minutos bastan para relajarse: Aprendiendo a respirar</p>	<p>-Gafetes de participantes realizados la sesión anterior, premio para tres participantes (ejemplo una manzana), pizarrón, marcadores, borrador, tablas impresas para cada participante, plumas o lápices, tarjetas con emociones de la sesión anterior, casos (testimonios) impresos, toallas o tapetes que se deben pedir previamente a cada participante, música suave, bocinas, reproductor de audio</p>
Sesión 3: Los problemas y sus emociones identificándolos y afrontándolos	
<p>1.Actividad rompehielos: El baúl y la canasta de mi tía</p> <p>2.Afrontando problemas</p> <p>3.Comenzando a aprender a comer de manera consciente</p> <p>4.Relajación: imágenes dirigidas</p> <p>5. Cerrando la sesión</p>	<p>-Gafetes de participantes, pedazos pequeños de papel, marcadores de colores, canasta, baúl, emociones negativas del baúl, pizarrón, plumón y borrador, cinta adhesiva, una manzana para cada participante, música suave, bocinas, reproductor</p>
Sesión 4: Comiendo y viviendo conscientemente	
<p>1.Preparese para quedar como un muñeco de trapo: Relajación muscular progresiva de Jacobson</p> <p>2.Detente y observa: haciendo la vida consciente</p> <p>3.Comer de manera consciente (mindful eating)</p> <p>4.Cerrando la sesión: in breathing</p>	<p>-Música suave, bocinas, reproductor de audio, sillas, dos pelotas pequeñas, música casual, objetos para distraer (ej. sillas, cepillo, celular, hojas de papel, etc.). Un vaso chico para cada participante (previamente marcado con el #1,2 ó 3), una cuchara pequeña para cada quien, tres distintas preparaciones de algún alimento (ej. frijol), pañoletas para vendar los ojos, servilletas, hojas con preguntas para cada participante, plumas</p>

Sesión 5: Mi alimentación correcta y sin ansiedad	
<p>1.Actividad rompehielos</p> <p>2.¿Te digo un secreto? Pequeños consejos para tener una vida nutrimentalmente sana (foro de preguntas)</p> <p>3. Preparando mi comida conscientemente</p> <p>4.Cerrando la sesión</p>	<p>-Tentempié (ej. gelatina sin azúcar en presentación atractiva), formato de preguntas, temas y contenidos, réplicas de alimentos, de azúcar y grasa, recetas correspondientes, ingredientes, equipos, utensilios e instrumentos para la preparación y presentación, mandil, red para cabello, dispositivo con cámara fotográfica, alimentos preparados en la actividad anterior</p>
Sesión 6: Mi alimentación correcta y sin ansiedad II	
<p>1.Actividad rompehielos: Bailando por mí</p> <p>2.Visita al museo: Mi alimentación sin ansiedad</p> <p>3.Cerrando la sesión: Encontrando mi mejor ángulo</p>	<p>-Bocinas, reproductor de audio, canción previamente elegida (en este caso “Te mueves tú, se mueven todos”). Imágenes impresas o digitales, cinta adhesiva, contenido de temas a discutir para cada equipo, hojas con preguntas previamente mencionadas para cada equipo, dispositivo con cámara fotográfica</p>
Sesión 7: El cambio empieza en mi: yo me quiero, yo me cuido y no me comeré lo que siento	
<p>1.Actividad de relajación: yoga, caminando hacia la paz interior</p> <p>2.Identificación de mis pétalos</p> <p>3.Selfies: descubriendo mi belleza</p> <p>4.Recibiendo estrellas: la belleza está más allá de nuestra imagen</p> <p>5.Cierre de la sesión: importancia de la auto-aceptación</p>	<p>-Bocinas, reproductor de audio, música de relajación, contenido con instrucciones, flor llamativa, sillas, selfies impresas de los participantes, cinta adhesiva, notas, plumas o marcadores, estampas o notas adhesivas en forma de estrella, canción elegida para el baile de la sesión anterior</p>

Sesión 8: Cierre: yo me quiero, yo me cuido y no me como lo que siento	
1. Discusión: Recapitulando el taller; experiencias y conocimientos	-Contenido de la discusión, sillas, cuadernillo de participante, hojas de papel, plumas, sobres, reproductor de audio y bocinas, música relajante, material requerido para representación de recuerdos (audiovisual, imágenes, fotografías, diálogo de narración, diálogo de representación). Alimentos, bebidas no alcohólicas, decoraciones, platos, vasos, servilletas, mantel, música alegre
2. "Querida yo"	
3. "Había una vez": Recordando mi taller	
4. Diciendo adiós: Conviviendo y compartiendo	

7. Evaluación de proceso

La evaluación del proceso se lleva a cabo por observación directa, durante el desarrollo de cada sesión del taller, se registran las notas en un diario de campo, en un formato de observaciones abiertas y en el mismo, se presta especial atención a las cinco categorías de análisis establecidas previamente: contexto, las personas, logística, desarrollo de sesión, final de la sesión. La definición operacional se encuentra en el cuadro de variables, enunciado en el punto 9.2.

8. Cierre, evaluación final

Durante la evaluación final el investigador vuelve a tomar su rol activo, realizar las mediciones antropométricas y clínicas, así como supervisar el llenado del cuestionario. Se enuncia a continuación el objetivo, descripción y materiales requeridos para este cierre, las mediciones finales se recolectan con la finalidad de compararlas con las iniciales para así poder evaluar si hubo algún cambio en el estado de nutrición de las participantes.

Cuadro 11. Descripción de la evaluación final de las participantes		
Objetivo	Descripción	Materiales
<p>Evaluar el estado nutricional general de los participantes posterior al taller, por medio de indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos, dietéticos. Se evaluará también el estado emocional de los participantes por medio de cuestionarios de evaluación emocional.</p>	<p>-Se cita previamente a los participantes que participaron en el taller y que hayan asistido a por lo menos 4 sesiones</p> <p>-Se evalúa de manera personal a cada participante, completando el formato de evaluación final</p> <p>-El evaluador (nutriólogo previamente capacitado y estandarizado) llenará la primer parte de la evaluación, conformada por datos personales, antecedentes, indicadores antropométricos, bioquímicos, clínicos y dietéticos. El participante contestará la segunda parte de la evaluación Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</p>	<p>-Inbody portátil, estadímetro portátil, cinta antropométrica, glucómetro (guantes de látex, algodones con alcohol etílico, lancetas, tiras reactivas y botes de desechos infectocontagiosos y punzocortantes), baumanómetro digital, formato de registro para la evaluación final.</p>

9. Captura de datos finales

Se lleva a cabo nuevamente la captura de datos de cada participante, respetando el número de folio asignado así como ubicándolo en el grupo correspondiente La captura se realiza directamente en la base de datos del sistema estadístico SPSS 21.0, por el investigador.

10. Convivio con los participantes

Una vez realizada la evaluación final, se invita a que los participantes realicen un convivio donde cada quien trae el alimento que guste para compartir con sus

compañeros. Dicho convivio se realiza con el fin de festejar la culminación del taller y fomentar la convivencia entre los participantes y la promotora de salud.

11. Entrega de reconocimientos

Se agradece la participación al taller, se entregan respectivas constancias que acrediten haber asistido a mínimo el 50% de las sesiones.

12. Retroalimentación a los participantes

Se realiza una retroalimentación en el aspecto de salud de las participantes, donde cada una conoce sus resultados y de manera grupal se describen los valores en rangos normales y alterados (IMC, ICC, glucosa capilar). Se resuelven dudas y si corresponde se refieren con un profesional de la salud para que pueda profundizar en el caso de manera individual.

13. Análisis de datos

Se lleva a cabo el análisis de datos. Para la sección cuantitativa se recurre a la base de datos capturada previamente en SPSS 21.0, utilizando t-student para las variables continuas y comparando proporciones por Chi-cuadrada. Para la sección cualitativa se recurre a los diarios de campo, profundizando en las categorías de análisis (Contexto, las personas, logística, desarrollo de la sesión, final de la sesión).

14. Planteamiento de resultados, conclusiones y recomendaciones

Una vez analizados los datos, se realiza el planteamiento de resultados, se llega a una conclusión y se dan las recomendaciones pertinentes con la finalidad de mejorar el proceso de intervención del programa piloto “No te Comas lo que Sientes”.

15. Entrega y presentación de resultados en Casa Ernesto Meneses

Finalmente, se realiza la retroalimentación donde se presentan los resultados de la evaluación del programa piloto, tanto de eficacia y efectividad, con la finalidad de que se lleven a cabo las modificaciones necesarias que lleven a la mejora de la implementación del taller.

Recordando que de acuerdo a la definición operacional, la eficacia hace referencia a la capacidad de lograr un efecto que se desea alcanzar tras la realización de una acción (evaluación de proceso), y la efectividad se refiere a la cuantificación del logro de la meta (evaluación de impacto del programa piloto).

9.4 Aspectos éticos

A cada uno de los participantes se le entrega una carta de consentimiento informado, en ella se estipula que sus datos serán utilizados para un estudio con fines académicos y se asegura la confidencialidad de los mismos, por lo tanto no podrán ser identificados en reportes o informes que se generen a partir de ellos. Esta información se les explica brevemente de forma oral y posteriormente se brinda un tiempo para que lean la carta. Se asegura su voluntariedad en el taller y si están de acuerdo se les invita a firmarla. El nivel de riesgo del estudio es nulo.

Las mediciones antropométricas son manejadas de forma individual y en un lugar aparte del grupo si así lo desean, respetando la privacidad y condición de cada participante. Al terminar la medición de cada una se les da a conocer los resultados explicando los valores en rangos alterados, invitándolas a no faltar a las sesiones del taller para conocer diversas estrategias que pudieran ayudarlas.

Al finalizar la intervención, se realiza una retroalimentación del estado de nutrición en donde cada una conoce sus resultados y de manera grupal se describen los valores en rangos normales y alterados (IMC, ICC, glucosa capilar). Se resuelven dudas y si corresponde se refieren con un profesional de la salud para que pueda profundizar en el caso de manera individual.

El estudio no contó con criterios de exclusión, ya que se utilizaron las promotoras de salud como vehículo de transmisión de conocimientos para llegar a la población de su propia comunidad desfavorecida, con la finalidad de promover una mejora en el estado de nutrición de las participantes y utilizar a las mujeres como agente de cambio, por lo cual, no se les negó a las participantes entrar a las sesiones, ya que éste tipo de programas se vuelven una propuesta para promover temas de salud y prevención a los cuales pudieran no tener acceso tan fácilmente.

9.5 Métodos estadísticos y análisis de datos

La sección cuantitativa longitudinal, cuasi-experimental, fue evaluada a través de cuestionarios basales y finales, donde se recolectaron datos generales, así como la evaluación antropométrica referente a talla, peso, circunferencia de cintura, cadera, perímetro abdominal, por otro lado, se determinó la glucosa capilar y por último se aplicó el Inventario de Ansiedad de Beck. Se analizó por medio de estadísticas descriptivas e inferenciales, utilizando frecuencias y porcentajes, las proporciones se compararon mediante Chi-cuadrada, para las variables categóricas, antes y después de la intervención y por T-student, para las variables continuas. Se utilizó el programa estadístico SPSS 21.0 para la captura de la base de datos y para el análisis posterior se utilizó STATA y SPSS 21.0.

La sección cualitativa se llevó a cabo bajo el referente de la fenomenología (89), utilizando como método la observación directa y como herramienta un diario de campo. Para el análisis se establecieron cinco categorías: contexto, las personas, logística, desarrollo de la sesión y final de la sesión. Dichas categorías fueron consideradas como nodos A priori y con respecto a lo observado en cada una de estas se fueron desarrollando los nodos A posteriori. El software de análisis cualitativo fue NVIVO 10.

10 Resultados

10.1 Comparación por grupos de las características de quienes iniciaron el taller contra quienes lo terminaron

El programa piloto tuvo un porcentaje de pérdida de participantes del 52.9%, destacándose el grupo 3 y el grupo 4 con una pérdida del 66.7% y el 55.6%, respectivamente, mientras que aquellos que presentaron un menor porcentaje fueron el grupo 1 con el 27.3% y el grupo 2 con el 37.5%.

Se presentan a continuación las tablas que describen por grupo sus características con respecto al estado civil y ocupación, de los que iniciaron el programa y de quienes lo finalizaron, con la intención de ver si algunas de estas características tuvo

relación con la pérdida de la muestra. Se presenta también la comparación del IMC y el diagnóstico de Ansiedad por grupo.

Tabla 6. Características socioeconómicas del grupo 1 al inicio y término del taller				
Características	Iniciaron		Finalizaron	
	n=10	%	n=8	%
Estado civil				
Soltero	3	30	4	50
Casado	3	30	2	25
Viudo	2	20	1	12.5
Unión libre	2	20	1	12.5
Ocupación				
Ama de casa	7	70	5	62.5
Estudiante	2	20	2	25
Promotora de ventas	1	10	1	12.5

En el grupo 1 se observa que el estado civil de las que iniciaron es muy similar, sin embargo, quienes se mantuvieron fueron en su mayoría mujeres solteras, el número incrementó, ya que se agregó una participante que no tuvo la evaluación basal, sólo la final. Con respecto a la ocupación, se destaca la participación de las mujeres que se dedican al hogar, las proporciones se mantuvieron similares al inicio y término de la intervención. (Tabla 6)

Tabla 7. Descripción de variables categóricas del grupo 1, al inicio y término del taller				
Variable	Iniciaron		Finalizaron	
	n=7	%	n=7	%
IMC				
Normopeso	2	28.5	4	57.1
Sobrepeso	2	28.5	1	14.2
Obesidad grado 1	2	28.5	2	28.5
Obesidad grado 2	1	14.2	--	--
Obesidad grado 3	--	--	--	--
Ansiedad				
Mínima	6	60	4	50
Leve	--	--	--	--
Moderada	3	30	--	--
Grave	1	10	4	50

IMC: índice de Masa Corporal; ICC: Índice de Cintura Cadera

De las 10 evaluaciones basales que se obtuvieron del grupo, solo siete contaban con los datos completos de IMC. Se inició con una distribución de peso muy equilibrada, entre las participantes con normopeso, sobrepeso y obesidad grado 1, sólo había una mujer con obesidad grado 2, al término de éste la proporción se cargó hacia aquellas con peso normal. De los datos presentados, cinco mantuvieron su IMC, mientras que una que inició en sobrepeso lo redujo a peso normal, la que presentaba obesidad grado 2 abandonó el taller y se unió una participante que no contó con evaluación basal, pero en su evaluación final se ubicó en normopeso. Con respecto al diagnóstico de ansiedad, el 60% de las mujeres que iniciaron presentaban ansiedad mínima, sin embargo de las que se mantuvieron hasta el final, se polarizan entre ansiedad mínima y ansiedad grave. De las seis mujeres que presentaron ansiedad mínimo al inicio del taller, tres dejaron de asistir y las otras tres mantuvieron su nivel en mínimo. De las tres participantes con ansiedad moderada al inicio, una lo redujo al mínimo y las otras dos lo incrementaron a ansiedad grave. La que presentaba ansiedad grave al inicio del taller lo mantuvo en el mismo nivel, y posteriormente se unió una participante que no contó con su evaluación basal, pero sí se le realizó su evaluación final, ubicándose en el rubro de ansiedad grave.

Tabla 8. Características socioeconómicas del grupo 2 al iniciar y finalizar el taller				
Características	Iniciaron		Finalizaron	
	n=15	%	n=10	%
Estado civil				
Soltero	3	20	3	30
Casado	7	46.7	1	10
Divorciado	--	--	1	10
Viudo	5	33.4	5	50
Ocupación				
Ama de casa	8	53.3	5	50
Comerciante	1	6.7	1	10
Estudiante	2	13.3	2	20
Promotora de ventas	1	6.7	1	10
Empleada	2	13.3	1	10
Operadora de sistemas	1	6.7	--	--

De acuerdo al estado civil de las participantes del grupo 2, se observa que la mayoría de las que iniciaron eran mujeres casadas, sin embargo al final del taller la proporción de éstas disminuye drásticamente, concentrándose en aquellas que son viudas. De las siete mujeres casadas que iniciaron, cinco abandonaron el taller, al igual que una participante viuda, ocho mantuvieron su estado civil, mientras que una lo modificó de casada a divorciada. Se agregó una mujer viuda que no contó con su evaluación inicial. Con respecto a la ocupación al se conserva la proporción mayor de amas de casa al inicio y término del taller. Ocho de las mujeres evaluadas mantuvieron su ocupación. Cuatro amas de casa, una operadora de sistemas y una empleada no concluyeron con el taller. Se agregó una mujer comerciante que no contó con su evaluación basal, y una mujer que inició como comerciante se reportó en el cuestionario final como ama de casa. (Tabla 8)

Tabla 9. Descripción de variables categóricas del grupo 2, al inicio y término del taller				
Variable	Iniciaron		Finalizaron	
	n=13	%	n=9	%
IMC				
Normopeso	3	23	2	22.2
Sobrepeso	6	46.1	3	33.3
Obesidad grado 1	3	23	3	33.3
Obesidad grado 2	1	7.7	1	11.1
Obesidad grado 3	--	--	--	--
Ansiedad	n=15	%	n=9	%
Mínima	3	20	4	44.4
Leve	1	6.7	4	44.4
Moderada	6	40	--	--
Grave	5	33.3	1	11.1

IMC: índice de Masa Corporal; ICC: Índice de Cintura Cadera

De las mujeres que iniciaron en el grupo 2, la mayor proporción se encuentra en aquellas con sobrepeso, sin embargo, al finalizar se mantuvieron las proporciones mayores en aquellas con sobrepeso y obesidad 1. Dos participantes con sobrepeso, una con normopeso y otra con obesidad 1, no cumplieron con el 50% de asistencias al taller. Ocho mujeres se mantuvieron con el IMC inicial, mientras que una cambió de sobrepeso a obesidad 1. En cuanto al diagnóstico de ansiedad, la mayoría se concentra en ansiedad moderada, al finalizar las proporciones se cargan hacia la

ansiedad mínima y leve. En donde cuatro participantes con ansiedad grave y una con moderada no cumplieron con el mínimo del 50% de asistencias al taller. Tres diagnosticadas en ansiedad mínima y una en leve se mantuvieron con el mismo diagnóstico al finalizar. Una mujer con ansiedad moderada incrementó a una ansiedad grave, sin embargo, una con ansiedad grave disminuyó hasta ansiedad leve, dos cambiaron de moderada a leve y finalmente una de moderada a mínima, se observa buena reducción de los niveles de ansiedad en estas cuatro mujeres, sin embargo, se debe prevenir que mujeres que se encuentren con niveles de ansiedad grave abandonen el estudio. (Tabla 9)

Tabla 10. Características socioeconómicas del grupo 3 al inicio y término del taller				
Características	Iniciaron		Finalizaron	
	n=14	%	n=5	%
Estado civil				
Soltero	7	50	1	20
Casado	5	35.7	3	60
Unión libre	2	14.2	1	20
Ocupación				
Ama de casa	5	35.7	2	40
Comerciante	1	7.1	1	20
Estudiante	4	28.6	1	20
Jubilada enfermera quirúrgica	1	7.1	--	--
Empleada	1	7.1	1	20
Enfermera	1	7.1	--	--
Profesora estimulación temprana	1	7.1	--	--

Al inicio del taller, con respecto al estado civil, el grupo 3 presentó un porcentaje del 50% de mujeres solteras, sin embargo, al finalizar el porcentaje mayor se cargó con un 60% de mujeres casadas. Seis mujeres solteras, tres casadas y una en unión libre, no cumplieron con el mínimo de 50% de asistencias. Se agregó una mujer casada, ama de casa que no tuvo evaluación basal. De acuerdo a la ocupación, al inicio se observa una mayor proporción de amas de casa con 35.7% y estudiantes con 28.6%, al finalizar se mantienen las amas de casa con un 40% del grupo. Dejaron de asistir al taller tres estudiantes, cuatro amas de casa, una enfermera, una profesora de estimulación temprana y una enfermera quirúrgica jubilada. (Tabla 10)

Tabla 11. Descripción de variables categóricas del grupo 3, al inicio y término del taller				
Variable	Iniciaron		Finalizaron	
IMC	n=14	%	n=5	%
Normopeso	5	35.8	1	20
Sobrepeso	3	21.4	1	20
Obesidad grado 1	4	28.6	2	40
Obesidad grado 2	1	7.1	--	--
Obesidad grado 3	1	7.1	1	20
Ansiedad	n=14	%	n=5	%
Mínima	2	14.2	2	40
Leve	1	7.1	1	20
Moderada	6	43	--	--
Grave	5	35.8	2	40

IMC: índice de Masa Corporal; ICC: Índice de Cintura Cadera

El grupo 3 inicia con proporciones variadas de IMC, las cuales se encuentra normopeso con 35.8%, obesidad grado 1 con 28.6% y sobrepeso 21.4%. Al finalizar el taller es abandonado por cuatro personas con normopeso, tres con sobrepeso y tres con obesidad 1, manteniéndose un 40% de mujeres con obesidad 1. De las cuatro mujeres que finalizaron tres mantuvieron su IMC inicial y una cambió de obesidad grado 2 a grado 1. Se agrega a las sesiones una mujer con sobrepeso y ansiedad grave.

Con respecto al diagnóstico de ansiedad al inicio del taller, el 43% presenta ansiedad moderada y el 35.8% grave, al finalizar las proporciones se cargaron con el 40% de ansiedad mínima y 40% grave. Dos se mantuvieron con ansiedad mínima y grave, una se modificó de moderada a leve y la otra de moderada a mínima. Cuatro mujeres con ansiedad moderada, cuatro con diagnóstico de ansiedad grave, y una con mínima y leve, respectivamente, no cumplieron con el mínimo de 50% de asistencias al taller. (Tabla 11)

Tabla 12. Características socioeconómicas del grupo 4 al iniciar y finalizar el taller				
Características	Iniciaron		Finalizaron	
	n=9	%	n=4	%
Estado civil				
Soltero	1	11.1	--	--
Divorciado	1	11.1	--	--
Casado	5	55.6	4	100
Separado	1	11.1	--	--
Viudo	1	11.1	--	--
Ocupación				
Ama de casa	7	77.8	4	100
Empleada doméstica	1	11.1	--	--
Labores sociales	1	11.1	--	--

El grupo 4 inicia con un 55.6% de mujeres casadas y lo finaliza con el 100% de casadas. De las que finalizaron el taller, tres se mantuvieron casadas y una que inició como separada terminó como casada. De acuerdo a la ocupación, el 77.8% de las mujeres eran amas de casa y se finalizó el 100% de las mismas (Tabla 12). Con respecto al IMC el porcentaje mayor de las que iniciaron fue del 33.3% de mujeres con sobrepeso, guardándose un porcentaje similar del 22.2% en normopeso, obesidad grado 1 y grado 3, respectivamente. De acuerdo a las cuatro mujeres que finalizaron, todas se mantuvieron en su IMC inicial, dos en obesidad grado 3, una con sobrepeso y otra con peso normal.

Con respecto al diagnóstico de ansiedad inicial, el 33.3% se presentaban en el rango de ansiedad grave, mientras que las otras proporciones se mantuvieron similares con el 22.2% de mínima, leve y moderada. Al finalizar se mantuvo el porcentaje mayor del 50% en el rubro de ansiedad moderada. De las cuatro mujeres que finalizaron, una cambió de ansiedad mínima a leve, dos de grave a moderada y la última de leve a mínima.

Tabla 13. Descripción de variables categóricas del grupo 4, al inicio y término del taller

Variable	Iniciaron		Finalizaron	
	n=9	%	n=4	%
IMC				
Normopeso	2	22.2	1	25
Sobrepeso	3	33.3	1	25
Obesidad grado 1	2	22.2	--	--
Obesidad grado 2	--	--	--	--
Obesidad grado 3	2	22.2	2	50
Ansiedad	n=9	%	n=4	%
Mínima	2	22.2	1	25
Leve	2	22.2	1	25
Moderada	2	22.2	2	50
Grave	3	33.3	--	--

IMC: índice de Masa Corporal; ICC: Índice de Cintura Cadera

Se observa que en general, entre los cuatro grupos, las proporciones mayores se mantuvieron en cuanto al estado civil en casados, viudos y solteros. En cuanto a la ocupación, la que mayor se observa es la de mujeres amas de casa.

Tabla 14. Diagnóstico del cambio en los niveles de ansiedad por grupo, al finalizar la intervención

	Grupo 1 n=7 (%)	Grupo 2 n=9 (%)	Grupo 3 n=4 (%)	Grupo 4 n=4 (%)
Recuperado de ansiedad	1 (14)	2 (22)	--	1 (25)
Mejorado	--	1 (11)	2 (50)	--
Sin cambios	4 (57)	5 (56)	2 (50)	2 (50)
Empeorado	2 (29)	1 (11)	--	1 (25)

De acuerdo a Sanz J, 2014, para diagnosticar un cambio en los niveles de ansiedad utilizando el Inventario de Ansiedad de Beck, se establece que si existe una disminución de 10 puntos o más y el valor final es menor a 14 puntos, el sujeto se encuentra recuperado de ansiedad. Cuando disminuye 10 puntos o más y el puntaje final es mayor a 14, se encuentra mejorado, mientras que si no hay una disminución de 10 puntos y el total es mayor a 14 puntos, no existen cambios en los niveles de

ansiedad del participante, finalmente si se presenta un aumento de 10 puntos o más, se establece que la persona ha empeorado su diagnóstico de ansiedad (90).

En la tabla 14, los grupos 1, 2 y 4, conservan su mayor proporción en una población sin cambio en el diagnóstico de niveles de ansiedad, mientras que en el grupo 3, se guarda un equilibrio, presentando una mejoría en el 50% de quienes terminaron y ningún cambio en la otra mitad. En el grupo 1, hubo una persona recuperada, sin embargo dos empeoraron, en el grupo 2 el 33% de las mujeres tuvieron resultados favorables, donde el 22% se recuperó y el 11% mejoraron y sólo el 11% empeoraron. El grupo cuatro se mantuvo parejo donde el 50% no presentó cambios, el 25% se recuperó de ansiedad pero el otro 25% empeoró. (Tabla 14)

Por último, se destaca que el estado civil que se destaca al término del taller son las casadas, sin embargo, cabe destacar que en el grupo 1 y 2, los porcentajes mayores son de solteras y viudas, respectivamente. En cuanto a la ocupación, en los cuatro grupos se mantuvo una tendencia porcentual mayor de amas de casa.

10.2 Indicadores antropométricos y bioquímicos

IMC

En la tabla 15 se presenta el peso corporal de las participantes observándose una disminución estadísticamente significativa que repercute de manera positiva en la disminución del Índice de Masa Corporal. Mientras que en la tabla 16 se observa un incremento en el porcentaje de normopeso y una disminución en el diagnóstico de sobrepeso, manteniéndose en los mismos niveles las proporciones de obesidad.

Tabla 15. Comparación del estado de nutrición de las participantes pre y post intervención							
Variable	Basal (n=15)		Final (n=15)		t	gl	p*
	\bar{x}	DS (+/-)	\bar{x}	DS (+/-)			
Peso corporal (kg)	72.2	16.9	71.4	16.4	2.419	14	.030
IMC (kg/m ²)	30.6	6.9	30.3	6.7	2.153	14	.049
Perímetro de cintura (cm)	96.5	14.4	95.2	13.9	1.379	14	.189
Perímetro de cadera (cm)	109.0	14.3	108.2	14.2	1.365	14	.194
Glucosa capilar (mg/dl)	113.0	21.64	116.0	23.8	.468	14	.647

IMC: Índice de Masa Corporal; *t-pareada para muestras relacionadas

Con respecto a las comparaciones de IMC al inicio y término del taller, se observó un incremento en las mujeres con peso normal del 20% a 26.7%, una disminución de sobrepeso del 33.3% al 26.7% y se mantienen los diagnósticos de las participantes con obesidad grado 1 y 3.

ICC

Referente a las circunferencias de cintura y cadera, no se observan reducciones significativas en los valores continuos observados en la tabla 15, sin embargo, referente al Índice Cintura Cadera, se observa una significación en la tabla 16, presentando un incremento en la distribución androide y una disminución en la ginecoide, resultando esto contraproducente ya que de acuerdo a la distribución se incrementa el riesgo de desarrollo de enfermedades metabólicas.

Diagnóstico de diabetes

En la tabla 15 se observa que no hay diferencias significativas en lo referente a la determinación de glucosa capilar, siendo que las mujeres se midieron en condiciones similares pre y post intervención. La tabla 16 rectifica la ausencia de significación con respecto a los valores de glucosa enunciados en el diagnóstico de diabetes.

Tabla 16. Comparación de las variables categóricas de la población pareada al inicio y término del taller					
Variable	Basal (n= 15)		Final (n= 15)		p*
	n	%	n	%	
IMC					
Normopeso	3	20.0	4	26.7	.001
Sobrepeso	5	33.3	4	26.7	.001
Obesidad grado 1	4	26.7	4	26.7	.000
Obesidad grado 2	--	--	--	--	--
Obesidad grado 3	3	20	3	20.0	.000
ICC					
Androide	12	80	13	86.7	.002
Ginecoide	3	20	2	13.3	.002
Glucosa Capilar					
Normal	10	66.7	9	60.0	.264
Pre-diabetes	3	20.0	4	26.7	.770
Diabetes mellitus	2	13.3	2	13.3	.101

IMC: índice de Masa Corporal; ICC: Índice de Cintura Cadera; *Chi-cuadrada.

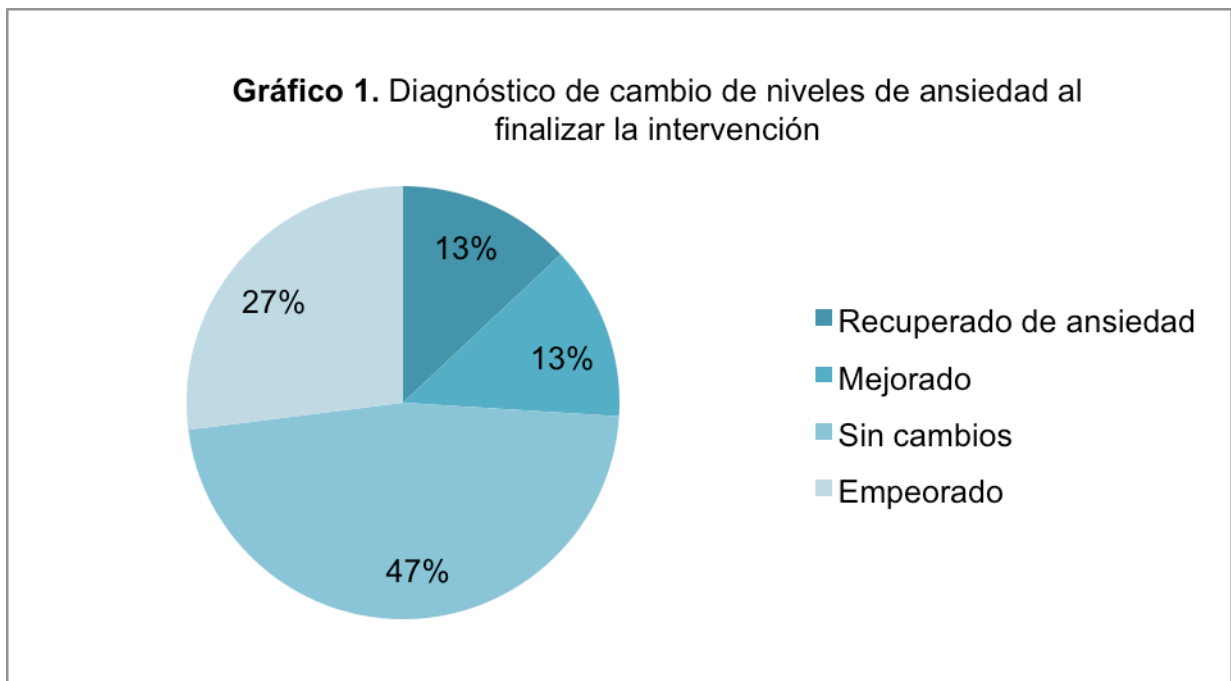
10.3 Indicadores emocionales

Diagnóstico de ansiedad

En la tabla 17 se observan valores estadísticamente significativos en los cambios de diagnóstico de ansiedad, destacándose un incremento de los porcentajes de ansiedad mínimos y leves, y una disminución en los diagnósticos de moderada y grave. Sin embargo, cabe destacar que en el gráfico 1, donde se presenta el diagnóstico de cambio de niveles de ansiedad al finalizar la intervención, aparentemente la mitad de la población que participó en la intervención se mantuvo sin cambios mientras que un cuarto de la misma empeoró su diagnóstico y el otro cuarto se presentaron en el rango de recuperados de ansiedad o mejorados. Falta comparar las respuestas de acuerdo a lo reportado en el IAB y detectar si éste porcentaje que empeora se debe a que a raíz de la intervención se vuelven más perceptivos a las manifestaciones somáticas.

Tabla 17. Comparación del diagnóstico de ansiedad, al inicio y término del taller					
Variable	Basal (n= 15)		Final (n= 15)		p*
Ansiedad					
Mínima	3	20.0	5	33.3	.000
Leve	2	13.3	3	20.0	.000
Moderada	6	40.0	2	13.3	.000
Grave	4	26.7	5	33.3	.000
IMC: índice de Masa Corporal; ICC: Índice de Cintura Cadera *Chi-cuadrada					

La proporción de la ansiedad mínima incrementó favorablemente del 20% al inicio del taller y a un 33.3% al término, de igual forma la ansiedad leve aumentó del 13.3% al 20%. En cuanto al diagnóstico de ansiedad moderada hubo un cambio estadísticamente significativo, que fue del 40% al 13.3%, sin embargo, el incremento no favorable se presentó en el diagnóstico de ansiedad grave, incrementando del 26.7% al 33.3%. (Tabla 17)



10.4 Antecedentes y hábitos personales

Al inicio del taller, tres de las quince participantes con resultados pareables recibían un tratamiento nutricional, al finalizarlo, las tres continuaron e incluso una más se interesó en asistir con un nutriólogo. Por otra parte, una de las quince participantes ya recibían un tratamiento psicológico al inicio del taller, al finalizarlo, la misma proporción continuaba con sus sesiones psicológicas y otra participante se acercó a un psicólogo y ahora estaba en tratamiento. Referente a los problemas de sueño podemos ver una reducción del 50% de las participantes que referían tener problemas para conciliar el sueño. Las nueve que dijeron presentar una enfermedad actual la mantuvieron, ya que las reportadas eran crónicas, dentro de las cuales se destacan diabetes, hipertensión, gastritis y dislipidemia.

Al iniciar el taller “No te comas lo que sientas” sólo cuatro mujeres referían realizar algún tipo de actividad física, mientras que al finalizarlo este valor incrementó dando un valor de ocho mujeres, De acuerdo a si realizan alguna actividad recreativa o técnica de relajación, dichos valores se incrementaron de un 53% al 80% en cuanto a actividad recreativa y de un 13.3% a 53% con respecto a las técnicas de relajación, lo cual puede indicar que al finalizar el taller cierto porcentaje de las participantes modificó su estilo de vida adecuando algunos hábitos saludables abordados en el transcurso de las sesiones.

Enfocándose al tema de las molestias digestivas, se observó una disminución en la comparación basal y final de náuseas (20% a 6.7%), colitis (46.7% a 40%), distensión abdominal (33.3% a 26.7%) y falta de apetito (20% a 6.7%), mientras que se notó un incremento en diarrea (6.7% a 20%) y estreñimiento (26.7 a 40%), manteniéndose únicamente sin cambios la gastritis, presente en el 46.7% de la población estudiada.

Tabla 18. Descripción de los antecedentes y hábitos personales al iniciar y finalizar la intervención				
Variables	Basal (n=15)		Final (n=15)	
	n	%	n	%
Recibe tratamiento nutricio	3	20.0	4	26.7
Recibe tratamiento psicológico	1	6.7	2	13.3
Problemas de sueño	8	53.3	4	26.7
Padece enfermedad actual	9	60.0	9	60.0
Realiza alguna actividad física	4	26.7	8	53.3
Realiza alguna actividad recreativa	8	53.3	12	80.0
Realiza alguna técnica de relajación	2	13.3	8	53.3
Molestias digestivas				
Náuseas	3	20.0	1	6.7
Diarrea	1	6.7	3	20.0
Estreñimiento	4	26.7	6	40.0
Distensión abdominal	5	33.3	4	26.7
Gastritis	7	46.7	7	46.7
Colitis	7	46.7	6	40.0
Falta de apetito	3	20.0	1	6.7

10.5 Análisis cualitativo

El análisis cualitativo se realizó mediante la observación de las cinco categorías previamente establecidas en el diario de campo. Se presenta a continuación una tabla que enuncia los cinco nodos a priori y se presentan los nodos a posteriori que fueron surgiendo.

Tabla 19. Categorías de análisis de la evaluación cualitativa	
Nodos A priori	Nodos A posteriori
Contexto	Ubicación, accesibilidad, condiciones sociales, descripción de la sede de intervención, barreras
Las personas	Participación, actitud, condiciones sociales de las participantes, interacciones sobre el tema de ansiedad, interacciones con tendencia a divagar
Logística	Materiales para el taller, barreras, organización, preparación de promotoras
Desarrollo de la sesión	Empatía, fidelidad del programa, coordinación, manejo del grupo, intervención de las promotoras
Final de la sesión	Cierre, aprendizaje de la sesión experiencia de la promotora de salud tras la sesión.

Contexto

Las cuatro sedes de intervención están ubicadas en la delegación Álvaro Obregón, en diferentes colonias del antiguo pueblo de Santa Fe. El grupo 1 se ubica en la colonia liberación proletaria, el lugar donde se imparten las sesiones se llama Centro Interactivo y está en la calle Héroes de Cananea, esto es a un costado del río Becerra. El acceso a dicho lugar resulta complicado si se toma como referencia inicial Casa Meneses, punto de encuentro para la promotora de salud, una chica del servicio social que apoyaba con las mediciones y el investigador, para llegar se recorre una distancia a base de rampas de diferentes tipos e inclinaciones, unas muy pronunciadas otras no tanto, algunas pavimentadas pero con baches profundos, otra opción para llegar es utilizando escaleras pavimentadas, el recorrido es de unos 20 minutos a pie, aproximadamente, saliendo de Casa Meneses. Para entrar se debe avisar a un guardia que se encuentra en las instalaciones, ya que el Centro interactivo está rejado, sin embargo, el guardia siempre sale de la caseta de vigilancia para avisar que el candado está sobrepuesto y que entremos sin problema.

Las sesiones del grupo 2 se llevaron a cabo en la Casa de la Sra. X, quien fue una de las participantes que ofreció su espacio, se ubica a unos pasos del Mercado del antiguo pueblo Santa Fe y a un costado de la Parroquia Asunción de María, el acceso resulta muy sencillo, ya que no se tiene que recorrer un camino intrincado y generalmente la Sra. X, siempre dejaba el portón de la cochera abierto para que uno pudiera entrar a su casa, la única incomodidad es que la puerta da directo a una pequeña calle muy estrecha que no cuenta con banquetas, así que para ingresar o salir se debe ser muy precavido con los coches. El recorrido desde Casa Meneses al lugar es de 5 minutos a pie, aproximadamente.

El grupo 3, se realiza en la Casa Ernesto Meneses, se cambió la sede ya que inicialmente se llevaría a cabo en casa de una de las promotoras de salud, pero por falta de compromiso por parte de la misma, se canceló la sede y se adecuó en Casa Meneses, dicha promotora no participó en el taller, faltó y ya no regresó. El acceso a dicha instalación resulta sencillo, se encuentra sobre la avenida Vasco de Quiroga y es de fácil ubicación, previo a entrar a las instalaciones se encuentran unos guardias de seguridad que solicitan a cada persona se registre en un cuaderno. De los cuatro grupos, ésta es la única sede que se encuentra en un segundo piso, sin embargo, el lugar cuenta con elevador para que pueda subir la gente en caso de presentar alguna condición de salud que les impida tomar las escaleras.

Por último, las sesiones del grupo 4 se llevaron a cabo en la casa de la Sra. Y, quien se ofreció como voluntaria para que se desarrollara en su hogar el taller, ella inició el taller pero no lo finalizó, sin embargo, siempre mostró buena disposición e interés porque se siguiera realizando en su casa hasta que éste concluyera. El acceso resulta complicado, el lugar se ubica a un costado de la escuela República de Jamaica, para llegar se tienen que recorrer diversas rampas muy pronunciadas, sin embargo, ese camino no lo recorrimos a pie, se utilizó el coche de una de las chicas del servicio social y en otra ocasión me tocó bajar con la promotora de salud en uno de los llamados taxis comunitarios, que no están regulados por ninguna autoridad o sistema, son simplemente carros de las mismas personas que viven en la colonia y se dedican a subir y bajar gente en esos terrenos de rampas pronunciadas.

Cabe destacar que el término de accesibilidad sencilla o complicada, se vuelve un poco subjetivo, ya que desde el punto de vista del investigador el acceso a las sedes del grupo 1 y 4, resulta complicado por el tema de mover el equipo de evaluación (estadímetro, inbody, bote de basura de residuos para la toma de glucosa, frasco de cristal con torundas remojadas en alcohol, cinta antropométrica, baumanómetro, glucómetro), sin embargo, para las participantes del taller es de fácil accesibilidad ya que se ubica en la zona donde ellas viven, en su mayoría vecinas de las sedes.

De acuerdo a las condiciones sociales, en la sede del grupo 1 fue en la que se percibía más cierto tono de inseguridad, su ubicación a un costado de las llamadas “canchas del vicio” donde se dice que se reúnen jóvenes a conseguir drogas, rumbo al lugar, en una de las ocasiones, nos encontramos con un señor que con trabajo podía mantenerse en pie y sostenía una botella de licor en la mano, la promotora de salud me dijo que lo mejor era regresarnos antes de que comenzara a oscurecer sin importar si la sesión se había dado completa o no, dado que el horario era de 5 a 7pm, en ocasiones optábamos por regresar a las 6 ó 6:30pm, el Centro Interactivo se ubica a un lado de un río contaminado, lo cual trae consigo malos olores y en una ocasión un ratón que se observó dentro del aula de intervención. El salón sí cuenta con el espacio y las sillas suficientes, sin embargo, la iluminación no es buena, sólo hay un foco y se encuentra cargado hacia una esquina del aula, la cual únicamente cuenta con una ventana pero está tapada por un cartel completamente por lo cual impide el paso de la luz. Las paredes y el techo son de lámina, cuando hace calor se siente sofocado y cuando llueve, lo cual nos sucedió en una sesión donde incluso cayó granizo, se vuelve prácticamente imposible escuchar qué es lo que la otra persona dice, incluso como el aula que se nos proporcionó era de cómputo, el día que llovió era preocupante la situación dado que el agua se metía por debajo de la puerta y las conexiones de las computadoras corrían el riesgo de mojarse, en esta sede no supe si contaba con baños y en caso de hacerlo no conocí las condiciones de los mismos.

En la sede del grupo 2, no había problema con la iluminación, ni con la inseguridad de la zona o la contaminación. La Sra. X, tenía adaptada una pequeña capilla en su hogar donde había una estatua de aproximadamente unos 1.70 metros de la virgen

de la Asunción, es éste grupo eran más perceptible las inclinaciones religiosas, dado que varias de las señoras cuando tenían oportunidad ya fuese antes del inicio de las sesiones o al término de las mismas, se acercaban a la virgen y le rezaban. Las sesiones eran adaptables a las condiciones del hogar, para la evaluación se contaba con una salita contigua donde se montaba el equipo de evaluación, el baño estaba en buenas condiciones y la Sra. X era muy amable, todas se sentían con una libertad de acomodarse en cualquier lugar y moverse a libertad. Cabe destacar que a pesar de ser un grupo numeroso siempre se contaba con suficientes lugares para sentarse, iban desde bancos, sillones hasta sillas de diferentes tipos. Una de las sesiones fue interrumpida por la alerta sísmica que empezó a sonar en los altavoces de la ciudad, sin embargo, todas las participantes sabían que se trataba del simulacro de septiembre, por lo cual nadie se espantó ni salió del hogar.

Las sesiones del grupo 3, en Casa Meneses, se desarrollaron de buena manera, las instalaciones eran agradables, limpias y con buena iluminación, no existía ningún problema inseguridad en el ambiente, la cuestión de la contaminación se percibe en gran medida en la avenida principal debido a que circulan muchos coches y camiones, existe contaminación vehicular por el smog y auditiva por los cláxones.

Cabe mencionar que en una ocasión sólo asistió una mujer a la sesión, debido a que ese día era el aniversario del mercado del pueblo santa fe por lo cual se sospechó que la mayoría habían decidido ir ya que previamente habían comentado que las fiestas que daba el mercado siempre se ponían muy buenas, incluso la promotora lo reafirmaba.

La sede del grupo 4, la casa de la Sra. Y, también contaba con una pequeña capilla, sin embargo ésta era un poco más seria que la anterior, la del grupo 2, era más folclórica con muchas flores y colores. Las sesiones de evaluación también eran fácilmente adaptables al hogar, ya que se podía acomodar sin ningún problema el equipo de medición. En el lugar no se percibían problemas de contaminación, la iluminación y circulación del aire en el hogar eran buenos, el espacio adecuado, sin embargo, en el recorrido para llegar la promotora nos advertía que debíamos tener cuidado por cuestiones de inseguridad en la zona.

Se puede observar que las condiciones menos favorables son las descritas en la sede del grupo 1, el Centro Interactivo, sin embargo el porcentaje de pérdida de las participantes fue sólo del 27.3% y las mujeres que terminaron el taller mantuvieron un porcentaje de asistencia del 79.5%.

Las personas

En general en los cuatro grupos se percibió una muy buena actitud por parte de las participantes, el grupo 1 estaba conformado por conocidas de la misma promotora, vecinas y amigas que ella había invitado, el grupo 2 era uno que ya estaba previamente formado, incluso previo al desarrollo del taller “No te comas lo que sientes”, se llaman “Ave Fénix”, en este grupo el ambiente siempre fue muy cálido y ameno, mucha participación y motivación por parte de las mujeres, el grupo 3 fue uno completamente nuevo, las participantes no se conocían entre ellas ni conocían a la promotora, ellas eran más tímidas al participar pero siempre mostraban una buena actitud. Las mujeres del grupo 4 eran más variadas, algunas conocían a la promotora de salud y otras no, en este grupo se percibía un ambiente mucho más ansioso que en los tres anteriores, la mayoría de las mujeres a la hora de la evaluación basal comentaban que eran muy nerviosas y ansiosas, un gran número de ellas estaba segura que iban a fallar y no iban a lograr los objetivos finales del taller.

Por otro lado las cuatro promotoras que permanecieron en el taller siempre se mostraron muy motivadas y emocionadas ya que era la primera vez que impartirían dicho programa. Las sesiones en el grupo 1 y del grupo 3, fueron llevadas a cabo por la Promotora 2, iba a ser apoyada por otra promotora pero ésta sólo asistió a una sesión del grupo 1, y con el grupo 3 había incluso ofrecido su casa para que se desarrollara en ella el taller, pero llegó a cancelar dos veces las sesiones de evaluación basal, una porque estaba ocupada y otra porque estaba enferma, así que decidieron cambiar la sede y fue entonces que se logró un espacio en Casa Ernesto Meneses. La P2, siempre se mostró muy atenta y comprometida con su trabajo, disfrutaba hacerlo y siempre preparaba y repasaba previamente todas las sesiones, sólo hubo una ocasión en la que se mostró angustiada y desesperada, fue el día que llovió en el Centro Interactivo y le estaba costando mucho trabajo hacerse escuchar o

entender lo que las participantes trataban de expresar. En cuanto al grupo 2, las sesiones fueron impartidas por P1, quien era la de mayor experiencia de las cuatro promotoras que participaron, ella también mostró muy buena actitud, se observaba alegre y motivada en todas las sesiones, era muy paciente y amable. La P3 acompañaba también en estas sesiones, sin embargo, sólo fungía como apoyo a la P1 ya que era ella quien realmente impartía todas las sesiones, P3 no asistió a todas las sesiones, ella también se mostraba contenta de poder asistir y participar, sin embargo su asistencia e intervenciones eran muy breves o escasas, en su mayoría P1 se encargaba de todo.

El grupo 4, fue liderado por la P4, de todas las promotoras ella fue quien mostró un menor compromiso tanto con su grupo como con el programa “No te comas lo que sientes”, ya que llegó a faltar a varias sesiones sin avisarles a las participantes y en otras ocasiones llegaba muy tarde y las dejaba esperando alrededor de una hora, la señora que ofreció su casa para que se desarrollaran las sesiones del grupo 4, incluso me comentaba que a veces ella hablaba con la promotora y le preguntaba si iba a asistir para reunir a las participantes, incluso comenta que casi tuvo que convencerla para que fuera un día a dar la sesión de cierre con las participantes.

Dentro de las personas involucradas en este taller fueron tres chicas de la carrera de nutrición que estaban realizando sus prácticas en la Casa Ernesto Meneses, Chica 1, asistía como apoyo en las sesiones del grupo 1 en el Centro Interactivo, era la de mayor constancia, incluso en dos ocasiones fue a las sesiones con nosotras aunque presentaba malestar estomacal en una ocasión y dolor de cabeza en otra, pero a pesar de haberle pedido permiso a la coordinadora de promoción de salud para faltar, ésta le había dicho que no ya que era de gran importancia su apoyo con las evaluaciones. Las chicas 2 y 3, fueron más inconstantes en su participación. Únicamente en el grupo 3, Casa Meneses, se contaba con el apoyo de las tres, y si en ocasiones no estaban todas, por lo menos había dos que apoyaban con mediciones. En el caso del grupo 2, cuyas sesiones se desarrollaban los días sábado no se contó con el apoyo de ninguna chica del servicio social para la toma de mediciones, mismas que tuvieron que realizarse por el investigador. En cuanto al grupo 4, cuya sesión de evaluación basal se realizó un miércoles se contó con la

asistencia de las tres chicas, sin embargo, en la evaluación final que se llevó a cabo un sábado, sólo asistió el investigador. Las tres chicas del servicio social con frecuencia demostraban su enojo hacia la coordinadora de sus prácticas, ya que por mala organización de su parte a veces tenían que trabajar horas de más que no les correspondían.

La coordinadora de promoción de la salud, encargada de las cuatro promotoras de salud, de las tres chicas del servicio social y del desarrollo del taller “No te comas lo que sientes” no asistió a ninguna evaluación basal de ninguno de los cuatro grupos, así como a ninguna sesión de intervención, al final sólo asistió a una evaluación final de un solo grupo, del grupo 1.

Con respecto a las condiciones sociales de las participantes en el grupo 1, 2 y 4, había mujeres que no sabían leer o escribir, por lo tanto necesitaban ser auxiliadas para responder el formato de evaluación, en el grupo 2, había dos mujeres que sí sabían leer y escribir, pero tenían problemas con sus ojos por lo cual también debían ser asistidas. En una actividad con el grupo 2, en el que las participantes debían saborear una manzana, una prefirió no hacerlo porque tendría problemas con su dentadura si lo hacía.

Una de las participantes del grupo 2, era líder de la comunidad, ella estaba agradecida por este tipo de espacios y en específico por el taller, porque había momentos en los que ella tenía que buscar la forma de autoayudarse ya que, como ella lo refirió, no tenía el dinero para estar asistiendo con una psicóloga costosa que la ayudara, y que estos espacios y estos temas a ella le ayudaban mucho. Otras participantes del mismo grupo 2, mostraban su agradecimiento hacia sus compañeras y la promotora de salud, mencionaba que a veces tenía problema con su esposo que era alcohólico, pero algunas estrategias abordadas en el taller las tomaba para otras cuestiones que no fueran sólo alimentación.

Logística

El material que se utilizó para la evaluación inicial y final de las participantes fueron los cuestionarios, plumas, baumanómetro digital, cinta antropométrica, glucómetro, tiras reactivas, lancetas, bote rojo para tirar desechos peligrosos, guantes,

estadímetro digital y por último el inbody. Una de las principales barreras con el material de evaluación fue el transporte del mismo, ya que el investigador no tiene coche, le tocaba transportar en camión todo el equipo más sus cosas personales. La evaluación basal tardó tres días con el grupo 1, ya que el primer día sólo llegaron dos participantes, para la siguiente semana llegaron todas las participantes, diez en total, sin embargo, sólo se contaba con el apoyo de una chica del servicio social y el investigador para tomar las mediciones, la promotora de salud apoyaba con las participantes que no sabían leer ni escribir y de manera simultánea el investigador debía auxiliar con las dudas y supervisar el llenado del cuestionario, y se contaba con el tiempo medido, ya que antes de que empezara a oscurecer debíamos juntar nuestras cosas para subir hacia la avenida Vasco de Quiroga, era complicado también bajar a pie con todo el equipo de medición, es por ello que las mediciones basales completas concluyeron hasta el tercer día.

Con el grupo 2, también fueron necesarios dos días, ya que aunque sí asistieron las quince participantes en ambos días, no se contó con el apoyo de ninguna chica del servicio social, sólo la promotora de salud que apoyaba a quienes no supieran leer ni escribir, sin embargo, sólo podía atender a una mujer a la vez para ir resolviendo el cuestionario, mientras tanto, el investigador se concentraba en realizar la toma de talla, introducir los datos en el inbody de cada participante para determinar el peso, porcentaje de grasa e IMC, tomar circunferencias de cintura, cadera y abdomen, así como determinar glucosa capilar, presión arterial y supervisar el llenado del cuestionario, es por ello que por falta de tiempo y de personal de apoyo se necesitaron dos días para concretar la evaluación inicial. En cuanto a la evaluación final también fueron necesarios dos días por las mismas condiciones previamente mencionadas.

Las mediciones basales de los grupos 3 y 4, con 14 y 9 participantes respectivamente, pudieron realizarse en un solo día, ya que para ambos grupos se contó con las tres chicas del servicio social para apoyar, así que se pudieron concretar en tiempo y forma las evaluaciones. Para la evaluación final del grupo 3 también se contó con el apoyo de las chicas, pero para la evaluación final del grupo 4

no, sin embargo, no fue tan complicado ya que el investigador se encargó de evaluar únicamente a las cuatro mujeres que concluyeron el taller.

Para cinco de las ocho sesiones, era necesario contar con un reproductor de audio y bocinas, de estas cinco sesiones cuatro requerían música de relajación. El único grupo donde se pudieron realizar de manera adecuada las sesiones con la música fue con el de Casa Meneses, ya que la promotora les pedía de favor a las chicas del servicio social que la apoyaran y ellas las ponían desde su celular, su tablet o su laptop, sin embargo, esto no ocurrió con ninguno de los otros grupos. Con el grupo 2, la promotora le solicitaba a la dueña de la casa que le auxiliara con música, pero ella encendía una grabadora que se encontraba en la sala, en varias ocasiones en lugar de con música de relajación se trabajó con canciones rancheras y sólo una vez pudieron sintonizar música clásica, sin embargo, no resultaba muy práctica porque era interrumpida por comerciales o la colocaban con un volumen muy alto que impedía escuchar lo que la promotora decía.

En otra de las sesiones se requería como material llevar tarjetas con el nombre de una emoción escrita al frente y por atrás la definición de ésta, en el caso de los grupos 1 y 3, las participantes mencionaban que les costaba leer la letra, ya que aunque estaba escrita en computadora el tamaño de la letra era muy pequeño, mientras que con el grupo 2, el problema fue que la promotora redactó con letra cursiva las emociones y sus significados por lo mismo se les complicaba a la mayoría entender qué era lo que decía. De igual forma en cualquiera de los grupos al momento de que las participantes leían en voz alta, les era un poco complicado, por lo cual no se aseguraba una lectura de comprensión.

En la sesión 4 'Comiendo y viviendo conscientemente', se requería llevar un vaso chico para cada participante previamente marcado con el número 1, 2 y 3, así como una cuchara pequeña para cada quien y tres diferentes preparaciones de algún alimento, el manual daba como ejemplo el frijol. La promotora 2, fue la que cumplió con estas especificaciones desarrollándolo así con el grupo 1 y 3, sin embargo, la P1 encargada del grupo 2, no llevó los vasos tal cual los indicaba el manual. El grupo 2, frecuentemente realizaba convivios al finalizar cada sesión, las participantes se ponían de acuerdo o de forma voluntaria llevaban alimentos y los consumían entre

todas, por ello P1 aprovechó de los alimentos que habían llevado las participantes para utilizarlos en esta sesión, sin embargo, al percatarse que ya se habían descrito los ingredientes del único alimento disponible, decidió utilizar una salsa picosa que habían traído, en las participantes que ya tenían sus ojos vendados. Desde el punto de vista del investigador este acto es traicionar la confianza de las participantes que se encuentran vulnerables con los ojos vendados y que no saben qué alimento esperar, afortunadamente ninguna participante lo tomó a mal y al contrario entre ellas sólo generó risas y sorpresa.

Otro material que se requería en algunas sesiones eran hojas de papel rotafolio, únicamente la P2 las llevó en sus grupos, en Casa Meneses pudo utilizarla sin problema, sin embargo en el Centro Interactivo no pudo ya que la iluminación en la única superficie lisa donde podía colocarse el papel no era buena y las participantes no alcanzaban a leer.

Desarrollo de la sesión

Había buena empatía entre las promotoras y las participantes del taller, las promotoras las apoyaban, se mostraban accesibles y amables. En el caso las participantes que no sabían leer ni escribir las promotoras las ayudaban hasta que quedaba concluido el cuestionario o se aseguraban que alguien más pudiera ayudarlas. La promotora 1, constantemente le echaba porras a las integrantes de su grupo y se sentía muy orgullosa de ellas, decía que eran mujeres con consciencia social y muy luchonas. Las participantes del grupo 2, se apoyaban y se ayudaban entre ellas, este grupo tenía la ventaja de que ya estaba conformado por ello hay tanta cohesión.

Con respecto a la fidelidad, hubo diversas situaciones en algunas sesiones que interfirieron con la entrega del mensaje tal cual estaba propuesto en el manual de intervención “No te comas lo que sientes”. Como ya se había mencionado previamente, en el grupo 1 el clima, en este caso la lluvia y el granizo, impidió en una ocasión que se pudiera escuchar lo que la promotora o las participantes intentaban comunicar, con respecto al grupo 2 la música seleccionada no era la indicada en el manual. En los grupos 1,2 y 3, no se pudo llevar a cabo de forma correcta la sesión

con las tarjetas que describían las emociones ya que el tipo de letra o el tamaño impidieron que se pudieran leer de manera fluida. En el grupo 1, hubo una ocasión que el guardia del Centro Interactivo fue contactado a un teléfono alámbrico ubicado en el aula donde se desarrollaban las sesiones, éste ingresó a responder la llamada y el su voz y el salón pequeño fueron factor distractor, era complicado poner atención a lo que decía la promotora sin escuchar al guardia de seguridad, dicha llamada duró unos 10 minutos aproximadamente.

El grupo 2 fue el único que estableció de manera adecuada sus reglas de convivencia. Con el grupo 1 y 3, no hubo dinámica de presentación o integración, la sesión se inició con preguntas directas de qué es ansiedad.

Cabe destacar que la coordinadora de promoción de la salud les comentó a las promotoras que si podían adelantar y dar dos sesiones por día de intervención lo hicieran, para que no estuvieran batallando con el tiempo y porque era necesario concluir con el taller para diciembre, sin embargo, esta petición no era adecuada ya que de esta forma no se repetirían las dinámicas y los tiempos establecidos por sesión. Dicha orden no se llevó a cabo, pero lo que sí sucedió fue que las promotoras decidían dar unas sesiones y otras no.

También existe mala organización por parte de la coordinadora en la estipulación y autorización de los horarios, ya que todos los miércoles las promotoras de salud se reúnen con ella en Casa Meneses para revisar agenda y llevar sesiones de repaso con las chicas del servicio social, éstas juntas son de 3 a 5 pm, y el horario del grupo 4 son los miércoles a las 5 pm. Lo cual lo vuelve complicado ya que en Casa Meneses se desocupan a las 5 pm o en ocasiones un poco más tarde, lo cual lo vuelve complicado para que la promotora de salud llegue puntual con su grupo.

Se observaban ciertas fallas en la preparación de las promotoras, en el grupo 3, la P2 en ocasiones no sabía cómo abordar si había una diferencia entre emoción y sentimientos, al momento de escribir en el pizarrón, en Casa Meneses, llegó a tener varias faltas de ortografía que varias de las participantes le hacían ver. Una duda constante en el grupo 2 era qué significaba ambigua, a pesar de que era un concepto que ya había sido previamente explicado, les costaba trabajo comprenderlo. Con respecto a la P3, en sus momentos de intervención no realizaba la actividad de

manera adecuada ya que leía todo del manual, incluso las indicaciones destinadas únicamente para las promotoras, las leía en voz alto.

Resultaba una constante entre todas las promotoras el leer siempre el manual, en ocasiones no explicaban los términos, preferían leerlos y era difícil asegurar una comprensión de dichos conceptos entre las participantes.

Final de la sesión

Las sesiones del grupo 1 solían terminar con la pregunta ¿qué se llevaban de la sesión?, en otras ocasiones la P2 hacía un resumen de lo abordado en la sesión del día o en las sesiones que llevaban transcurridas. Generalmente al finalizar las intervenciones las participantes y las promotoras de salud terminaban contentas y satisfechas. La P2 al igual que P1, se mostraba ampliamente cómoda con sus participantes en este caso del grupo 1 y 2. Al finalizar las sesiones con el grupo 1, se pusieron de acuerdo para lo que sería el convivio final, el cual por petición de P2, se llevarían a cabo en Casa Meneses junto con el grupo 3, también de P2.

Con respecto al grupo 2, las sesiones solían terminar con aplausos, agradecimiento por la asistencia de todas y en la primera sesión P1 les pidió que concluyeran con un abrazo, rectificando la importancia del contacto humano. Al término de otra sesión la participante líder de la comunidad les hizo ver a todas las participantes la importancia de acudir a este tipo de taller, ya que son conocimientos que sirven para ellas, para su salud. En otras ocasiones las sesiones del grupo 2 concluían con todas las participantes repitiendo la frase “Yo me cuido, yo me quiero y no me comeré lo que siento”.

Las intervenciones con el grupo 3 concluían agradeciendo a todas su asistencia y diciéndoles que se les esperaba sin falta para la siguiente sesión. En otras ocasiones se les preguntaba ¿qué se llevaban de la sesión?, se repetían algunas técnicas para el control de la ansiedad, recordándoles que las pusieran en práctica en casa, también se les preguntaba ¿qué les pareció la sesión?, y cerraban actividades repitiendo la frase “Yo me cuido, yo me quiero y no me comeré lo que siento”.

Con respecto al grupo 4, los cierres eran más sencillos, se les agradecía su asistencia y se les invitaba a no faltar a la siguiente sesión.

10.6 Evaluación final del taller

Al finalizar el taller cada participante respondió un cuestionario en el que se evaluaba el taller “No te comas lo que sientas” y el trabajo de las promotoras, la finalidad de dicho cuestionario fue conocer la opinión de las participantes y qué posibles mejoras sugerían.

En la evaluación final incluye una sección de preguntas cerradas y abiertas para evaluar el taller. Las opciones de respuesta para las preguntas cerradas eran 1=pobre, 2=regular, 3=bueno y 4=excelente. Con respecto a la evaluación que las participantes hacen a las promotoras, en interacción con las promotoras de salud y entre las participantes 60% contestan que fue buena y 40% excelente; oportunidad para hacer preguntas el 67% fue excelente y 33% bueno; conocimientos, capacidades y actitud de las promotoras 53% bueno y 47% excelente.

Se citan a continuación algunas de las respuestas más relevantes que se hicieron en las preguntas abiertas:

¿En general el taller alcanzó sus expectativas? De las 15 participantes, el 80% contestó que sí, el 13.3% contestó probablemente y sólo el 6.7% dijo que no. Se enuncia a continuación las respuestas del ¿por qué?:

- *“Aprendemos a manejar nuestras emociones”* (grupo 1)
- *“Porque aprendí cosas, me distraje y conocí a varias personas”* (grupo 2)
- *“Aprendí que nos debemos relajar, hacer movimientos para que mi organismo esté activo y qué comer”* (grupo 2)
- *“Nos dejó un mensaje para reflexionar en la vida personal”* (grupo 3)
- *“Entendí que no debo de comerme lo que siento, si no hablarlo si se tiene la oportunidad”* (grupo 4)

¿Qué cambios has hecho en tu alimentación?

Las participantes refieren principalmente que después del taller sus cambios se centran en la forma de comer, resaltando la velocidad y los efectos en los estados emocionales, que algunos alimentos causan en el cuerpo.

- *“Tratar de comer más despacio”* (grupo 1)
- *“Antes comía de todo y me sentía sofocada, ahora como menos carne y picante”* (grupo 1)
- *“Que como más despacio, menos grasa y más verdura”* (grupo 2)
- *“Debo comer despacio, masticar bien para que mi estómago no trabaje tanto”* (grupo 2)
- *“Tomar más líquidos, comer sin prisa, pensar lo que me hace mejor para sentirme mejor”* (grupo 3)
- *“Recordar las palabras ‘No te comas lo que sientas’ ha sido muy importante para mí”* (grupo 4)

¿Qué cambios ha hecho en el manejo de sus emociones?

Los cambios en manejos de emociones reportado fueron principalmente en la regulación emocional, es decir, hacer contacto primero con la emoción y sus causas. Posteriormente buscar formas de gestión de la emoción, como la respiración o la toma de decisiones.

- *“Tranquilizarme”* (grupo 1)
- *“Ya sé distinguir una cosa de otra, cuando es alegría, tristeza o coraje”* (grupo 1)
- *“Relajado, distinguir y saber reaccionar ante ellas”* (grupo 2)
- *“Estar tranquila y tomar las cosas bien”* (grupo 2)
- *“Tranquilidad, relajación”* (grupo 2)
- *“Ya pienso antes de actuar”* (grupo 3)
- *“Respirar, pensar mejor las cosas para sentirme mejor”* (grupo 3)
- *“Me enseñó a saber qué es tener hambre o no tener hambre”* (grupo 4)
- *“Ahora procuro solucionar lo que yo puedo hacer y si no puedo ya no me estreso tanto”* (grupo 4)
- *“Respirar profundo cerrar los ojos y me ayudaba a controlarme”* (grupo 4)
- *“Ahora no las reprimo, las dejo fluir”* (grupo 4)

¿Qué enseñanzas se lleva de este taller?

Sobre las enseñanzas del taller se habló nuevamente sobre la gestión emocional, incluyendo evitar recurrir a la comida como una forma de manejo de la emoción.

- *“Hay que manejar las emociones correctamente para no enfermarnos”* (grupo 1)
- *“Cómo afrontar el enojo, hablando no quedarse con las cosas, saber distinguir cuando es enojo, alegría y tristeza”* (grupo 1)
- *“Respirar, reconocer mis emociones, estar en el taller con mucho entusiasmo”* (grupo 2)
- *“Cómo cuidar mi vida y cómo estar mejor”* (grupo 2)
- *“Aprender a convivir, salir de la rutina del diario”* (grupo 2)
- *“Pensar en mi estado de salud para estar mejor, respirar para relajarme y comer saludablemente y hacer ejercicio”* (grupo 3)
- *“Que me dieron armas para saber cómo detectar que estoy teniendo ansiedad y cómo ir bajando la ansiedad”* (grupo 4)
- *“Cuando voy a consumir los alimentos los saboreo y como más despacio, los disfruto”* (grupo 4)

11 Discusión

Diversos estudios han evidenciado que existe una relación directa entre la ansiedad y la obesidad (3, 4, 7, 8) donde algunas de las condiciones de la ansiedad se ligan con el problema del peso corporal al provocar un aumento en la ingesta de alimento, promover una ganancia de peso y a su vez una disminución en la adherencia al tratamiento (3).

Según lo reportado por la ENSANUT 2012, en México existe una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad del 73% en mujeres, de acuerdo a la muestra del presente estudio se observó que antes de la intervención había un 80% de sobrepeso y obesidad en las mujeres y al finalizar el programa, la prevalencia se redujo a 73.4%, asemejándose a lo reportado por la ENSANUT 2012 (47).

De acuerdo al tema de la ansiedad, la OPS establece que los trastornos de ansiedad en la población mexicana tienen una prevalencia del 11.6% (26), sin embargo, en el presente estudio se destacan porcentajes en el diagnóstico combinado de ansiedad moderada/grave del 66.7% previos a la intervención y del 43.6% al finalizar el programa, observándose valores muy por arriba de la media nacional, pudiéndose explicar por las características sociales observadas en las participantes como situaciones de estrés, ambiente familiar, preocupaciones excesivas por temas cotidianos, estresores ambientales, existencia de una enfermedad médica, ser mujer o tener una posición socioeconómica baja (24, 27, 29) o presentar un sesgo por el tipo de muestra que fue por conveniencia.

Referente a las variables de interés, se observó que hubo un cambio estadísticamente significativo en la reducción del peso corporal y por lo consiguiente en los valores del IMC, dichos resultados pueden asociarse a los hábitos personales reportados en la tabla 18, donde las participantes refieren un incremento en la realización de actividad física y actividades recreativas, así como un aumento en la implementación de las técnicas de relajación, temas ampliamente abordados en el programa piloto “No te comas lo que sientes”, como la relajación muscular progresiva, respiración abdominal profunda y yoga, lo cual a su vez, se asume que trajo una disminución en los niveles de ansiedad. Antes de la intervención se reportaron valores de ansiedad mínima/leve del 33.3% y al término de la misma hubo un incremento al 53.3%, ubicando a casi la mitad de las participantes en un nivel de ansiedad mínimo o leve, mientras que de acuerdo a la ansiedad moderada/grave previo a la intervención se presentaban valores del 66.7%, finalizando con un 46.6% de la población en este rubro. Por lo cual mayor control de la ansiedad puede estar relacionado con un mayor control en la ingesta de alimentos y en la regulación del “hambre emocional”.

Se dice que los individuos con sobrepeso u obesidad suelen contar con un menor respaldo social o redes de apoyo factor desencadenante de trastornos de ansiedad (4), sin embargo, las participantes de éste programa formaron entre sí redes de apoyo, un ambiente empático donde no existían prejuicios ni había una presión por bajar de peso.

Tras la aplicación de un programa implementado para el control de ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos, basándose en reestructuración cognitiva, solución de problemas, técnicas de respiración y relajación progresiva, se observa una tendencia similar a la presentada en este estudio, hubo un incremento en los pacientes con nivel bajo de ansiedad del 5.6% al 22.2%, así como una disminución en los niveles altos de ansiedad del 50% al 22.2%, cuyos cambios son afianzados a las técnicas de control implementadas (91).

En cuanto a la práctica de Mindful eating, Kristeller J, et al. 2012, refieren en su estudio que a mayor práctica de meditación mayor pérdida de peso. Presentaron una reducción en el 29% de los participantes de la Intervención Psicoeducacional Conductual y un 28% en aquellos enfocados a Meditación y Mindful Eating, observándose una disminución de mínimo 2.2 kg. En el presente trabajo también se observó una reducción significativa de peso, sin embargo, la media fue de 0.8 kg pero el porcentaje de sujetos que presentaron la pérdida fue mucho mayor, del 80% comparada con el 28 - 29% del otro estudio. La diferencia que existe entre ambos estudios con respecto al total de disminución de peso, puede relacionarse a que el estudio de Kristeller J, et al, tuvo una duración de 12 semanas, donde se impartieron 9 sesiones semanales más 3 sesiones mensuales de refuerzo, en las que se les da un monitoreo a las pacientes y de alguna manera éstas se ven orilladas a recordar los conceptos aprendidos en el taller y a mantenerlos en práctica.

En este programa piloto “No te comas lo que sientes”, también se utilizaron los conceptos de Mindful Eating, mas no hubo forma cuantitativa de medir la implementación específica de esta técnica, sin embargo, en el aspecto cualitativo durante las sesiones y al finalizar el taller la mayoría comentaron que eran más conscientes de lo que comían y procuraban invertir más tiempo al ingerir sus alimentos.

“Cuando voy a consumir los alimentos los saboreo y como más despacio, los disfruto”

- “Tratar de comer más despacio”

- “Debo comer despacio, masticar bien para que mi estómago no trabaje tanto”

- *“Tomar más líquidos, comer sin prisa, pensar lo que me hace mejor para sentirme mejor”*
- *“Cuando voy a consumir los alimentos los saboreo y como más despacio, los disfruto”*

Considerando las características referentes a la forma en que se implementó la intervención, existen diversos estudios que han comprobado la efectividad de programas de nutrición impartidos por promotores comunitarios (10, 11, 12, 13).

En su estudio Baquero B, et al. 2009, destaca que las promotoras son eficaces para llegar a las minorías e incrementar la pertenencia y relevancia de los mensajes de salud ya que comparten un lenguaje verbal y no verbal con la comunidad, así como también comprenden las creencias y barreras de salud. De igual forma Albarrán C, et al. 2014, en su estudio enfocado a estudiar la percepción de la ayuda recibida por promotoras, menciona que fueron descritas como consejeras que daban apoyo emocional y social, como buenas profesoras por la empatía establecida con cada una de ellas y por el entorno de apoyo fomentado de manera grupal e individual. Cabe destacar que aunque el enfoque del presente estudio era meramente educativo, se presentó ésta condición de consejería y apoyo. En el presente estudio, la evaluación que las participantes hicieron sobre el desempeño de las promotoras, resalta que en general fue calificado como muy bueno o bueno por la mayoría de las participantes.

12 Conclusión

La ansiedad y la obesidad presentan una relación estrecha en donde tanto el uno como el otro resultan ser factores que tropiezan entre sí mismos para la mejoría en el estado de salud del individuo. A mayor peso corporal mayores prejuicios contra la grasa y hacia sí mismos, mayor presión por reducir su peso, mayores intentos fallidos y menores redes de apoyo. A mayor presión, estrés, exigencias y temores intangibles, mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad. A mayores niveles de ansiedad presentados en personas con sobrepeso u obesidad, menor regulación

emocional afectiva, mayor ingesta de alimentos, mayor promoción en la ganancia de peso, menor adherencia al tratamiento, mayor presencia de “hambre emocional”.

El programa piloto “No te comas lo que sientes”, enfocado a la disminución de niveles de ansiedad y mejora del estado de nutrición del individuo, impartido por promotoras comunitarias, quienes comparten los mismos símbolos y creencias de salud con la comunidad, se utilizó como estrategia para alcanzar a las minorías establecidas en contextos vulnerables y compartir mensajes de salud referentes a dicho tema.

Contrastando los cambios pre y post intervención en el estado de nutrición, se observó una disminución estadísticamente significativa en los valores de IMC, el programa se inició con el 80% de las mujeres en un rango de sobrepeso y obesidad y se finalizó con el 73.4% en dicha condición. Con respecto al ICC y al diagnóstico de diabetes no se observó ninguna diferencia significativa, sin embargo, la comparación entre el diagnóstico de ansiedad inicial y final, sí evidencian un cambio significativo, en el que se incrementó el porcentaje de ansiedad mínima/leve del 33.3% a un 53.3% y disminuyó el de ansiedad moderada/grave de un 66.7% a un 46.6%.

Se identificaron diversos aspectos relacionados con la implementación del programa piloto “No te comas lo que sientes”, que dificultaron un adecuado desarrollo. Dentro de las barreras se menciona la primera categoría de análisis: “Contexto”. Esta categoría sólo resalta en la sede del grupo 1, las instalaciones, no facilitaron una adecuada medición de las participantes, hubo deficiencia en la iluminación, ventilación, incomodidad por el mal olor provocado por río contaminado que pasaba a un lado del salón, obstaculización en la escucha provocada por la lluvia y el granizo en los techos de lámina, inseguridad manifestada en la obligación de dejar las instalaciones antes de que oscureciera, difícil acceso para el investigador y colaborador con el material de evaluación, recorrido de rampas empinadas. Estas condiciones se podía esperar que redujeran la asistencia de las participantes, sin embargo, el grupo 1 sólo presentó un 27.3% de pérdida de las participantes y de las ocho mujeres que finalizaron el taller, su asistencia a las sesiones fue del 79.5%. De igual forma en la evaluación final reportada por las participantes al evaluar el lugar y ambiente donde se desarrolló el taller, el 37.5% contestó que fue excelente, el 50%

dijo que fue bueno y sólo el 12.5% contestó que fue regular. Esto denota la familiaridad de los participantes con su propio contexto.

En la segunda categoría de análisis: “las Personas”, se resaltan las características facilitadoras del taller, en donde en los cuatro grupos se generaliza un ambiente de empatía y comprensión establecido con las promotoras de salud. Principalmente en el grupo 1 y el grupo 2, se observó mayor estabilidad en la relación con el grupo y la promotora, representados por los porcentajes de pérdida del 27.3% y del 37.5% respectivamente. Sin embargo, en los grupos 3 y 4 se observa un mayor porcentaje de pérdida, 66.7% y 55.6%, respectivamente. A pesar de que la misma promotora del grupo 1, se encargó de impartir las sesiones en el grupo 3, de acuerdo a lo observado en el desarrollo de las sesiones se atribuye una mayor pérdida a que las mujeres que lo abandonaron tenían una mayor preparación académica siendo la preparación de la promotora lo que no cubrió las expectativas, reportado de manera textual por una de las participantes que abandonó el programa. Con respecto al grupo 4, las participantes coincidieron en que la falta de formalidad de la promotora no fue adecuada, ya que en ocasiones faltaba y no avisaba o llegaba con una hora de retraso. Esta situación fue favorecida en parte por la mala organización de la coordinación de promoción de la salud en la Casa Ernesto Meneses, ya que el día de las reuniones de promotoras estaba establecido el mismo día en que se impartían las sesiones del grupo 4 y terminaban a las 5pm, hora a la que se citaba a las participantes en su respectiva sede (que no era Casa Meneses).

Tercera categoría de análisis: “Logística”, presentó diversas barreras. En cuanto a la evaluación inicial de las participantes, no se contó con los suficientes recursos humanos, por lo cual las mediciones del grupo 1 y 2, tuvieron una duración de dos días, siendo que en el manual se establece un día. La música para los ejercicios de relajación, no se utilizaba la adecuada o las promotoras no tenían forma de llevarla por sí mismas. Una de ellas dependía de las colaboradoras del servicio social y la otra improvisaba y le pedía a la dueña de la casa, donde se realizaba el taller, que pusiera música aunque ésta en su mayoría no era la adecuada para el ejercicio (salsa o cumbia). También se utilizaron tarjetas donde en la parte de enfrente se escribía el nombre de una emoción y en la parte de atrás la definición. El problema

se presentó por el tamaño de letra empleado, ya que en las tarjetas de la promotora 2 estaban escritas a computadora pero la letra era muy pequeña y no alcanzaban a leer bien. En el caso de la promotora 1, se realizaron a mano, pero con letra cursiva la cual resultó muy complicado de leer para las participantes. Aunque en ambos casos se leyeron las tarjetas, pero con mucho trabajo, no se aseguró una comprensión de la lectura, ya que el éxito consistió en interpretar y terminar de leer los textos.

La cuarta categoría de análisis fue: “Desarrollo de la sesión”. Mediante las observaciones efectuadas a lo largo del taller, se detectó que en algunos casos las sesiones no fueron impartidas de acuerdo al manual, ya que se saltaban ciertas actividades, o no se contaba con el material adecuado establecido por el manual. Esta situación quedó evidenciada bajo las órdenes proporcionadas por la misma coordinadora de promoción de la salud, quien en una de las reuniones con las promotoras les dijo que si podían impartieran dos sesiones por día, ya que se tenía que pensar en agilizar los tiempos y terminar el programa para los tiempos establecidos. Cabe destacar que en algunas ocasiones, también había tendencia en divagar en temas fuera del taller, por parte de las mismas promotoras y de las participantes.

La quinta categoría: “Cierre”. En este punto se detectan facilitadores, como terminar las sesiones con un pequeño resumen y recorrido de lo abordado en el taller. Se concluía preguntando ¿qué se llevaban de las sesiones?, ¿qué les pareció?, se fomentaba mucho la participación y el compartir qué era lo que pensaba y sentía cada una. Y siempre se terminaba con todas repitiendo la frase “Yo me quiero, yo me cuido y no me comeré lo que siento”.

Tras lo observado a lo largo del taller, el investigador pensaría que la hipótesis establecida al inicio del presente trabajo no se cumpliría, sin embargo, no fue así. El proceso en la aplicación del programa piloto, no fue adecuado en su totalidad, pero aun así tuvo puntos positivos al fomentar entre las participantes una convivencia, fortalecer redes de apoyo, hacer énfasis en ciertas estrategias propuestas por el taller como: identificar las emociones que llevan a comer en exceso, el proceso de comer con consciencia plena (Mindful Eating), reestructuración cognitiva y la

implementación de técnicas de relajación como la respiración abdominal profunda y la respiración abdominal profunda. Técnicas que no se implementaron de acuerdo al manual, pero que fueron, en su manera, adaptadas al lenguaje promotor de salud de diferentes colonias del pueblo Santa Fe, y se tradujeron con las participantes en:

- *“Cómo afrontar el enojo, hablando no quedarse con las cosas, saber distinguir cuando es enojo, alegría y tristeza”*
- *“Respirar, reconocer mis emociones”*
- *“Pensar en mi estado de salud para estar mejor, respirar para relajarme y comer saludablemente y hacer ejercicio”*
- *“Que me dieron armas para saber cómo detectar que estoy teniendo ansiedad y cómo ir bajando la ansiedad”*
- *“Cuando voy a consumir los alimentos los saboreo y como más despacio, los disfruto”*
- *“Tranquilidad, relajación”*
- *“Ya pienso antes de actuar”*
- *“Respirar, pensar mejor las cosas para sentirme mejor”*
- *“Me enseñó a saber qué es tener hambre o no tener hambre”*
- *“Ahora procuro solucionar lo que yo puedo hacer y si no puedo ya no me estreso tanto”*
- *“Respirar profundo cerrar los ojos y me ayudaba a controlarme”*
- *“Ahora no las reprimo, las dejo fluir”*

“Recordar las palabras ‘No te comas lo que sientas’ ha sido muy importante para mí”

Dichas declaraciones, son apoyadas por los resultados cuantitativos previamente mencionados, donde se establecen cambios positivos estadísticamente significativos en los niveles de ansiedad y reducción del IMC. Por lo cual se concluye que el programa piloto “No te comas lo que sientas”, impartido por promotoras de salud, tiene un impacto positivo en el estado de salud y niveles de ansiedad en mujeres de diferentes colonias del antiguo pueblo Santa Fe.

13 Limitaciones del estudio y recomendaciones

Dentro de las principales limitaciones del estudio se encuentra el tamaño de la muestra, el número de participantes finales con resultados pareables es muy pequeño para determinar una eficacia o efectividad del programa, sin embargo, cabe resaltar, que en este caso el estudio se maneja como cuasi experimental en la implementación de un programa piloto. En futuras investigaciones, se recomienda ampliar el tamaño de la muestra.

Otra limitante se encuentra en el rango de edad de la muestra, ya que se manejan datos de mujeres de 27 a 83 años de edad, sin embargo, se menciona que la muestra trabajada es por conveniencia, el estudio no contó con criterios de exclusión. Sólo se estableció un criterio de eliminación en donde el rango de edad se establecía como mayor a 18 años. Y todos los instrumentos manejados son aplicables para el rango de edad trabajado.

Otra limitante se relaciona con el equipo de medición utilizado para la toma de estatura, ya que el estadímetro portátil ultrasónico ADE, no maneja mucha precisión, sin embargo para las condiciones y el transporte del equipo de medición, realizado en transporte público, a pie y en varias ocasiones sólo por el investigador, era el que mejor se adecuaba para facilitar su transportación.

Con respecto al programa, se recomienda incrementar el tiempo de capacitación de las promotoras, realizando un número mayor de sesiones con menor número de horas por día. Asegurar un entendimiento de cada concepto por parte de las promotoras. Recalcar la importancia de no leer el texto en todas las sesiones.

Incrementar las sesiones de meditación. Dejar ejercicios para que las participantes realicen en casa, sin verse obligadas o presionadas para entregarlos en la siguiente sesión, pero sí que la sesión trascienda más allá de lo visto en el aula. Contar con sesiones de monitoreo durante tres meses después de finalizado el programa, implementar quizás en estas sesiones ejercicios para refrescar lo visto a lo largo del taller.

Mejoras con respecto al área administrativa de la coordinación de promoción de la salud, llevar una supervisión en el desarrollo de las sesiones, en donde la promotora detecte si se está realizando de acuerdo al manual y en las reuniones que se

desarrollan una vez por semana, pueda darles retroalimentación de sus fortalezas y puntos a mejorar. Apoyar con la supervisión del material, tener la precaución de que las promotoras están equipadas con el material establecido en el manual. No empalmar horarios en cuanto a las reuniones administrativas con las promotoras con las sesiones impartidas en la comunidad. Contar con una mayor administración de los recursos humanos y financieros con los que se cuenten.

Para un estudio futuro se recomienda contar con uno o dos grupos de control que le den mayor fortaleza a la relación de los resultados con la implementación del programa.

14 Bibliografía

- (1) Secretaría de Salud. Evaluación de los “5 pasos para la Salud” en los estudiantes de licenciatura de enfermería. Boletín Epidemiológico 2015 (6): 32. Disponible en línea en: <http://www.epidemiologia.salud.gob.mx/doctos/boletin/2015/sem06.pdf>
Consultado el 15 de octubre de 2015.
- (2) Williams G, Frühbeck G. Obesity Science to Practice. 1ª ed. Italy: Wiley-Blackwell; 2009.
- (3) Lazarevich I, Irigoyen M y Velázquez M. Obesity, eating behaviour and mental health among university students in Mexico city. Nutr Hosp. 2013;28(6):1892-1899.
- (4) Garipey G, Nitka D and Schmitz N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: a systematic review and meta-analysis. Int J Ob. 2010;34:407-419.
- (5) De Wit L, Fokkema M, Van Straten A, et al. Depressive and anxiety disorders and the association with obesity, physical and social activities. Depression and Anxiety. 2010: 27; 1057-1065.
- (6) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. Washington: American Psychiatric Press; 2000.
- (7) Spoor S, Bekker M, van Strien T, van Heck G. Relation between negative affect, coping, and emotional eating. Appetite 2007; 48 (3): 368-76
- (8) Whiteside U, Chen E, Neighbors C, Hunter D, Lo T, Larimer M. Difficulties regulating emotions. Do binge eaters have fewer strategies to modulate and tolerate negative affect? Eat Behav 2007; 8 (2): 162-9.
- (9) García I. Niños en movimiento: tratamiento de la obesidad infantil, una nueva forma de abordar un viejo problema. Curso de Actualización Pediatría 2010. Madrid: Exhibirs Ediciones 2010: 65-77.

- (10) Baquero B, Ayala G, Arredondo E, et al. Secretos de la Buena Vida: processes of dietary change via tailored nutrition communication intervention for Latinas. *Health Education Research*. 2009;24(5):855-866.
- (11) Balcázar H, Fernández A, Pérez A, et al. Improving Heart Healthy Lifestyles Among Participants in a Salud Para Su Corazón Promotores Model: The Mexican Pilot Study, 2009-2012. *Preventing Chronic Disease*. 2015;12. Disponible en línea en: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=a0fe4aec-f2e3-4cc1-9408-820dcccfe0123%40sessionmgr4005&vid=0&hid=4108&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=101542558&db=fsr> Consultada el 4 de noviembre de 2015
- (12) deRosset L, Mullenix A, Flores A, et al. Promotora de Salud: Promoting Folic Acid Use Among Hispanic Women. *J Women Health*. 2014;23(6):525-531.
- (13) Albarran C, Heilemann M and Koniak D. Promotoras as facilitators of change: Latinas perspectives after participating in a lifestyle behaviour intervention program. *J Advanced Nursing*. 2014;70(10):2303-2313.
- (14) World Health Organization. Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. WHO, Geneva, 1998.
- (15) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza en México, 2012. México, DF: CONEVAL, 2013.
- (16) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en cifras, delegación Álvaro Obregón. INEGI, México, 2010.
- (17) May R. *The Meaning of Anxiety*. 1ª ed. United States: The Ronald Press Company; 1950
- (18) Casado M. *Ansiedad, Stress y Trastornos Psicofisiológicos*. [Tesis]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología; 1994.
- (19) American Psychiatric Association. *DSM-5: Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders*, 5ª ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.

- (20) Schlatter J. La ansiedad Un enemigo sin rostro. 1ª ed. España: Ediciones Universidad de Navarra, S.A. (EUNSA); 2003.
- (21) Spielberger C and Gaudry E. Anxiety and Educational Achievement. 1ª ed. Australia: John Wiley & Sons Australasia Pty Ltd; 1971.
- (22) American Psychological Association. [homepage on the Internet]. Washington. Citado el 26 de octubre de 2015. Disponible en: <http://www.apa.org/topics/anxiety/index.aspx>
- (23) Diccionario de la lengua española. 23ª ed. España: Real Academia Española; 2014. Ansiedad; p. 155.
- (24) Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guideline Management of Anxiety Disorder. Can J Psychiatry 2006; 51(2):1S-91S.
- (25) Kessler RC, Berglund P, Demler O, and others. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2005;62:593–602
- (26) Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C: OPS, 2009.
- (27) Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid. 2008
- (28) Guía Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México. 2010.
- (29) Bateson M, Brillot B and Nettle D. Anxiety: An Evolutionary Approach. Can J Psychiatry. 2011;56(12):707-715
- (30) Lahti J, Räikkönen K, Pesonen AK, et al. Prenatal growth, postnatal growth and trait anxiety in late adulthood—the Helsinki Birth Cohort Study. Acta Psychiatr Scand. 2010;121(3):227–235.
- (31) Najman J, Hayatbakhsh M, Clavarino A, et al. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. Am J Public Health. 2010;100(9):1719–1723.

- (32) Bellin MH, Zabel TA, Dicianno BE, et al. Correlates of depressive and anxiety symptoms in young adults with spina bifida. *J Pediatr Psychol*. 2010;35(7):778–789.
- (33) Das-Munshi J, Becares L, Dewey ME, et al. Understanding the effect of ethnic density on mental health: multi-level investigation of survey data from England. *BMJ*. 2010;341c5367. doi:10.1136/bmj.c5367.
- (34) Breslau N, Schultz L, Peterson E. Sex differences in depression: a role for preexisting anxiety. *Psychiatry Res*. 1995;58(1):1–12.
- (35) Rimehaug T, Wallander J. Anxiety and depressive symptoms related to parenthood in a large Norwegian community sample: the HUNT2 study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010;45(7):713–721.
- (36) Tolman RM, Rosen D. Domestic violence in the lives of women receiving welfare—mental health, substance dependence, and economic well-being. *Violence Against Women*. 2001;7(2):141–158.
- (37) Langhaug LF, Pascoe SJ, Mavhu W, et al. High prevalence of affective disorders among adolescents living in Rural Zimbabwe. *J Community Health*. 2010;35(4):355–364.
- (38) Vinck P, Pham PN. Association of exposure to violence and potential traumatic events with self-reported physical and mental health status in the Central African Republic. *JAMA*. 2010;304(5):544–552.
- (39) Rojas E. *La ansiedad. Cómo diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. 1ª ed. España: Vivir mejor; 1998.
- (40) National Health Committee. *Guidelines for assessing and treating anxiety disorders*. Wellington (New Zealand): National Health Committee; 1998
- (41) Hajer GR, van Haeften TW, Visseren FL: Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *Eur Heart J* 2009, 29(24):2959-2971.
- (42) Organización Mundial de la salud. *Obesidad y sobrepeso*. Nota descriptiva no. 311 [Internet]. Sept 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> Consultado el 23 de octubre del 2015

- (43) Suverza A, Haua K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. 1ª ed. México: McGraw Hill; 2010.
- (44) Organization for Economic Cooperation and Development OECD. Health Statistics 2014. Citada en 25 de mayo de 2016, disponible en línea en: <http://www.oecd.org/health/Obesity-Update-2014.pdf>
- (45) Villa AR, Escobedo M, Méndez-Sánchez M. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gac Méd Méx 2004;140(2):21-6.
- (46) Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
- (47) Prevalencia de Sobrepeso y Obesidad. Encuesta de Salud y Nutrición 2012. ENSANUT. Disponible en línea en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ObesidadAdultos.pdf> Consultado el 23 de octubre de 2015
- (48) Christakis N and Fowler J. The Spread of Obesity in Large Social Network over 32 years. N Engl J Med. 2007; 357: 370-9.
- (49) Hartline H, Rose D, Johnson C, et al. Energy Density of Foods, but not Beverages, is Positively Associated with Body Mass Index in Adult Women. Eur J Clin Nutr. 2009; 63 (12): 1441-1418.
- (50) Levitsky D and Youn T. The more food young adults are served, the more they overeat. J Nutr. 2004; 134(19): 2546-9.
- (51) Hetherington M, Foster R, Newman T, et al. Understanding variety: tasting different foods delays satiation. Physiol Behav. 2006;87 (2):263-71.
- (52) Levitsky D. The non-regulation of food intake in humans: hope for reversing the epidemic of obesity. Physiol Behav. 2005; 86 (5): 623-32.
- (53) Briefel R and Johnson C. Secular trends in dietary intake in the United States. Annu Rev Nutr. 2004; 24: 401-31.
- (54) Kant A and Graubard B. Secular trends in patterns os self-reported food consumption of asdult Americans: NHANES 1971-1975 to NHANES 1999-2002.

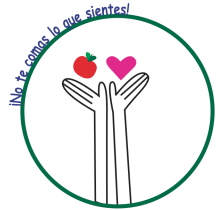
- (55) Bays HE, González-Campoy JM, Bray GA, et al. Pathogenic potential of adipose tissue and metabolic consequences of adipocyte hypertrophy and increased visceral adiposity. *Expert Rev Cardiovasc Ther* 2008;6:343-368.
- (56) Després JP, Lemieux I, Bergeron J, et al. Abdominal obesity and the metabolic syndrome: Contribution to global cardiometabolic risk. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2008;28:1039-1049.
- (57) Flores J., Rodríguez E., et al. Consecuencias metabólicas de la alteración funcional del tejido adiposo en el paciente con obesidad. *Rev Med Hosp Gen Méx.* 2011;74(3) 157-165.
- (58) Zalesin KC, Franklin BA, Miller WM, et al. Impact of obesity on cardiovascular disease. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2008;37:663-684.
- (59) Guh DP, Zhang W, Bansback, et al. The incidence of comorbidities related to obesity and overweight: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2009;9:88.
- (60) Norma Oficial Mexicana, Servicios básicos de salud. Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar orientación. NOM-043-SSA2-2012, Diario Oficial, (22-01-2013).
- (61) Nhat T and Cheung L. Savor. Mindful Eating, Mindful Life. 1ª Ed. HarperCollins: United States, 2011.
- (62) Kristeller J, Wolever R, Sheets V. Mindfulness-Based Eating Awareness Training (MB-EAT) for Binge Eating: A Randomized Clinical Trial. *Mindfulness.* 2012;3(4):1-18.
- (63) Pinto J. Posibilidades de Combinación del Modelo Cognitivo-Conductual y el Psicoanalítico en el Tratamiento de la Ansiedad. *Clínica Contemporánea.* 2014;5(2):137-147.
- (64) World Health Organization. Constitution. WHO, 1948
- (65) Ottawa Charter for Health Promotion. WHO/HPR/HEP/95.1. WHO, Geneva, 1986
- (66) World Health Organization. Health Promotion Glossary. WHO/HPR/HEP/98.1. WHO, Geneva, 1998.

- (67) Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la Conferencia de Adelaida sobre Política Pública Saludable, OMS, Ginebra, 1988.
- (68) Organización Mundial de la Salud. Declaración de Sundsvall sobre Entornos que Apoyan la Salud, OMS, Ginebra, 1991.
- (69) Organización Mundial de la Salud. Educación en Habilidades de Vida en las Escuelas, OMS, Ginebra, 1993.
- (70) World Health Organization. The Yakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century. HPR/HEP/41CHP/BR/97.4.WHO, Geneva, 1997.
- (71) Doody C and Doody O. Health promotion for people with intelectual disability and obesity. British J Nurs. 2012;21(8):460-465.
- (72) Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Informe de pobreza en México, 2012. México, DF: CONEVAL, 2013.
- (73) Alcalde J, Bärnighausen T, Nigenda G, et al. Profesionales necesarios para brindar servicios de prevención y promoción de la salud a población adulta en el primer nivel. Salud Pública Méx. 2013;55(3):301-309.
- (74) Cantú P. Construcción de un índice para evaluar la protección y fomento de la salud en México. Hacia la Promoción de la Salud. 2011;16(2):68-84.
- (75) Balcazar H, Perez A, Escalante E, Villanueva M. Community Health Workers-Promotores de Salud in Mexico. History and Potential for Building Efective Community Actions. J Ambulatory Care Manage. 2016;39(1):12-22.
- (76) Kunz, G. La construcción urbana y espacial de la ZEDEC Santa Fe: origen y desarrollo producto de la reestructuración urbana, y símbolo del proyecto neoliberal mexicano. [Tesis] México: Universidad Iberoamericana. Facultad de Historia; 2013.
- (77) Decreto que contiene el programa parcial de desarrollo urbano de la “zona Santa Fe” de los programas delegacionales de desarrollo urbano para las delegaciones Álvaro Obregón y Cuajimalpa de Morelos. Gaceta Oficial del Distrito Federal, nº 1344, (04-05-2012)

- (78) Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México en cifras, delegación Álvaro Obregón. INEGI, México, 2010.
- (79) World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series 894. WHO. Geneva, 2000.
- (80) Gibson R. Principles of nutritional assessments. Nueva York: Oxford University Press, 1990. Citado por: Suverza A, Haua K. El ABCD de la evaluación del estado de nutrición. 1ª ed. México: McGraw Hill; 2010.
- (81) American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes -2015. J Cl Applied Res Edu Diabetes Care. 2015;38(1);S1-S93
- (82) Beck A, Epstein G, Brown G y Steer R. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consulting Cl Psy. 1988;56,893-897.
- (83) Goldman Y. Evaluación del impacto de una estrategia para el control de ansiedad y el manejo de emociones en el estado de nutrición de una población adulta con exceso de peso de distintas poblaciones de Santa Fe. [tesis]. México: Universidad Iberoamericana Ciudad de México. Departamento de Salud; 2014.
- (84) Nutrición Médica y Tecnología S.A. de C.V. NMT. [sede Web]. Estadímetro Ultrasónico. Acceso 27 de noviembre de 2015. <https://nutricionmed.com/es/antropometria/65-estadimetro-ultrasonico.html>
- (85) Técnico Lógica Mexicana S.A. de C.V. TLM Biomédica de S.A. de C.V. [sede Web]. INBODY R20. Acceso 3 de diciembre de 2015. http://www.tecnologicamexicana.com.mx/index.php?page=shop.product_details&flypage=flypage.tpl&product_id=161&category_id=32&option=com_virtuemarket&Itemid=59
- (86) TAQ. Nutrición y Sistemas de Medición. [sede Web]. Guilick Cinta antropométrica de fibra de vidrio 0-150cm. Acceso 3 de diciembre de 2015. <http://www.taq.com.mx/Productos/SistemasdeMedicion/Antropometros/Antropometros/Gulick-Cinta-antropometrica-de-fibra-de-vidrio-0-150cm>

- (87) GLUKOX. Tu Salud es Primero. [sede Web]. Glucómetro Accu-Chek Performa. Acceso 3 de diciembre de 2015. <http://www.glukox.com/products/accu-trend-gct-plus>
- (88) Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Evaluación del Inventario BAI. Miembros de la Federación Europea de Asociación de Psicólogos. España.
- (89) Taylor s y Bogdan R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados. 3ra ed: España: Paidós; 1987.
- (90) Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*. 2014; 25(1).
- (91) Cofré A, Angulo P y Riquelme E. Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa psicológica UST*. 2014;11. Disponible: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2014000100008

ANEXOS



Número de folio: _____

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:
“NO TE COMAS LO QUE SIENTES: CONTROL DE ANSIEDAD Y MANEJO DE EMOCIONES”**

El presente estudio tiene como objetivo principal evaluar el efecto de una estrategia para el control de ansiedad y el manejo de emociones en el estado de nutrición de pacientes adultos con sobrepeso u obesidad. Se evaluará el estado nutricional completo de todos los participantes del estudio en dos momentos distintos, incluyendo también indicadores emocionales como el nivel de ansiedad. Asimismo se tomarán medidas antropométricas y bioquímicas, es decir, su peso, estatura, circunferencias y glucosa sanguínea, esto con el fin de determinar el estado nutricional y de salud en el que se encuentra actualmente. Todas las mediciones y la aplicación de cuestionarios estarán a cargo de profesionales de la salud, previamente capacitados y estandarizados.

La evaluación se llevará a cabo en dos momentos distintos: inicial se hará en el mes de septiembre y la final se aplicará en el mes de diciembre del año 2015. Debido a que se desea evaluar el efecto del tratamiento nutricional en el estado emocional de los pacientes, usted podrá continuar con su tratamiento nutricional de manera ininterrumpida durante estos dos meses entre ambas evaluaciones.

Le hacemos saber que este estudio no tiene ningún riesgo físico, biológico o psicológico para usted, las únicas molestias que pudiera causarle se limitarán a disponer de su tiempo para la realización de cuestionarios de evaluación y mediciones. La participación es totalmente voluntaria, por lo que usted puede decidir no participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin que tenga ninguna repercusión. Todos los datos que nos proporcionen serán estrictamente confidenciales y se usarán únicamente con fines de investigación. Su nombre y datos personales serán únicamente accesibles a la persona responsable del proyecto y usted no podrá ser identificado en reportes o informes que la universidad proporcione.

Por estos motivos le solicitamos su consentimiento de participación con nosotros en este estudio. En caso de tener dudas, comentarios o quejas favor de comunicarse con:

LN Donaj Velázquez ó
045-664-6753-415

Dra. Éricka I. Escalante Izeta
5950-4000 et 7452

Favor de firmar si está de acuerdo en participar en el estudio:

Nombre (s) / Apellido paterno / Apellido materno Firma

Testigo 1: Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno Firma

Testigo 2: Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno Firma

Fecha: _____

Evaluación final

Folio:

Nutrióloga:

Lugar:

Fecha:

Hora:

Grupo:



Instrucciones: Esta información será obtenida a través de una entrevista a cada paciente.

Datos personales

1) Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2) Edad: _____ años.

3) Sexo: 1. Femenino 2. Masculino

5) Estado Civil: 1. Soltero 2. Divorciado 3. Casado 4. Viudo 5. Unión libre

6) Escolaridad: _____

7) Ocupación: _____

8) Teléfono de casa: _____

9) Teléfono de oficina: _____

10) Teléfono celular: _____

14) Actualmente, ¿recibe un tratamiento nutricional?: 1. Sí 2. No

15) Fecha de inicio de tratamiento nutricional: Mes _____ Año _____

16) Actualmente, ¿acude a terapia psicológica o psicoemocional?: 1. Sí 2. No

17) Actualmente, ¿toma algún fármaco psicotrópico (antidepresivos, por ejemplo) o algún remedio casero para la ansiedad, el estrés o "los nervios"?:

1. Sí 2. No ¿Cuáles?: _____

Antecedentes personales

20) En promedio, ¿cuántas horas duerme por la noche?

_____ horas.

21) ¿Tiene algún problema de sueño?

1. Sí 2. No ¿Cuáles?: _____

22) ¿Fuma?

1. Sí 2. No Cantidad de cigarros por día: _____

23) ¿Ha utilizado medicamentos o algún remedio para bajar de peso?

1. Sí 2. No ¿Cuáles?: _____

24) Actualmente, ¿padece alguna enfermedad física o mental diagnosticada por algún médico?

1. Sí 2. No ¿Cuáles?: _____

26) ¿Padece alguna molestia digestiva?

1. Náusea 2. Vómito 3. Pirosis (agruras o acidez) 4. Cólicos 5. Diarrea 6. Estreñimiento
7. Distensión abdominal 8. Gastritis 9. Colitis 10. Falta de apetito 11. Otra: _____

27) ¿Le han practicado alguna cirugía?

1. Sí 2. No Especifique: _____

28) ¿Toma actualmente algún medicamento?

1. Sí 2. No Especifique nombre y dosis: _____

29) En una semana, ¿cuántos días realiza actividades domésticas en su hogar?

_____ días.

30) Actualmente, ¿realiza actividad física o algún deporte?

1. Sí 2. No Especifique duración y cuántos días a la semana lo realiza: _____

31) Actualmente, ¿realiza alguna actividad recreativa en su tiempo libre?

1. Sí 2. No ¿Cuáles?: _____

32) ¿Actualmente utiliza alguna técnica de relajación?

1. Sí 2. No ¿Cuál?: _____

33) ¿Algún profesional de la salud le ha diagnosticado ansiedad?

1. Sí 2. No ¿Cuándo?: _____

34) ¿Cómo considera su estado de salud en general?

1. Muy bueno 2. Bueno 3. Regular 4. Malo

Indicadores antropométricos *Nutrióloga que mide indicadores A, B y C* _____

35) Peso (kg): _____

36) Talla (m): _____

37) a. IMC: _____

37) b. *Diagnóstico:* 1)DN 2)NP 3)SP 4)OB1 5)OB2 6)OB3

38) a. Porcentaje de grasa corporal (%): _____

38) b. *Interpretación:* 1)MB 2)AB 3)AA 4)MAOB

39) Circunferencia de cintura (cm): _____

40) Circunferencia de cadera (cm): _____

40) a. *Índice cintura-cadera (cm):* _____

40) b. *Interpretación:* 1)Androide 2)Ginecoide

41) a. Circunferencia abdominal (cm): _____

41) b. *Interpretación:* 1)Sin validez (IMC>35) 2)R Incrementado 3)R Sustancialmente incrementado

41) c. *Riesgo relativo para enfermedades cardiovasculares por IMC y Circunferencia abdominal*

1)AU 2)AL 3)MA 4)EA

Indicadores bioquímicos

42) a. Hora en la que el paciente consumió su último alimento: _____

42) b. 1. *Ayuno* 2. *Postprandial* 42) c. Hora actual: _____

43) a. Glucosa en sangre (mg/dL): _____

43) b. *Diagnóstico:* 1. *Normal* 2. *Prediabetes* 3. *Diabetes Mellitus*

Indicadores clínicos

44) Presión arterial (primera medición): _____

45) Presión arterial (segunda medición): _____

46) a. Presión arterial (promedio de ambas mediciones): _____

46) b. *Diagnóstico:* 1)PAO 2)PAN 3)PANA 4)HTA1 5)HTA2 6)HTA3 7)HSA1 8)HSA2 9)HDA

Indicadores dietéticos

47) ¿Cuántas comidas hace al día?

1. Lunes a viernes: _____

2. Fin de semana: _____

48) Aproximadamente, ¿en cuánto tiempo consume sus alimentos?

_____ minutos.

49) ¿Come entre comidas?

1. Sí 2. No Especifique: _____

50) ¿Cómo considera su apetito? (¿qué tan tragón te consideras?)

1. Mucho 2. Regular 3. Poco 4. Muy poco

51) Por lo regular, ¿a qué hora del día tiene más hambre?: _____

52) Vasos de agua natural al día: _____ vasos.

53) Tazas de café al día: _____ tazas.

54) Bebidas alcohólicas a la semana: _____ copas.

55) En un día normal, ¿a qué hora se despierta?: _____

56) En un día normal, ¿a qué hora se duerme?: _____

57) *Dieta habitual*

¿Qué come en un día normal?

57.1) Mañana a Hora: _____

b Alimentos: _____

57.2) Media Mañana

a Hora: _____

b Alimentos: _____

57.3) Tarde

a Hora: _____

b Alimentos: _____

57.4) Media Tarde

a Hora: _____

b Alimentos: _____

57.5) Noche

a Hora: _____

b Alimentos: _____

Indicadores emocionales

Nombre del paciente: _____

Folio: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Lea con cuidado las siguientes preguntas y responda lo que considere más apropiado para usted. Recuerde que no hay respuestas buenas ni malas; únicamente nos interesa su opinión.

58) ¿Qué sucede con su consumo de alimentos cuando usted está triste, nervioso, estresado o ansioso?

1. Aumenta 2. Disminuye 3. Nada (No cambia)

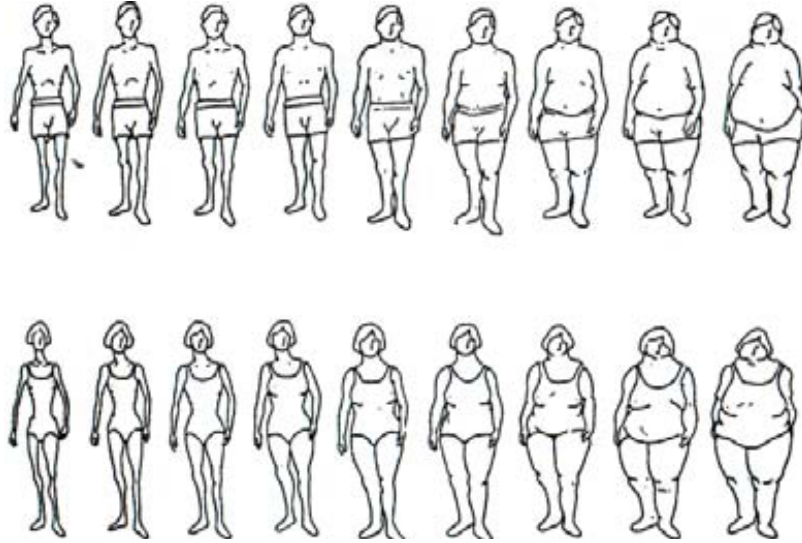
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

Instrucciones: En el siguiente cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Por favor lea cada uno de los síntomas, e indique (X) cuánto le ha afectado en la última semana incluyendo el día de hoy.

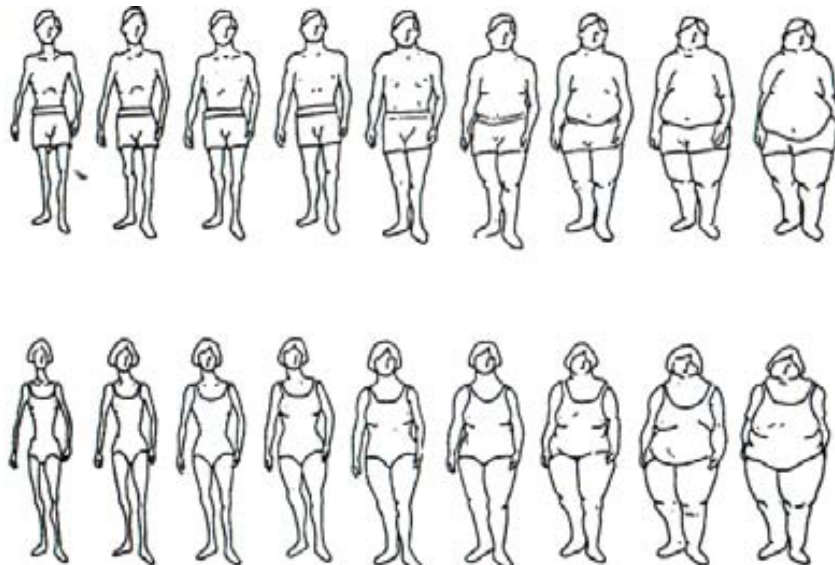
En absoluto		Levemente	Moderadamente	Severamente			
0		1	2	3			
59	Torpe o entumecido.			0	1	2	3
60	Acalorado.			0	1	2	3
61	Con temblor en las piernas.			0	1	2	3
62	Incapaz de relajarse.			0	1	2	3
63	Con temor a que ocurra lo peor.			0	1	2	3
64	Mareado, o que se le va la cabeza.			0	1	2	3
65	Con latidos del corazón fuertes y acelerados.			0	1	2	3
66	Inestable.			0	1	2	3
67	Atemorizado o asustado.			0	1	2	3
68	Nervioso.			0	1	2	3
69	Con sensación de bloqueo.			0	1	2	3
70	Con temblores en las manos.			0	1	2	3
71	Inquieto, inseguro.			0	1	2	3
72	Con miedo a perder el control.			0	1	2	3
73	Con sensación de ahogo.			0	1	2	3
74	Con temor a morir.			0	1	2	3
75	Con miedo.			0	1	2	3
76	Con problemas digestivos.			0	1	2	3
77	Con desvanecimientos.			0	1	2	3
78	Con rubor facial.			0	1	2	3
79	Con sudores, fríos o calientes.			0	1	2	3

Escala de percepción corporal de Stunkard

122. Tache la figura a la que corresponde su peso actual



123. Tache la figura que ud. desearía tener



¡Muchas gracias!

Evaluación del taller

Instrucciones: Ahora, le pedimos que conteste, con toda sinceridad, su opinión acerca del taller “No te comas lo que sientes”. Lea con cuidado cada uno de los puntos que se presentan a continuación y circule el número que mejor representa su opinión, la cual es de gran importancia para evaluar y mejorar el taller.

Evalúe los siguientes aspectos del taller y circule el número que mejor representa su opinión:

	Pobre	Regular	Bueno	Excelente
127) Contenido y actividades del taller.	1	2	3	4
128) Duración del taller (8 sesiones de 1 hora y media por semana).	1	2	3	4
129) Horario del taller.	1	2	3	4
130) Relevancia de los temas revisados durante el taller.	1	2	3	4
131) Oportunidad para hacer preguntas.	1	2	3	4
132) Interacción entre los facilitadores y con el resto de los participantes.	1	2	3	4
133) Conocimientos, capacidad y actitud de los facilitadores.	1	2	3	4
134) Lugar y ambiente del taller.	1	2	3	4
135) En general, califico este taller como:	1	2	3	4

136a) En general, ¿el taller alcanzó sus expectativas?

1. Sí 2. Probablemente 3. No

136b) ¿Por qué? _____

137) ¿Recomendaría este taller?

1. Sí 2. Probablemente 3. No

138) ¿Participaría en otro taller similar?

1. Sí 2. Probablemente 3. No

139) Del 1 al 10, ¿qué tanto ha aplicado los conocimientos adquiridos durante el taller?

140a) ¿Ha realizado algún cambio positivo en cuanto a su alimentación y manejo emocional?

1. No he cambiado nada 2. He cambiado algunas cosas 3. He realizado cambios importantes

140b) ¿Qué cambios ha hecho en su alimentación?

140c) ¿Qué cambios ha hecho en el manejo de sus emociones?

141) ¿Qué enseñanzas se lleva de este taller?

¡Muchas gracias!

NO CONTESTE LA SIGUIENTE SECCIÓN

Espacio para el evaluador

142) Número de sesiones a las que asistió: _____

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

124) Total de puntos: _____ / 63

125) Diagnóstico de Ansiedad: 1.AMín 2.AL 3.AMod 4.AG

Diagnóstico de cambio en niveles de ansiedad al finalizar la intervención:

1. **Recuperado de ansiedad:** Disminuye 10 puntos o más y es < a 14
2. **Mejorado:** Disminuye 10 puntos o más y es > a 14
3. **Sin cambios:** No disminuye 10 puntos y es > a 14
4. **Empeorado:** Aumenta 10 puntos o más