

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN NUTRICIONAL MEDIANTE CONSULTA
GRUPAL EN HOMBRES CON DIAGNÓSTICO DE EXCESO DE PESO,
QUE ASISTEN AL INSTITUTO WEM

Trabajo final de investigación aplicada sometido a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Nutrición Humana, para optar por el grado y título de Maestría Profesional en Nutrición Clínica de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

VIVIANA RIVAS CORDERO

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2020

Dedicatoria

Quiero dedicar este logro a ese grupo de hombres que permitieron que este proceso fuese posible, a cada uno de ellos que, con sus personalidades, ocurrencias, necesidades, me enseñaron ver más allá de lo que imaginé, por mostrarme sus sentimientos y ser tan genuinos, por demostrarme que sí se puede, nuevamente recordarme que la actitud positiva nos lleva a lograr grandes cosas y enriquecer mis experiencias que serán replicadas con cada uno de los hombres que asistan a mi consulta nutricional, gracias por aportar más para el desarrollo de estrategias que ayudarán a más hombres como Ustedes.

Agradecimientos

Primeramente, agradecer a Dios que me ha dado la salud y la capacidad para mantenerme durante este proceso.

A mi esposo Arnaldo Ramírez, por haber estado en cada una de las etapas de esta Maestría, por haber sobrepasado las etapas de alegría, estrés, cansancio, a mi lado y motivarme siempre a continuar, por haberme dicho “Usted puede, siga”, gracias de verdad por ser parte de esto.

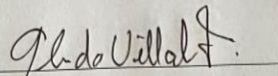
Igualmente, a toda mi familia por entender los momentos en que tenía que estudiar, o escribir mi tesis y no podía compartir con ellos, por entenderme y respetarme, y por apoyarme tantísimo para que lograra culminar, a mi Mamá que me enseñó que no se vale rendirse, que el que persevera alcanza.

A mi tutora Msc. Adriana Murillo, por tener la paciencia y la empatía de guiarme durante todo este proceso, gracias por sus experiencias compartidas y por las palabras de motivación.

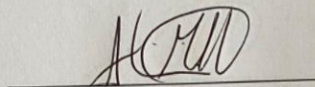
A mi lectora Dra. Indira DeBeausset, por su acompañamiento durante todo este proceso, agradezco el ser una persona comprometida y no egoísta con su conocimiento, por compartir todas esas experiencias conmigo, porque querer pulir este diamante en bruto, por enseñarme que la consulta grupal va más allá de una charla en grupo. Agradezco el perseverar y tener la paciencia de guiarme hacía este logro.

Mis compañeras de Maestría, en especial a Carolina R, Mercedes, Rommy, Karina, Angélica, Karol Céspedes, por enseñarme a ser mejor persona, mejor profesional, mejor amiga, mejor compañera.

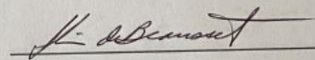
“Este trabajo final de investigación aplicada fue aceptado por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado en Nutrición Humana de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de la Maestría Profesional en Nutrición Clínica de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles”


M.Sc. Glenda Villalobos Fallas

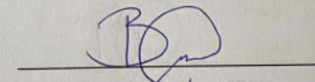
Representante del Decano Sistema de Estudios de Posgrado


M.Sc. Adriana Murillo Castro

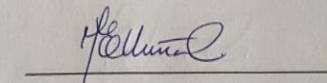
Tutora


Dra. Indira DeBeausset Staton

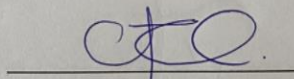
Lectora


M.S.c. Beatriz Flores Blanco

Lectora Invitada


M.Sc. María Elena Ureña Cascante

Directora del Programa de Posgrado en Nutrición Humana


Viviana Rivas Cordero

Sustentante

Tabla de contenidos

I.	Introducción	1
II.	Fundamentación teórica del proyecto	6
	Definición de sobrepeso y obesidad.....	6
	Causas de la obesidad	9
	Consecuencias de la obesidad.....	10
	Tratamiento del sobrepeso y obesidad	11
	Género y percepción de salud – enfermedad	13
	Estrategia de consulta grupal para el manejo nutricional del sobrepeso y obesidad.....	16
	Autocuidado.....	25
III.	Objetivos	29
	A. Objetivo general.....	29
	Objetivos específicos.....	29
IV.	Metodología del proyecto	30
	A. Ubicación geográfica	30
	B. Caracterización de la población meta	31
	Aval de las autoridades correspondientes de la institución donde se desarrolló el proyecto	32
	Características a estudiar en la población meta	32
	Descripción de procedimientos para la ejecución de actividades con sus respectivas técnicas de abordaje	34
	Cronograma	46
	Análisis de la información	47
	Recursos humanos, materiales y financieros	49
	Consideraciones éticas	50
V.	Resultados y discusión	53
	Aspectos sociodemográficos	59
	Aspectos antropométricos	61
	Conocimientos sobre exceso de peso causas y consecuencias	67
	Prácticas Alimentarias	71
	Prácticas en Actividad física	73
	Etapas de Cambio.....	74

Autocuidado.....	80
1. Motivación al cambio	88
Alcances de la estrategia de la atención nutricional con consulta grupal	93
VI. Seguimiento del grupo	101
VII. Conclusiones	108
VIII. Recomendaciones	111
IX. Bibliografía	112
X. Anexos.....	118
Anexo 1. Aval de la Institución	118
Anexo 2. Anamnesis	120
Anexo 3. Técnica para la toma de peso porcentaje de grasa con balanza OMRON HBF-514	125
Anexo 4. Clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)	126
Anexo 5. Técnica de medición de Cintura	127
Anexo 6. Instructivo Sobre Conocimientos en causas y consecuencias del exceso de peso y Prácticas en alimentación.	128
Anexo 7. Instrumento Sobre conocimientos, prácticas en alimentación y actividad física	136
Anexo 8. Matriz Educativa.....	143
Anexo 9. Plantilla para Bitácora de Observador.	144
Anexo 10. Bitácora de la facilitadora.....	145
Anexo 11. Registro de Autocuidado	146
Anexo 12. Cuestionario sobre Etapas de Cambio.....	147
Anexo 13. Consentimiento informado	151
Anexo 14. Tabla de pérdida de peso (Kg) de los participantes	151
Anexo 15. Tabla de comparación de IMC de los participantes al inicio y final de la investigación.	152
Anexo 16. Tabla sobre porcentajes de grasa de los participantes al inicio y final de la investigación.	153
Anexo 17. Tabla de clasificación de cintura de los participantes al inicio y final de la investigación.	155

Lista de tablas

<i>Tabla 1</i>	40
<i>Tabla 2</i>	49
<i>Tabla 3</i>	50
<i>Tabla 4</i>	55
<i>Tabla 5</i>	59
<i>Tabla 6</i>	68

Lista de gráficos

Gráfico 1: Asistencia de los participantes de la consulta nutricional grupal según las sesiones desarrolladas de mayo a julio 2018. (N=14)	57
Gráfico 2: Distribución de los Participantes, según pérdida de peso, WEM	62
Gráfico 3: Distribución de los participantes según IMC, WEM.....	63
Gráfico 4: Distribución de los participantes según el porcentaje de grasa, WEM	65
Gráfico 5: Clasificación de los participantes según riesgo cardiovascular, WEM	67
Gráfico 6: Calificación del conocimiento sobre exceso de peso, en un grupo de participantes de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018. (N= 14)	70
Gráfico 7: Distribución de los participantes según el puntaje de clasificación de prácticas alimentarias, de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018 (N=14)	72
Gráfico 8: Distribución de participantes según prácticas en actividad física, de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018 (N=14).....	74
Gráfico 9: Distribución de la Etapa de cambio referente a decidir de bajar de peso, de un grupo de participantes, de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018. (N=14)	76
Gráfico 10: Distribución del Estadio de cambio para realizar un plan de alimentación, en un grupo de hombres de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018. (N=14)	77
Gráfico 11: Distribución de las Etapas de cambio para realizar actividad física, grupo de hombres participantes de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018 (N=14)	78
Gráfico 12: Sesiones por mes del grupo de consulta nutricional grupal, desarrollada en los años 2018-2019.....	101

Gráfico 13: *Comparación del peso corporal de los participantes de la consulta nutricional grupal, desde el inicio hasta su último seguimiento, desarrollado de mayo 2018 hasta julio 2019. 103*

Gráfico 14: *Comparación del Índice de masa corporal (IMC), de los participantes de la consulta nutricional grupal, desde julio 2018 a julio 2019. (N=12)..... 105*

Lista de abreviaturas

- OMS Organización Mundial de la Salud.
- WEM Instituto de Masculinidad y Sexualidad y Pareja.
- IMC Índice de Masa Corporal.
- TNF Factor de Necrosis Tumoral.
- PAI-1 inhibidor del activador del plasminógeno-1) es el principal inhibidor del activador tisular del plasminógeno (t-PA) y la uroquinasa
- HDL Lipoproteína de alta densidad.
- LDL Lipoproteína de baja densidad
- AH Atención Habitual.
- PhD grado académico de doctorado
- UNA Universidad Nacional de Costa Rica.
- P Participante.

Resumen

Introducción: el sobrepeso y la obesidad son consideradas una epidemia mundial, según la organización Mundial de la Salud (OMS), en Costa Rica los indicadores de sobrepeso y obesidad han aumentado considerablemente en los últimos años, en los todos los grupos etarios, en el caso de los hombres adultos según la última encuesta nutricional realizada en 2008-2009 el 62,4% de ésta población cuenta con un diagnóstico de sobrepeso u obesidad, por lo que se considera relevante realizar investigaciones que mejoren el tratamiento de esta población en específico, para ayudar a disminuir o controlar las Enfermedades Crónicas no Trasmisibles asociadas a éste mal, en este sentido esta intervención propone la consulta nutricional grupal como estrategia de abordaje, para promover el logro de objetivos terapéuticos y adherencia al tratamiento.

Objetivo: Diseñar e implementar un programa de consulta grupal y evaluar su efecto en hombres con diagnóstico de exceso de peso, en edades entre los 25 y 59 años, que asisten al Instituto WEM, en el año 2018.

Método: se diseñó un programa de consulta nutricional grupal, conformada por 11 sesiones grupales, además de 3 sesiones de seguimiento posteriores a los tres meses de investigación. Se realizó evaluación nutricional, de conocimientos referentes al exceso de peso, y prácticas alimentarias, además se abordó el tema de autocuidado y se utilizó la propuesta de Etapas de cambio para medir el avance del grupo.

Resultados: de los catorce participantes, se logró observar que trece de ellos lograron algún cambio a nivel de estado nutricional, mejorando su salud, por otro lado, referente a conocimientos los pacientes a través de la metodología grupal, logran adquirir las herramientas necesarias para llevar a la práctica los conocimientos, y al finalizar logran responsabilizarse de su autocuidado.

Conclusión: los pacientes logran afirmar que la metodología de consulta nutricional grupal resultó ser más eficiente, que los métodos de consulta convencional, ya que, a través del apoyo de grupo, el compartir experiencias con otros hombres en similares circunstancias, generó el ambiente de confianza necesario para explorar sus carencias y crear herramientas para mejorar su salud.

Abstract

Introduction: overweight and obesity are considered a global epidemic, according to the World Health Organization (WHO), in Costa Rica the indicators of overweight and obesity have increased considerably in recent years, in all age groups, in the In the case of adult men according to the latest nutritional survey conducted in 2008-2009, 62.4% of this population has a diagnosis of overweight or obesity, so it is considered relevant to carry out research that improves the treatment of this specific population, to help reduce or control the chronic non-communicable diseases associated with this disease, in this sense this intervention proposes the group nutritional consultation as an approach strategy, to promote the achievement of therapeutic objectives and adherence to treatment.

Objective: Design and implement a group consultation program and evaluate its effect in men diagnosed with excess weight, between the ages of 25 and 59, who attend the WEM Institute, in 2018.

Method: a group nutritional consultation program was designed, which consisted of a total of 11 group sessions, in addition to 3 follow-up sessions after three months of research, nutritional assessment, knowledge about excess weight, and alimentary practices, the topic of self-care was studied and the proposal of Stages of Change was used to measure the progress of the group.

Results: of the fourteen participants, it was possible to observe that thirteen of them achieved some change at the level of nutritional status, improving their health, on the other side, referring to knowledge the patients through the group methodology, manage to acquire the necessary tools to incorporate knowledge and change negative alimentary practices, and at the end manage to take responsibility for their self-care.

Conclusion: the patients manage to affirm that the methodology of group nutritional consultation was more enriching, compared with the methods of conventional consultation, through the group support, sharing experiences with other men in similar circumstances, generated the necessary trust environment to explore their lacks and create tools to improve their.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Viviana Eugenia Rivas Cordero con cédula de identidad 304000520, en mi condición de autor del TFG titulado Estrategia de Atención Nutricional mediante consulta Grupal en hombres con diagnóstico de exceso de peso, que asisten al Instituto WEP.

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: _____ año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE:

Nombre Completo: Viviana Eugenia Rivas Cordero

Número de Carné: B49536 Número de cédula: 304000520

Correo Electrónico: vrivascordero@gmail.com

Fecha: 31-junio-2020 Número de teléfono: 87955109

Nombre del Director (a) de Tesis o Tutor (a): Adriana Murillo Castro

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no sólo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

I. Introducción

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades que se caracterizan por el aumento de los depósitos de grasa corporal que, a su vez, se convierten en perjudiciales para la salud. Este padecimiento en los últimos años se convirtió en uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial (Moreno, 2012).

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) indican que desde el año 1980, la obesidad ha aumentado en más del doble en todo el mundo y en el año 2014, 500 millones de adultos tenían exceso de peso. Dentro de este grupo, más de 11% de hombres y 15% de mujeres eran obesos, por lo cual dicha organización ha declarado a la obesidad y al sobrepeso con el carácter de epidemia mundial (OMS, 2016).

Costa Rica no se escapa de esta realidad, ya que se ha observado un aumento en la prevalencia de la obesidad en todos los extractos de la sociedad, sin discriminar entre edades, nivel educativo, situación socioeconómica o sexo, dándose por ende un incremento en las enfermedades que se desarrollan como consecuencia de esta condición.

En referencia al sexo masculino con edades entre 20 y 64 años las estadísticas de las diferentes Encuestas Nacionales de Nutrición, reflejan que los casos de sobrepeso y obesidad han sufrido un impactante aumento. Según la Encuesta Nacional de Nutrición de 1982 el 22.1% de la población masculina tenía sobrepeso y obesidad, pero para el 2008-2009 esta cifra pasa a un 62,4%; por su parte en la población femenina el sobrepeso y la obesidad aumentó en un 13,8% entre el año 1996 y 2008-2009. En ambos grupos se observa un

aumento significativo de los casos de sobrepeso y obesidad, siendo cifras alarmantes para el sector salud (Ascencio *et.al*; 2013).

Mencionado lo anterior, el abordaje del sobrepeso y la obesidad se convierten en un verdadero reto para el sistema de salud, debido a las implicaciones o consecuencias que tienen para los individuos porque son factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no trasmisibles. Por ende, la necesidad de intervenir a nivel de la población masculina con esta patología.

Aunado a lo anterior es preocupante la poca cantidad de información científica sobre la forma en que los hombres manejan su salud. La evidencia que existe apunta a que los hombres se preocupan poco por su estado de salud e imagen corporal y que el autocuidado no es una prioridad para esta población (Álvarez, Zavaleta, García, Vergara & Martini, 2014).

Asimismo mantienen un particular estilo de vida que se caracteriza por el consumo de alcohol, dietas altas en grasa, fumado, sedentarismo, exposición a situaciones de estrés y una serie de demandas socialmente establecidas que complican su condición y favorece la aparición de las enfermedades asociadas (Doyal, 2011).

Una de las soluciones de tratamiento para la salud en general, que se ha observado ser eficaz es la atención grupal, por promover la adherencia al tratamiento, generar apoyo, provocar la discusión, y por ende la generación de nuevo conocimiento. Estudios en que se involucra la consulta nutricional grupal como es el caso de, “Efectividad de la intervención individual y en grupo en personas con Diabetes tipo 2” o “Efectividad de una intervención en Nutrición en pacientes con hipertensión arterial sistémica que reciben atención primaria

de salud” (Manoel, Nascimento, Oliviera, Aparecida, Silva 2015; Méndez, Mata, Moldonado, Rivas, 2015), coinciden en que implementar dicha consulta favoreció a la adquisición de conocimientos y aumentó la adhesión al tratamiento, al igual que permitió ver una disminución significativa en peso e índice de masa corporal (IMC) en el segundo caso, y un aumento de la actividad física. Así pues, se demuestra que la consulta nutricional grupal es una opción efectiva para el abordaje de enfermedades crónicas.

En relación con la estrategia grupal, Sapag, Lange, Campos y D. Piette (2010, p.2) mencionan:

“El apoyo entre personas con una misma enfermedad, incluida la formación de díadas y grupos que brindan apoyo de pares, es una estrategia de intervención educativa basada en el aprendizaje sociocognitivo, que busca establecer una conexión entre dos o más personas que poseen características comunes, como la presencia de una enfermedad, para favorecer el logro de metas individuales o grupales. Esta estrategia favorece el cambio de conductas relacionadas con la salud mediante el mejoramiento de la autoestima, la autoeficacia, el refuerzo de la salud mental, el intercambio de información y el apoyo social”.

Dentro de las prácticas fundamentales para mejorar la salud se encuentra el autocuidado, el cual se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza una persona para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su salud, por tanto, es una conducta que realiza para sí mismos (Arango, 2007). A través de la consulta grupal se buscó indagar en la percepción de autocuidado de los participantes, y a su vez trabajar para fomentar autocuidado en relación al control del peso.

En cuanto a la búsqueda de un cambio, se utilizarán las etapas de cambio propuestas por Proshaska y Di Clemente, dicha teoría se aplica en el ámbito de la salud, logrando que el paciente identifique los cambios de conducta necesarios para mejorar según su particular actitud hacia el cambio. La aplicación de esta teoría ayuda al personal de salud a reconocer en la etapa de cambio en la cual se encuentra el paciente, aumentando así la eficacia del tratamiento (Cabrera, 2000).

Este proyecto pretende desarrollar una estrategia de consulta grupal con población masculina, donde además de trabajar aspectos relacionados con alimentación, se procura entender las percepciones sobre autocuidado y fomentar que los participantes realicen un cambio permanente en este aspecto; este se puede conseguir a través de la búsqueda y construcción de nuevas soluciones, trabajando la importancia de un cambio y desarrollando la autoeficacia, basados en sus propias vivencias compartidas lo que, consecuentemente, logren mejorar su estilo de vida y por ende sus indicadores antropométricos y bioquímicos de salud.

El documento que se presenta a continuación, se compone de ocho apartados; después de la introducción se encuentra, la Fundamentación Teórica que incorpora temas de sobrepeso y obesidad, sus causas consecuencias y tratamiento, además incluye la percepción de género y la salud, la estrategia de consulta grupal, etapas de cambio y autocuidado. En el tercer apartado se encuentran los objetivos de la propuesta de este proyecto, en el cuarto apartado de éste documento se desarrolla la metodología que guiara este estudio desde su ubicación geográfica, pasando por el aval de la institución, características a estudiar de la población, descripción de los procedimientos y actividades, cronograma, análisis de la

información, los recursos a utilizar tanto Humanos como Materiales y por último las Consideraciones éticas.

El quinto capítulo compone los resultados encontrados después de la ejecución del proyecto, así como la discusión de los mismos. Continuando se redactó un capítulo de seguimiento del estudio, que compone todo lo que sucedió en un año con los participantes después de terminar la intervención programada. Seguidamente se encuentra el capítulo de conclusiones, recomendaciones y bibliografía.

II. Fundamentación teórica del proyecto

Definición de sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y la obesidad son enfermedades crónicas de etiología multifactorial que se desarrollan a partir de la interacción de factores sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares (Katleen, Escott, Reymond 2013).

La clasificación anatómica de la obesidad identifica al tipo ginecoide donde la mayor cantidad de grasa se acumula en el área de las caderas, siendo grasa tipo periférica, y presentando hiperplasia de las células grasas. Por otro lado, la obesidad androide, la cual se ha observado es más usual en los hombres, tiene un patrón de acumulación de grasa a nivel central o abdominal, lo que se conoce como grasa visceral, presentando hipertrofia de las células grasas y tiene una fuerte relación con enfermedades metabólicas (López, Soto 2010, p.103).

Sergio A. Godínez y sus colaboradores mencionan que:

“La grasa visceral está contenida en la parte interna de las cavidades corporales, envolviendo órganos, sobre todo abdominales y está compuesta por la grasa mesentérica y la grasa de los epiplones. Los depósitos de grasa visceral representan cerca del 20% del total de grasa corporal en el hombre y aproximadamente el 6% en la mujer” (Godínez, Marmejo, Márquz, Siordia, Baeza, 2002, p. 122).

Existen hormonas que intervienen en el metabolismo de las grasas predisponiendo su acumulación en la región abdominal. Éstas son la hormona del crecimiento, la hormona

luteinizante, la leptina, el factor de necrosis tumoral (TNF), los factores de crecimiento insulínicos, las interleuquinas, resistina, adiponectina y las somatomedinas (IGF-1 e IGF-2). Estas sustancias y las concentraciones de masa grasa están relacionadas con un gran número de patologías, ya que se involucran en una cascada de reacciones que pueden desencadenar en hipertensión arterial, resistencia a la insulina y diabetes tipo 2, deterioro en la función cardiaca o dislipidemia (González, Hernández, Pozo y García, 2011).

Baudrand, Arteaga y Moreno, (2010, pág. 1295) coinciden en que,

“el tejido adiposo no solo almacena sino que además secreta sustancias, dentro de ellas encontramos la leptina, que participa en la regulación del balance energético y la secreción de gonadotrofinas; el PAI-1, y el angiotensinógeno en la homeostasis vascular e hipertensión arterial; la resistina, adiponectina, TNF a y visfatina en promover o disminuir la insulino resistencia; IL-6, TNF a, y PPAR que participan en el proceso de microinflamación; y enzimas que participan en la regulación hormonal, activando o inactivando hormonas, como la aromatasa a los andrógenos y la 11 β -hidroxiesteroide deshidrogenasa al cortisol.”

Según Moreno (2012), en adultos, la obesidad se clasifica de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (IMC), por la buena correlación que presenta este indicador con la grasa corporal y el riesgo para la salud a nivel poblacional. Así mismo, la fuerte asociación existente entre la obesidad abdominal y la enfermedad cardiovascular ha permitido la aceptación clínica de indicadores indirectos de grasa abdominal como la medición de circunferencia de cintura.

La clasificación de obesidad y sobrepeso propuesta por la OMS está basada en el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual corresponde a la relación entre el peso expresado en kilos y el cuadrado de la altura, expresada en metros. De esta manera, las personas cuyo cálculo de IMC sea igual o superior a 30 kg/m² se consideran obesas y en un rango de 25 Kg/m² a 29,9 Kg/m² se consideran con sobrepeso (Moreno, 2012).

Al ser el IMC un índice utilizado para determinar el estado nutricional de las personas, el diagnóstico se puede complementar con otro método que permite medir el riesgo cardiovascular y que se asocia al sobrepeso y la obesidad; este método es la circunferencia de cintura, donde en el caso de hombres adultos se considera como riesgo una medición en centímetros de cintura ≥ 101 cm, y en mujeres de ≥ 90 cm (Katleen, Escott, Reymond 2013).

Causas de la obesidad

El sobrepeso y la obesidad tiene causas multifactoriales, dentro de ellas los factores hormonales y neurológicos de tipo genético implicados en la regulación del peso, existen las señales de corto y largo plazo que definen saciedad y conducta alimentaria. Si sus mecanismos son alterados, tiende a generar aumento de peso. Por otro lado, las elecciones nutricionales y el estilo de vida, pueden activar los genes inductores de la obesidad, además la inactividad física contribuye como un factor determinante al aumento de peso en la población más aún si se asocia a ingestas alimentarias mayores a las necesidades del individuo. Entre los factores contribuyentes al aumento de peso, está la falta de sueño que interviene en los mecanismos de regulación endocrina del hambre y apetito. El estrés también es relevante ya que en esta condición se libera cortisol lo cual estimula la liberación de insulina, como consecuencia se produce un aumento del apetito (Katleen, Escott, Reymond, 2013).

Consecuencias de la obesidad

La acumulación de masa grasa corporal, el sobrepeso y la obesidad consecuentemente pueden limitar la capacidad física y respiratoria de las personas, aunado a esto están las complicaciones a nivel de conducta y autoestima, provocando sentimientos de culpa, soledad, ansiedad y en algunos casos depresión.

El sobrepeso y la obesidad han sido catalogados como factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de las que destacan enfermedades cardiovasculares, ya que la obesidad favorece la formación de coágulos en los vasos sanguíneos, cuando esto ocurre en las arterias coronarias, se produce una cardiopatía isquémica provocando la necrosis de células cardiacas debido a la disminución de la captación de oxígeno y nutrientes, esto puede dar como resultado la muerte súbita o infarto agudo al miocardio, angina de pecho o puede ocurrir trombosis cerebral. Otro factor de riesgo es la disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL), disminuyendo su función principal la cual es la eliminación de colesterol (LDL) de los tejidos, reduciendo a su vez su acción protectora (Soca y Niño 2009, p.87).

Por otro lado, la obesidad abdominal puede desencadenar en alteraciones en el metabolismo de la glucosa y como consecuencia, provocar un aumento de la liberación de adipoquinas pro y anti-inflamatorias causando, en una primera etapa, la resistencia a la insulina y por consecuente si no hay un tratamiento adecuado se desarrolla la diabetes tipo 2 (Rodríguez, Perea, López, Ortega, 2009).

Unas de las consecuencias de la obesidad son; la hipertensión arterial, enfermedades respiratorias (como, por ejemplo, la apnea del sueño, el asma), algunos tipos de cáncer donde está fuertemente relacionado el de colon, además enfermedades del hígado, entre otras, y como resultado, todas estas enfermedades que se desprenden de tener un exceso de grasa corporal tienden a disminuir la calidad de vida en general de la persona que las padece (Soca, Niño 2009).

Tratamiento del sobrepeso y obesidad

Algunos determinantes biológicos, psicológicos y ambientales pueden constituirse en barreras para el control y tratamiento de la obesidad, por ende, en el abordaje de la obesidad no solo debe abarcar la parte fisiológica, sino además se debe de trabajar en la educación, el cambio de estilos de vida, el manejo de barreras y la adherencia al tratamiento para lograr restablecer la salud y para la prevención del desarrollo de otras enfermedades crónicas (Padilla, Roselló, Guzmán y Aráuz, 2006).

El paciente debe ser tratado con el objetivo de hacerlo perder de un 5% a un 10% de su peso corporal y mantener estable en el futuro este nuevo peso. Para conseguirlo, deben ser utilizadas las medidas dietéticas, el aumento de actividad física y la modificación de conductas adecuadas a cada paciente (Rubio, Salas, Barbany, Moreno, Aranceta, Bellido, 2007,).

El consenso SEEDO (Rubio, et al., 2007), menciona dentro de las pautas de tratamiento de la obesidad los objetivos terapéuticos de la pérdida de peso, que deben estar dirigidos a mejorar o eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad y disminuir el impacto de las futuras complicaciones médicas relacionadas con el exceso de peso.

Para lograr la pérdida de peso en los pacientes, es indispensable acudir a un plan de alimentación y al ejercicio físico como parte de su tratamiento. Se han establecido criterios generales de tratamiento los cuales incluyen; la pérdida de al menos el 5% o el 10% del peso corporal, mediante una restricción energética de 500 a 1000 Kcal/día respecto a la dieta habitual, para lograr una pérdida de 0,5 a 1,0 kg/semana, representando de un 8-10% peso corporal inicial a lo largo de 6 meses (Rubio, et al, 2007).

Como se mencionó anteriormente, además de controlar la ingesta de alimentos como parte del tratamiento del sobrepeso y la obesidad, se debe procurar el aumento de la actividad física ya que la mayoría de la población con exceso de peso es sedentaria. El ejercicio físico impacta el control de peso produciendo diversas adaptaciones metabólicas ya que realizar ejercicio aumenta el proceso oxidativo de las grasas, es decir la posibilidad de metabolizar grasas e hidratos de carbono de manera aeróbica, lo que produce un aumento de la sensibilidad a la insulina, disminución de lípidos en sangre y aumento del gasto cardiaco (Roldán, Rendón e Isaza, 2013, p.78).

Autores coinciden que la cantidad de ejercicio diario debe rondar como mínimo en los 30 minutos, ya que esto permite activar las enzimas lipocatabolizadoras, a su vez se motiva el aumento paulatino de la duración del ejercicio. Es importante destacar que en pacientes con obesidad la recomendación es iniciar varias sesiones al día con una duración de 10 min, de igual manera aumentar su duración paulatinamente (Cobo, Fabián, Moreno, 2006, p. 153; Ferrer, Santoja, 2006, p. 1797).

Género y percepción de salud – enfermedad

La OMS (2016) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Como una persona perciba su salud va a ser determinante para la prevención o el tratamiento de una enfermedad. Cuando se habla de percepción, se toma en cuenta la valoración que el individuo hace a partir de sus experiencias de vida. Por tanto, si una persona se forja una percepción de una situación o un hecho como tal, involucra diferentes aspectos desde la influencia social, cultural y su imaginación, porque también incluye lo que la persona interpreta sobre la información externa que ha adquirido a lo largo de la vida (Padilla, Roselló, Guzmán y Aráuz, 2006, Oviedo 2004).

Sobre la percepción de la obesidad, estudios informan que, “pareciera que un porcentaje importante, tanto de hombres como de mujeres, no reconocen el exceso de peso como un problema de salud real” (Padilla, Roselló, Guzmán y Aráuz, 2006).

A nivel de salud se tiene una gran diferencia en lo referente al género. En la mayoría de los casos la mujer es criada para atender a los demás y tiende a enfatizar el cuidado hacía el exterior volcando esto a los otros miembros de la familia, razón por la cual es más sencillo revertir este efecto llevándola a buscar el cuidado para sí misma. En el caso de los hombres, quienes perciben el cuidado como un atributo femenino, se complica más que asuman el rol de autocuidado. Por su parte, el mensaje que se envía a los varones, en su mayoría, es que el hombre es quien hace los trabajos para mantener un hogar, trabajos de fuerza; un hombre exitoso es aquel que logra estudiar o tener un negocio fructífero, con capacidad económica

para mantener un hogar o para adquirir bienes. “La acumulación de experiencias, percepciones e interpretación que se le dé a estas vivencias serán las que condicionen las formas de vivir que seleccionan las personas y la manera de entender el proceso de salud y enfermedad” (Gil-Lacruz y Gil-Lacruz 2007, p.185).

Por otro lado, en lo que se refiere a la percepción masculina, de acuerdo con Mendieta (2014), es poco analizada desde investigaciones empíricas y particularmente, la mayoría de los estudios se enfocan en el tema del cuerpo y la imagen corporal, que son aspectos que tienen aceptación por parte de las ciencias sociales para su análisis y reflexión, pero son temas que se deben abordar con mayor fuerza dentro de la ciencia de la nutrición ya que afecta directamente cómo las personas perciben su imagen y qué están dispuestos hacer para cambiarla.

Hasta hace poco se había prestado muy poca atención al impacto del género en la salud de los hombres, pero esto está cambiando creándose un vínculo entre la masculinidad y el bienestar. La forma de masculinidad puede variar entre las comunidades, pero, por lo general, significa la toma de riesgos que son muy peligrosos a la salud, los ejemplos más obvios de tales riesgos provienen del mundo del trabajo remunerado en la mayoría de las sociedades (Doyal 2001).

Los hombres en muchos casos son obligados a participar en comportamientos arriesgados para “probar” su masculinidad por lo que genera mayor riesgo de morir prematuramente, y son más propensos a beber en exceso y fumar, esto a su vez aumenta su predisposición biológica de desarrollo temprano de enfermedades cardíacas y asociadas (Doyal, 2001).

Las creencias y conductas relacionadas con la salud, al igual que otras prácticas sociales en las que participan mujeres y hombres, son un medio para demostrar feminidades y masculinidades. Al examinar las construcciones de masculinidad y salud, en apariencia, los comportamientos de salud se utilizan en las interacciones diarias en la estructuración social de género y poder. Las prácticas sociales que socavan la salud de los hombres son a menudo significantes de la masculinidad (Courtenay, 2001).

Una falta de voluntad para admitir debilidad parece ser la causa de que muchos hombres no tomen en serio los mensajes de promoción de la salud, ni consultan a un médico cuando surgen problemas (Doyal, 2011).

La percepción masculina se centra en aspectos como el aumento de la fuerza, la musculatura y la actividad física como parte de la idea de masculinidad, pero la mayoría de hombres subestima que el peso y otros factores incrementan el riesgo de padecer distintas enfermedades (Mendieta, 2014).

Estrategia de consulta grupal para el manejo nutricional del sobrepeso y obesidad.

Optimizar los resultados clínicos de la intervención en sobrepeso y obesidad en hombres lleva a enfocar esta investigación hacia la estrategia de la consulta grupal, ya que este formato de atención,

“propicia la adquisición de mediadores psicosociales mediante la interacción y desarrollo de relaciones colaborativas entre miembros de un grupo y con el equipo de salud. Tiene ventaja sobre la atención habitual (AH) de formato individual, porque ofrece apoyo emocional y social de personas con experiencias similares al servir de modelo a pacientes en circunstancias parecidas que favorece la capacidad de logro de metas, entre otros beneficios” (Salinas *et al.*, 2009).

La consulta nutricional grupal se fundamenta en el método del grupo operativo del psicólogo argentino Enrique Pichón-Rivière, y su adaptación fue realizada en Costa Rica por Indira deBeausset, PhD. Según deBeausset el grupo operativo se caracteriza por ser un número determinado de personas que se reúnen con un objetivo común, dando espacio a que cada uno elabore su propio conocimiento y se retroalimente de las experiencias de otros ya que propone un ambiente de discusión, de compartir las experiencias, conocimientos, vivencias que serán utilizadas para la construcción grupal de nuevos conceptos y actitudes, los cuales serán llevados a la práctica del diario vivir; propuesta abordada en el Curso “Curso pf-6228 Consulta Nutricional Grupal: una opción terapéutica para el manejo nutricional de las ECNT” que forma parte del Programa de Maestría Profesional de Nutrición Clínica en Enfermedades crónicas no Transmisibles de la Universidad de Costa Rica.

La implementación de la consulta grupal conlleva una serie de etapas a través de las cuales se va desarrollando el proceso de atención, las cuales son el encuadre, exploración de la cotidianidad, educación participativa, espacio de discusión, seguidamente la síntesis de lo aprendido y el cierre.

El encuadre es el espacio en “el cual supone fijar como constantes las variables de tiempo y lugar, estipulando ciertas normas que delimitan como la tarea que se va a realizar” (Usobiaga 2005, p. 47). Así se dejen claras las pautas a seguir, pues será la manera en que el grupo conozca la dinámica de la sesión; se debe tener claridad y ser preciso para que no haya oportunidad de que el grupo se desordene y puedan seguir el hilo de la sesión (Usobiaga 2005).

En la exploración de la cotidianidad se indaga sobre las situaciones a las que se enfrenta el participante referentes al tema de la sesión; si algo ha cambiado, si dejó de hacer algo, si existen críticas sobre las experiencias, expectativas, entre otros aspectos, se debe recalcar en la importancia de la interacción social, ya que los seres humanos no viven aislados, si no que forman parte de grupos y están en interacción permanente con otras personas, de ahí la importancia de explorar la cotidianidad, para comprender que pasa con el grupo, fuera de él y que está impactando al sujeto (Rizo,2008).

En el espacio de educación participativa, se busca que el paciente este activo tomando en cuenta, según mencionan Podcamisky y deBeausset en su aporte, que,

“El aprendizaje que se retoma en el trabajo grupal nos remite a entender el mismo como un proceso, una lectura crítica y una apropiación activa de la realidad, de la información que se nos brinda y una constante investigación. Este proceso de

aprendizaje está inscrito dentro de una dinámica de interacción, de relación con otros. Se aprende con el otro, co-pensando. Por tanto, la posibilidad de hacerlo en un proceso grupal nos refiere la noción básica del aprendizaje y el espacio grupal se hace indispensable para completar el mismo. Recibir información no es lo mismo que aprendizaje, pensar en términos de aprendizaje significa reflexionar acerca de esta información incorporándola, cuestionándola, modificándola y dejándose modificar por ésta” (Podcamisky y deBeausset, 1999, p.2).

La etapa de la discusión, también implica interacción. Es el momento característico de los grupos, donde emerge confusión, miedo, dificultades, nuevos conocimientos, es específicamente donde se da el movimiento del grupo, entre avances y retrocesos que están preparando al grupo para llegar al desarrollo de la tarea, para llegar a aquello que se propone como objetivo de la sesión. La discusión es una de las características que definen al grupo y que permite percibir aquello explícito, que es el objetivo con el que llegan los miembros del grupo y todo aquello implícito que es el nivel de resistencia, lo latente que es necesario sacarlo para trabajarlo (Quiroga, 2004,).

La síntesis de lo aprendido; es otra etapa fundamental, donde se espera una participación activa del grupo puntualizando lo que han captado de la sesión y el establecimiento de las metas a alcanzar antes de la siguiente sesión.

Finalmente se establece un cierre, si quedó algún concepto erróneo, la facilitadora lo corrige puntualmente sin dar pie a que inicie la discusión nuevamente, de existir se aclara, seguidamente se les recuerda la siguiente sesión y se cierra la consulta grupal después de un total de dos horas de participación.

Además, en este tipo de consulta se debe de tomar en cuenta la dinámica grupal, las relaciones entre los miembros del grupo y la relación de cada uno de los participantes con los temas desarrollados, para trabajar sobre las actitudes en torno al cambio y los comportamientos que deben empezar a incorporar en sus vidas (Quiroga, 2004). Hay que trabajar con los vínculos que tiene una persona con su entorno, o sea, su manera de relacionarse con el medio, los objetos, sujetos y conceptos que en él se encuentran (Arévalo, 1984).

Cuando se habla de aprendizaje es el sintetizador de tres elementos que son: el sentir, pensar y actuar en el aprendizaje. Pichón (citado por Salvo, 2007) incluye en el proceso del aprender, las ansiedades, los miedos y las angustias, que se dan en la interacción con los objetos; el sentir se relaciona con el momento sensible del conocimiento; el pensar y la conceptualización con el momento lógico, y el actuar con el momento práctico.

Para lograr que el grupo aprenda es importante enfatizar en el vínculo que se cree entre ellos mismos y de ellos hacía el grupo, lo que permitirá la apertura para el compartir su individualismo con el grupo y además, entender de dónde vienen sus relaciones, sus percepciones y sus creencias sobre algún objeto o situación; de esa manera, se creará un acercamiento de cada uno al grupo, que les permitirá crecer en su autonomía, o sea, en su capacidad de tomar decisiones y adherirse a ellas para construir estilos de vida más saludables (Ritterstein 2008).

El aprendizaje será facilitado u obstaculizado según la confrontación entre la apreciación interior y exterior del individuo sea abierta y pueda, con facilidad, relacionarse con los demás y entre todos construir conceptos nuevos, es decir, si el proceso de interacción

funciona se podrá construir de mejor manera de lo que se podría hacer individualmente. La facilitadora es la encargada de lograr esta interacción operativa en el grupo (Mora 2006).

Además, se debe tomar en cuenta que otro obstáculo que se puede presentar a la hora del aprendizaje es el miedo a lo desconocido, el miedo a lo nuevo, que provoca una resistencia en el individuo dificultando la interacción con el objeto de conocimiento, por ende, se hace importante la función del grupo en hacer que el sujeto pierda el miedo y logre este aprendizaje, mediante el apoyo social que genera el vínculo con el grupo (Ritterstein, 2008).

Para entender la dinámica grupal, se deben de tomar en cuenta aspectos importantes que están presentes en el desarrollo de las sesiones, desde lo explícito, ósea las manifestaciones conscientes de los miembros, hasta lo implícito, lo latente lo que no se dice directamente en una sesión. Con esta información el facilitador podrá realizar una interpretación del discurso intentando dar una explicación, para que, a través de esto, se pueda guiar al grupo para que opere hacia el cambio (Inón, 1997).

En la teoría del grupo operativo existen algunos aspectos que permiten visualizar el curso que va tomando el grupo hacia el proceso de cambio, como lo es el cono invertido, que a su vez favorece la facilitación del mismo. Las combinaciones de todos estos vectores grupales darán como resultado el crecimiento del grupo en pro de la tarea. Dentro de estos aspectos se encuentra primero la afiliación que responde a “la capacidad que tienen los miembros de un grupo para identificarse entre sí y con la tarea” (Inón, 1997). Lo debe de secundar la pertenencia. Aquí el grado de identificación es más profundo en este punto se pasa de un “yo” a un “nosotros”, este lleva al grupo a formular estrategias, tácticas y

planificación. Por otro lado, la cooperación es clave en el trabajo grupal, es la capacidad que tiene el grupo de operar con el otro, aportando al otro en colaboración hacia el desarrollo de la tarea de grupo (Iñón, 1997).

Además, en la dinámica grupal se debe de generar pertinencia, que es la capacidad de los integrantes del grupo para centrarse en la tarea, poder mantenerse sobre el mismo objetivo inicial sin desviarse, midiéndose por el grado de productividad y creatividad que se desarrolla en las sesiones. Por otro lado, la comunicación es importante, ya que es la forma de relacionarse entre los sujetos, modos de reaccionar ante el impacto grupal; “Pichón decía que la comunicación es el riel, son las vías de aprendizaje” (Iñón, 1997; pág. 7) y este aprendizaje es la capacidad que tienen los integrantes del grupo para aprender, incorporar la información al mundo interno, permitiendo su modificación, y este cambio interno en el sujeto provocará cambios en su forma de interactuar con el contexto que lo rodea (Iñón, 1997).

Y por último está el TELE que es la disposición de cada uno de los integrantes del grupo para trabajar más unos con otros, que puede manifestarse de dos maneras en positivo o negativo y va a ser en el momento de recuento con el grupo que puede que exista simpatía o antipatía y al largo del proceso un telé negativo o positivo puede modificarse.

Es decir, la dinámica del grupo operativo durante el proceso está trabajando entre todos estos vectores grupales anteriormente mencionados, girando de uno a otro generando la operación y el crecimiento del grupo hacia el fin de resolver la tarea.

La técnica de grupo operativo potencializa la producción grupal para la toma de decisiones y el bordaje de la teoría. Al respecto establece que la técnica se aplica en un conjunto de personas conscientes del objetivo en común que intentan abordar; bajo este enfoque el formador es un coordinador que organiza y dirige el proceso de enseñanza-aprendizaje desde el grupo, con significado (que, para que y como) y con sentido (porque), optimizando los medios y esfuerzos del grupo para lograr el objetivo; y genera en el grupo niveles de consciencia de los contenidos ocultos como temores y ansiedades que pasan a ser discutidos y comentados abiertamente (Mora, 2007).

Etapas de cambio o modelo Transteórico según Proshaska y DiClemente

Cuando se habla de etapas de cambio, existe un modelo que se denomina transteórico, porque identifica momentos en el proceso de cambio basado en diversas teorías (Mayor, 1995).

El modelo transteórico del cambio del comportamiento en salud se consolidó durante los años noventa, como una de las propuestas más innovadoras en el área de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, por las posibilidades que ofrece para planear y ejecutar intervenciones a partir de las características específicas de las poblaciones o grupos a quienes están dirigidas las acciones (Cabrera, 2000). Este modelo propone que típicamente un individuo adopta un comportamiento nuevo pasando a través de seis etapas (Gómez, 2013).

A continuación, se presentan las etapas de cambio propuestas por Proshaska y Di Clemente para el modelo transteórico:

- **Precontemplación:** en esta etapa el participante no tiene intención de cambiar, siente que no debe hacerlo; podría sentirse sin esperanzas y a la defensiva. Unos subgrupos de las personas clasificadas dentro de esta etapa de precontemplación pueden estar allí por falta de información sobre las consecuencias a corto, mediano o largo plazo de su comportamiento; otro subgrupo puede haber tenido intentos previos de cambiar en los cuales fracasaron y ahora esas personas están desmoralizadas en cuanto a su capacidad de hacerlo también pueden estar defensivos, negando que existe un problema (Cabrera, 2000; López, 2008; Prochaska, 1999).
- **Contemplación:** en esta etapa existe mayor conciencia sobre la necesidad de cambio, tienen la intención de cambiar en los próximos 6 meses, la persona está más abierta a la retroalimentación, piensa sobre el cambio, pero sin tomar acción, porque aún se encuentra indeciso, no está listo para comprometerse con el cambio (Cabrera, 2000; López, 2008; Prochaska, 1999).
- **Preparación:** existe una decisión de actuar, es la etapa en la que las personas ya toman una decisión de cambio y tienen un compromiso propio para hacerlo; realizan pequeños cambios preparándose para cambiar en el futuro inmediato, regularmente los próximos 30 días (Cabrera, 2000; López, 2008; Prochaska, 1999).
- **Acción:** la acción es la etapa en la que las personas realizan cambios objetivos, medibles y exteriorizados de su comportamiento, regularmente dentro de un

período de tiempo que varía de uno a seis meses. Puesto que la etapa de acción es realmente observable, el cambio del comportamiento ha sido histórica y simplísimamente equiparado a la acción a pesar de que, como se describe aquí, es sólo una de las seis etapas del cambio. En general, las personas en esta etapa tienen una valoración muy grande de los pros de cambiar y demuestran un nivel mayor de autoeficacia (Cabrera, 2000; López, 2008; Prochaska, 1999).

- **Mantenimiento:** el mantenimiento se caracteriza por la estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es un período de, por lo menos, seis meses después del cambio observable, en el que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída, usando una variada y específica serie de procesos de cambio. En esta etapa, las personas tienen cada vez menos tentación por volver al comportamiento modificado y aumentan progresivamente su autoconfianza para mantener el cambio en su comportamiento (Cabrera, 2000; López, 2008; Prochaska, 1999).
- **Recaída:** en todo proceso de cambio está la posibilidad de la recaída, ya que esto consiste en regresar a algún comportamiento anterior de los que se intentan cambiar, es importante tomar en cuenta que esto puede ocurrir en cualquiera de las etapas (Cabrera, 2000; López, 2008; Prochaska, 1999).

Es de suma importancia conocer la etapa en donde se encuentra el participante no solo al inicio, si no durante el proceso, y con esta herramienta poder descubrir cómo trabajar con esta persona para que avance si debe de hacerlo, se mantenga, o si existe un retroceso cómo ayudar para que regrese al camino. Para lograr trabajar el cambio en una persona se debe ir

más allá del deseo de cambiar, se debe trabajar la importancia, porque mientras esta persona no entienda e interiorice la importancia que conlleva este cambio en su vida, será muy difícil que tome una decisión firme a actuar. De la misma manera se debe trabajar sobre la autoeficacia, que tiene que ver con cuanto la persona está convencida de su capacidad de cambiar, siendo la importancia y la autoeficacia componentes importantes de la motivación para el cambio.

Autocuidado

Cuando se habla del tema salud y enfermedad, se involucran muchos aspectos, entre ellos las prácticas cotidianas que realizan las personas, las cuales darán como resultado un estado de salud adecuado o bien, uno deficiente. Dentro de estas prácticas se engloba el concepto de autocuidado que hace referencia a las destrezas o actividades aprendidas por el individuo y orientadas hacia el objetivo de cuidar de su propia persona. Estas acciones aprendidas a lo largo de la vida incluyen alimentación, manejo del estrés, relaciones sociales, resolución de problemas interpersonales, ejercicio, actividad física, autocontrol, uso de medicamentos, seguimiento de las prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreaciones, manejo del tiempo libre, maneras de comunicación y adaptaciones favorables a los cambios con el contexto (Escobar, Franco, Duque, 2011).

1. Factores internos y externos que influyen en el autocuidado

Todas las situaciones concretas que se presentan en la vida cotidiana y que un individuo dirige hacia sí mismo o al entorno tomando decisiones, para regular o mantener los componentes que afectan a su desarrollo, su salud y su bienestar. Al ser el autocuidado un factor individual, va a comprender aspectos importantes como el conocimiento de cada persona, ya que la comprensión que se tenga de sí mismo determinará, en su mayoría, las decisiones que se tomen a diario referentes al cuidado de la salud (Prado, González, Romero, 2014).

Las decisiones, a su vez, se condicionan por la voluntad y “es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una clave para la acción diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos” (Tabón, 2015, p. 7).

De los autores citados anteriormente, se concluye que el autoconcepto es un conjunto de ideas, pensamientos o creencias hacia sí mismo; se ve relacionado directamente con la autoestima, que es la valoración propia y, por último, involucra la autodeterminación, la cual es la herramienta para la toma de decisiones referente a cualquier aspecto del ser humano. Estos tres componentes internos: el autoconcepto, la autoestima y la autodeterminación, son de suma importancia para que una persona tenga una autoevaluación positiva y garantizar así que ocurra el proceso de autocuidado.

La clave para motivar a la acción es el acontecimiento, el sentimiento o el deseo que mueve a que una persona decida hacer algo nuevo para modificar o establecer hábitos; puede

ser motivada por un disparador hacia el cambio que para todas las personas es diferente, porque va a depender de sus situaciones, de sus conocimientos, de lo que quieren cambiar y qué tan dispuestos están para ese cambio (Tabón, 2015).

Por otra parte, no se puede dejar de lado la actitud, que es el “resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada” (Tabón, 2015), la cual se ve afectada por la formación que ha tenido las personas y que es de suma importancia cuando se quiere impulsar un cambio e incorporar el autocuidado.

Otro aspecto determinante en el autocuidado son los hábitos, los cuales comprenden todas esas acciones diarias, realizadas repetidamente, que reflejan parte de la realidad de un individuo y que, tomando en cuenta todos los aspectos antes mencionados, van a reflejar autocuidado o lo contrario, pues cada una de las decisiones que se tomen en la vida dependerá de la configuración de cada persona y de la actitud con que se enfrente el diario vivir.

Aparte de esos factores internos que influyen en el autocuidado de las personas, existen los factores externos que pueden ser un gran refuerzo o, en ciertos casos, un impedimento para la realización de este y corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social (Tabón 2005).

Los conocimientos que tienen las personas, los han aprendido por medio de las experiencias acumuladas a lo largo de la vida y, además, esos conocimientos se han repetido por generaciones, siendo la sociedad la que se encarga de crear reforzamientos de los conocimientos y de los comportamientos aprendidos, provocando que las personas creen su

propia forma de ver las situaciones, de asimilarlas, de interpretarlas y de aplicarlas a sus vidas. Esto además los lleva a tener un concepto de su autocuidado limitado o extenso (Tabón 2005, p.8).

Por lo tanto, para que ocurra un proceso de autocuidado y adherencia al tratamiento es necesario que la persona además de adquirir los conocimientos sobre su enfermedad y el tratamiento, revise sus percepciones, interpretaciones de sus experiencias, su confianza en su capacidad de cambio, para permitirle desarrollar las herramientas necesarias para mejorar su salud.

Según mencionan Achury, Sepúlveda, y Rodríguez (2009), en su estudio orientado a evaluar el autocuidado de personas con hipertensión, las capacidades fundamentales y la disposición hacia el autocuidado son consideradas habilidades básicas del individuo, estas incluyen también la percepción, la memoria y la orientación.

Además, se tiene el componente de poder lograr un cambio que en este caso se determina por la autoeficacia, que se basa en la creencia en su capacidad de poder cambiar; ósea, su posibilidad de realizar las acciones que impulsan al individuo a autocuidarse, por lo tanto, se requiere la motivación, adquisición de conocimientos, el estímulo para ordenar acciones de autocuidado y capacidad de integración del autocuidado en su vida familiar y comunitaria.

III. Objetivos

A. Objetivo general

Diseñar e implementar un programa de consulta grupal y evaluar su efecto en hombres con diagnóstico de exceso de peso, en edades entre los 25 y 59 años, que asisten al Instituto WEM, en el año 2018.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas y antropométricas de la población en estudio.
2. Identificar los conocimientos que tienen los participantes sobre causas y consecuencias del exceso de peso, prácticas sobre alimentación y actividad física.
3. Diseñar e implementar una estrategia de atención nutricional de consulta grupal dirigida a hombres con exceso de peso.
4. Identificar las prácticas de autocuidado del grupo en estudio antes y después de la aplicación de la consulta nutricional propuesta.
5. Identificar la etapa de cambio en que se encuentran los participantes al inicio y al final de la aplicación de la consulta grupal.
6. Evaluar los alcances de la estrategia de atención nutricional con consulta grupal, con respecto a cambios de estado nutricional, conocimientos, prácticas de alimentación, actividad física, autocuidado y estadio de cambio en la población en estudio.

IV. Metodología del proyecto

A. Ubicación geográfica

El proyecto se realizó en el Instituto Costarricense de la Masculinidad, Pareja y Sexualidad (WEM), con un grupo de hombres de la sede de WEM Heredia, en colaboración de la Universidad Nacional, quienes, en calidad de préstamo, facilitaron las aulas de la biblioteca de dicha Universidad, para llevar acabo semanalmente cada una de las reuniones.

El Instituto WEM es una asociación sin fines de lucro que surge a finales del 1999, como un grupo de voluntariado para trabajar los temas de género, masculinidad, sexualidad y pareja. Su personería jurídica es 3-002-361431, inscrita en la Sección de Asociaciones del Registro Público.

WEM es un vocablo del grupo indígena costarricense Bribri, que significa “hombre” y a lo largo de los años, esta asociación se ha ido consolidando como una organización que trabaja la temática de género principalmente con población masculina, en temas como violencia, equidad de género, promoción de nuevas masculinidades, paternidad y sexualidad.

B. Caracterización de la población meta

La población participante de esta investigación fueron 15 hombres adultos con edades entre los 25 y los 59 años, que asisten al Instituto WEM, sede en Heredia.

Los criterios de inclusión para participar en dicho proyecto fueron hombres con diagnóstico de exceso de peso, con un IMC dentro de los rangos 25 kg/m² y 34,9 kg/m², circunferencia de cintura \geq 102 cm, con edades entre los 25 y 59 años, que asisten al instituto WEM y que sepan leer y escribir.

Además, los participantes deben desear por libre y espontánea decisión, ser parte de la consulta grupal después de haber recibido toda la información acerca de lo que se trata el proyecto. Por otro lado, los criterios de exclusión fueron pacientes con diagnóstico de diabetes, enfermedad coronaria, enfermedad renal o cáncer.

Se inició trabajando con un grupo de 15 pacientes, los cuales participaron en la consulta nutricional grupal una vez por semana, por un periodo de tres meses.

Aval de las autoridades correspondientes de la institución donde se desarrolló el proyecto

El Instituto Costarricense para la Educación e Investigación de la Masculinidad y Sexualidad (WEM), cuenta con un programa de salud masculina impartido por el Lic. Dennis Redondo, quien es el representante del instituto ante este proyecto. Se contó con el aval de los representantes de la institución para realizar el proyecto en dicha institución (Anexo 1).

Características a estudiar en la población meta

Para la elaboración de esta propuesta, se plantearon las siguientes las variables cuantitativas:

- Perfil sociodemográfico: se refiere a las características propias de la población en estudio, dentro de las cuales se incluyen: estado civil, edad, ocupación y nivel educativo, número de miembros de la familia.
- Evaluación antropométrica: conjunto de mediciones corporales mediante las cuales se determina en parte el estado nutricional de un individuo como, por ejemplo: peso, talla, IMC, porcentaje de grasa y circunferencia abdominal.
- Conocimientos sobre exceso de peso: se refiere a la información que manejan los participantes sobre el exceso de peso, las causas y las consecuencias del mismo.
- Prácticas de alimentación: acciones cotidianas relacionadas con la alimentación que realizan los participantes y que inciden en el exceso de peso o su manera de controlarlo.

- Prácticas de ejercicio físico: tareas dirigidas a la realización de algún tipo de actividad que permita al individuo mantenerse físicamente activo.

Además de las variables cuantitativas, se evaluaron categorías de análisis, que es la parte cualitativa de este proyecto, según se detalla a continuación:

- Capacidad de autocuidado: destrezas o habilidades que demuestran los participantes para controlar los factores internos y externos que pueden comprometer su vida y su desarrollo, son conductas que debe realizar la persona para beneficio de sí misma.
- Etapa de cambio: se propone utilizar la teoría de cambio propuesta por Proshaska y Di Clemente, modelo que se utiliza para entender cómo impulsar el cambio; esta teoría propone que se progresa a través de seis etapas según se incorpora un nuevo comportamiento, actitud o destreza en la vida. Con esto, se identifica en qué etapa de cambio se encuentra la persona y así se puede trabajar para avanzar. Las etapas que constituyen este modelo son: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, y recaída.

A través de la observación y del análisis de los registros tomados en cada sesión, se evaluaron las actitudes hacia el cambio, el grado de motivación y las percepciones sobre el autocuidado de los participantes en el proceso, con el fin de lograr hacer una comparación durante y final de la intervención.

Descripción de procedimientos para la ejecución de actividades con sus respectivas técnicas de abordaje

Para lograr implementar la estrategia de consulta grupal, se realizó una convocatoria abierta a todos los hombres que asisten al Instituto WEM, sede Heredia de los cuales se anotaron veintidós participantes, pero asistieron a la primera sesión únicamente catorce hombres en edades entre los 25 y 59; la convocatoria se llevó a cabo por medio de anuncios que realizaron los psicólogos en las sesiones grupales de WEM.

Se conversó con la encargada de las salas de audiovisuales de la Universidad Nacional (UNA), para solicitar la colaboración del espacio físico para realizar las sesiones, por medio de este contacto se apartaron las salas de sesiones en la biblioteca de la UNA, en cada sesión se adaptó el espacio de la manera que se logró la dinámica grupal.

- **Objetivo #1:** Identificar las características sociodemográficas y antropométricas de la población en estudio.

Este objetivo se llevó a cabo mediante la aplicación de una entrevista individual semiestructurada. Dicho instrumento denominado anamnesis nutricional, estaba constituido por dos apartados; en el primero se incluyen las preguntas que recopilan información con respecto a los datos sociodemográficos; y en la segunda parte se registraban las mediciones antropométricas incluyendo talla, peso, porcentaje de grasa, circunferencia de cintura y se sacó la relación IMC con los datos obtenidos. Estas mediciones se registraron en el apartado segundo del instrumento (Anexo 2).

La entrevista fue realizada en la sesión inicial del proceso de consulta nutricional grupal, dispuesta según el cronograma para realizar el diagnóstico de los participantes. Se realizó

una introducción y explicación del proyecto, llenado del consentimiento informado y seguidamente se iba entrevistando uno a uno los participantes, al mismo tiempo los que no estaban en la entrevista iban llenando parte del formulario que se podía hacer de manera individual. Con respecto a las mediciones antropométricas las mismas se realizaron según lo indicado a continuación:

- Medición de la estatura: se usó un tallímetro estacionario marca Seca y la técnica a utilizar será de pie con los talones juntos, cuidando que el mentón se ubique recogido, de manera que el borde inferior de la cavidad orbitaria se encuentre en línea horizontal con la parte superior del trago de la oreja, lo que se conoce como el plano de Frankfurt.
- Medición del peso: se aplicó una medición utilizando una balanza marca OMRON modelo HBF-514, el sujeto permanece de pie inmóvil en el centro de la plataforma con el peso del cuerpo distribuido entre ambos pies.
- Porcentaje de grasa: se utilizó una balanza con biopedancia marca OMRON HBF-514 y se utilizó la técnica recomendada por el fabricante, además del protocolo de medición (Anexo 3).
- Índice de masa corporal (IMC): con los datos obtenidos en la medición de peso y talla, se aplicó la fórmula recomendada para el IMC: $\text{kg}/ (\text{talla})^2$. Para su interpretación se utilizó referencia de IMC de la OMS (Anexo 4).

- Circunferencia de cintura: se utilizó una cinta métrica que permitió medir la circunferencia de cintura y así poder clasificarla como riesgo cardiovascular o no, siendo riesgo cardiovascular en hombres una circunferencia mayor a 102 cm (Anexo 5).

Todas las mediciones se realizaron en tres ocasiones con la finalidad de buscar precisión; a partir de las mismas se sacó un promedio.

- Objetivo #2: Identificar los conocimientos que tienen las participantes sobre causas y consecuencias del exceso de peso y prácticas relacionadas con alimentación y actividad física.

Para evaluar los conocimientos sobre causas y consecuencias del exceso de peso, se elaboró un cuestionario, que fue aplicado también en la sesión inicial de diagnóstico.

El cuestionario incluyó preguntas de selección única y de respuesta breve. Cada pregunta tuvo asignado un puntaje, con lo cual al final se obtuvo una calificación con el fin de poder cuantificar el conocimiento adquirido antes y después del proceso, dicha clasificación y puntuación se detalla en el instructivo de dicho cuestionario (Anexo 6).

El cuestionario cuenta con un total de 35 preguntas, divididas en tres temas principales: conocimientos sobre el exceso de peso, prácticas en alimentación y prácticas en actividad física. Para completar el cuestionario la facilitadora iba leyendo cada pregunta, aclarando dudas, pero teniendo el cuidado de no inducir las respuestas y dando el tiempo prudencial para que el participante anote su respuesta en los formularios entregados previamente (Anexo 7).

- Objetivo #3: Diseñar e implementar una estrategia de atención nutricional de consulta grupal dirigida a hombres con exceso de peso.

El desarrollo de esta estrategia de consulta nutricional grupal, dirigida al control de peso y la obesidad, se planificó a partir de la experiencia de la profesional en nutrición y a la información generada en el diagnóstico. En primera instancia se estableció el número, duración y horario de las sesiones a realizar, y se planteó la propuesta inicial de los temas, entre los que se incluyeron conceptos de sobrepeso y obesidad, sus consecuencias y tratamiento; alimentación saludable, tomando en cuenta las cantidades y la calidad de alimentos que se deben de consumir, importancia del ejercicio físico, concepto del autocuidado, entre otros. El abordaje final de cada tema se fue concretando a partir del análisis cruzado entre observador, sustentante y tutoras según la necesidad, comportamiento y avance del grupo identificados después de cada sesión.

En total se realizaron once sesiones, de las cuales la primera y la última sesión fueron destinadas a realizar el diagnóstico y la evaluación final, respectivamente.

La implementación de las sesiones, tomó como base la metodología de consulta nutricional grupal propuesta por la Dra. Indira deBeausset. Se distribuyeron las dos horas destinadas para cada sesión de la siguiente manera: el encuadre 10 minutos; exploración de lo cotidiano 15 minutos, educación participativa 40 minutos; discusión 45 minutos; y el cierre 10 minutos, para un total de 120 min.

Para realizar la programación de cada una de las sesiones se utilizó la matriz educativa, facilitada en el curso de consulta nutricional grupal coordinado por la Dra. Indira deBeausset en la Maestría Clínica Profesional de las enfermedades crónicas no transmisibles de la Universidad de Costa Rica (Anexo 8). Esta herramienta permitió establecer para cada sesión, los objetivos de aprendizajes esperados, los contenidos a desarrollar, las actividades a realizar y los materiales requeridos.

Con respecto al abordaje dietoterapéutico, se utilizó la información de la entrevista inicial, mediante la evaluación nutricional (antropometría, clínica, dietética), a partir de esta información se determinó el objetivo terapéutico individual para cada uno de los participantes, se estableció un diagnóstico nutricional, requerimiento energético total, restricción calórica, prescripción calórica y como consecuencia se elaboró un plan de alimentación nutricional para el abordaje terapéutico.

Las técnicas didácticas utilizadas en el desarrollo de las sesiones se centraron, en el aprendizaje por medio de la demostración utilizando simulación por ejemplo de elaboración de plan de alimentación, o selección de productos en el supermercado, métodos de cocción fáciles, además se puso en práctica la técnica Philips 66 la cual consiste en dividir un grupo grande en subgrupos, dar un tiempo prudencial para discusión y llegar a una conclusión que se compartirá en grupo al final, en todas las sesiones se buscó la participación activa del total de los participantes.

En cada una de las sesiones se contó con un observador, quien estuvo presente para tomar nota textual de todo lo hablado, los gestos, movimientos y actitudes que presentó el grupo o ciertos participantes. Todas estas anotaciones quedaron registradas en una bitácora, la cual sirvió para realizar el análisis final, dando pautas o señales del comportamiento del grupo, de sus necesidades, de avances, de retrocesos, barreras, motivaciones y resistencias (Anexo 9).

La facilitadora tuvo acceso al registro del observador y, además, llevó una bitácora del análisis de las sesiones y de las decisiones que se tomaron para el siguiente encuentro (Anexo 10).

A continuación, se presenta la programación de las sesiones realizadas en la consulta nutricional grupal.

Tabla 1

Sesiones según fecha y temas abordados en un grupo de hombres con exceso de peso que asisten al instituto WEM, 2018.

Sesión	Fecha	Tema
1	5-mayo	Introducción al proyecto, llenado de consentimiento informado, formularios y toma de mediciones antropométricas
2	12-mayo	Sobrepeso, obesidad, importancia de tener estilos de vida saludable
3	19-mayo	Grupos de alimentos con base al plato de alimentación saludable
4	26- mayo	Entrega de plan de alimentación individualizado y se da toda la explicación de cómo llevarlo a cabo, con dinámicas
5	2-junio	Autoconfianza para cumplir metas
6	9-junio	Importancia de hacer ejercicio físico
7	16-junio	Aprender a leer etiquetas, selección inteligente de productos en el supermercado
8	23-junio	Autocuidado
9	30-junio	Métodos de cocción fáciles
10	7 julio	Juegos de conocimientos
11	14-julio	Evaluaciones antropométricas, completar formularios conocimientos prácticas y etapa de cambio.

Elaboración propia

Al cierre de cada una de las sesiones, se hizo un análisis con la finalidad de entender la dinámica del grupo y como resultado, encontrar emergentes que dieron las pautas de las necesidades propias de los participantes, para ir fomentando la construcción del conocimiento y la motivación, a través de la planificación de la educación, y las actividades a desarrollar.

- Objetivo #4 Identificar las prácticas de autocuidado de los participantes antes y después de la aplicación de la consulta nutricional.

Para identificar las percepciones sobre el autocuidado, se utilizó la técnica de análisis del discurso, la cual según Pedro Santander 2011, en “lingüística se trata de un movimiento que en su origen dice relación con la necesidad de estudiar el lenguaje en uso, es decir, emisiones realmente expresadas por los hablantes, superando el principio de inmanencia tan propio de la lingüística saussuriana, interesada en el sistema formal del lenguaje (llamado lengua), antes que en su uso real (el habla). A ello se suma la valoración de lo que Verón (1998) y otros autores de la llamada segunda semiología denominan la materialidad de los signos, o sea, los efectos sobre la realidad social que tienen los discursos” (Santander, 2011).

La información de cada sesión se registró en una plantilla, que llenó la facilitadora, y dicho instrumento contempló los componentes del autocuidado.

Durante todo el proceso, en cada sesión, se registró en la plantilla la información para cada uno de los participantes según la lectura del discurso realizada por la facilitadora, con triangulación con el observador y con las tutoras.

En la primera columna apareció la actitud hacia el cambio la cual fue clasificada como en positiva o negativa. A través de la observación sobre el desenvolvimiento del

participante, se identificó si en esa sesión específica el participante tuvo alguna de las dos actitudes, para lo cual se marcó con una “x” la casilla correspondiente de la plantilla. Aunado a ellos en otra página se registró el comentario o la actitud del paciente que hizo que se clasificará de ésta manera junto con la referencia a la página del registro en que aparece dicho comentario (Anexo 11).

En la segunda columna se encuentra la motivación. A partir de los comentarios realizados, sus deseos de aprender, o por comentarios que muestra apatía o desinterés, se indicó en la casilla correspondiente si se observó al paciente motivado o no, y de igual manera que en el caso anterior, existe una hoja de registro donde se recopiló las evidencias para respaldar la clasificación asignada.

En la tercera columna se evaluó la autoestima, a través de los comentarios que realizan los participantes sobre la percepción de sí mismos, esta casilla es sumamente importante porque va a reflejar el cómo se sintió consigo mismo el paciente durante cada semana.

En la última columna se registraron, las barreras que presenta cada participante y también los facilitadores que le permitieron corregir esa barrera y si tomó una decisión firme de cambiar, aspectos que permitieron identificar la autodeterminación. Lo anterior se registró a través de los datos del observador y la facilitadora.

Seguidamente, se hizo la comparación de la información, dejando observar el comportamiento de los participantes referentes a la capacidad de autocuidado a lo largo del

proyecto, y determinando cuántos de ellos presentaron un cambio en su autocuidado, si fue la mayoría, o si fueron pocos.

Los registros también sirvieron para analizar con el observador después de cada sesión cuán bien la facilitadora (autocritica) logró reconocer lo latente, lo que los participantes traían a cada sesión como sus necesidades de cambio, así como las emociones que esto representaron para ellos, además si se logró explicar bien los temas en la sesión de educación participativa, si permitió y guó bien la discusión hacía la construcción. Por último, permitió saber si el trabajo grupal facilitó el cambio o no.

- Objetivo #5. Identificar la etapa de cambio en que se encuentran los participantes al inicio y al final de la aplicación de la consulta grupal.

Para lograr este objetivo, se utilizó el instrumento titulado, “Cuestionario sobre etapas de cambio de estilos de vida de los funcionarios del área de salud Goicochea 2”, elaborado por la M.Sc. Guiselle Zúñiga en su proyecto de graduación (Anexo 12). Este se aplicó en la primera consulta individual de cada participante y en la última sesión grupal, se analizaron las respuestas para determinar la etapa de cambio en la que se situó la persona en el momento del llenado de la información y se comparó su estadio inicial con el final. Además, la posición inicial y final de cada persona se comparó con su progresión en actitud y autocuidado durante las sesiones (Anexo 11).

La etapa de cambio para cada participante, se evaluó tanto desde la percepción de sí mismos por medio del cuestionario de etapas de cambio que llenaron al inicio y al final de la investigación, así como desde la percepción del facilitador mediante el análisis del

discurso registrado durante las sesiones. Con esta información se determinó cuántos de los participantes cambiaron de etapa, cuántos cambiaron prácticas en alimentación o ejercicio físico, o lo contrario si no cambiaron para generar una hipótesis de las posibles causas que lo motivaron.

- Objetivo # 6. Evaluar los alcances de la estrategia de atención nutricional con consulta grupal con respecto a cambios de estado nutricional, conocimientos, prácticas de alimentación, actividad física, autocuidado y estadio de cambio en la población en estudio.

Referente a la evaluación antropométrica, en la sesión final se realizaron nuevamente las mediciones antropométricas de la sesión diagnóstica y a partir de la información recolectada se realizó la comparación con las mediciones registradas para los participantes al inicio del proceso para poder evaluar si se lograron los cambios en los parámetros antropométricos de los participantes a través de la intervención.

Con respecto a los conocimientos sobre exceso de peso, alimentación, prácticas sobre alimentación y actividad física, se aplicó en la última sesión el mismo instrumento utilizado en el diagnóstico, lo que permitió realizar una comparación entre los conocimientos iniciales y finales de los participantes a partir del puntaje establecido para cuantificar estos conocimientos.

Referente al autocuidado, mediante el diálogo de las personas se analizó el discurso, recopilando datos por medio del registro que llevó el observador y las anotaciones realizadas por la facilitadora, realizando al final de cada sesión un análisis de esta información que permitió evidenciar en el participante, cambios en su capacidad de autocuidado según fueron

avanzando las sesiones y que impacto tuvieron las sesiones para influir en el avance de los participantes.

Todas estas mediciones se utilizaron para determinar si los cambios en los pacientes fueron verdaderamente fuertes como para asegurar que la consulta grupal fue una estrategia positiva a utilizar con este grupo de pacientes. Además, se realizó una comparación de los resultados con lo reportado en la literatura y analizando las motivaciones se pudo realizar un pronóstico de cuán sostenibles serán a largo plazo.

A pesar de que en la propuesta del proyecto de graduación inicial no se estableció realizar seguimiento a los pacientes, al finalizar la última sesión los participantes solicitaron un seguimiento para monitorear el mantenimiento de sus avances, por lo cual la sustentante consideró éticamente responsable concederles esta oportunidad. Se realizaron tres sesiones de seguimiento con una duración de dos horas cada una, a estas sesiones de seguimiento asistieron seis, siete y trece participantes respectivamente, a los cuales se les realizó una evaluación antropométrica en cada sesión. Dado que el trabajo se realizó y los datos fueron muy pertinentes a la investigación, se incluyeron los resultados en un apartado de seguimiento.

Análisis de la información

Para la etapa de análisis se creó una base de datos digital utilizando el programa Excel® que permitió incorporar, todas las variables con sus categorías para facilitar el análisis de la información, dicho análisis se realizó según las variables y dimensiones de cada objetivo específico.

Referente a las variables sobre el perfil sociodemográfico, se realizó un análisis cuantitativo con una técnica descriptiva. Toda la información necesaria, se recopiló del formulario que se utilizó para tener una descripción del grupo, para saber cuán homogéneo o heterogéneo es éste, mediante análisis de distribución de frecuencias agrupándolos de manera que permitió conocer cuántos de los participantes se encontraban en las categorías determinadas para cada variable.

Las variables nominales de conocimiento sobre exceso de peso, sus causas y consecuencias, conocimiento y prácticas en alimentación además de prácticas en ejercicio físico, se evaluaron por medio de un instrumento que se aplicó en la primera y última sesión grupal, la información obtenida se tabuló en una base de datos en el programa Excel que permitió obtener una frecuencia de las categorías, para realizar una comparación descriptiva, y así poder observar que sucedió con el participante referente a estas tres variables, desde el inicio y al final del proyecto (Anexo 6).

En cuanto a la capacidad de autocuidado, se analizó a nivel cualitativo a través del análisis del discurso de los participantes en cada sesión, lo que permitió monitorear su

comportamiento a través del proceso. De antemano, fueron identificados aspectos sobresalientes e importantes en el autocuidado y las anotaciones de las sesiones fueron comparadas con este listado, aproximándose a una lista de cotejo, permitió la descripción y comprensión del proceso de cambio de los participantes.

Las etapas de cambio, se analizaron mediante un instrumento denominado “Cuestionario sobre etapas de cambio de estilos de vida de los funcionarios del área de salud Goicochea 2” (Zuñiga, 2014), que se aplicó en la primera consulta y en la última sesión grupal, Las categorías de análisis se tabularon en una base de datos programa Excel, y a través de una frecuencia se pudo realizar la comparación individual del avance o retroceso, de igual manera se realizó una comparación grupal de cómo inició la mayoría del grupo y cómo finalizó.

Recursos humanos, materiales y financieros

Tabla 2

Descripción de recurso material y financiero que se utilizó para llevar a cabo el proyecto

Descripción	Cantidad (Unidad)	Costo por unidad (COLONES)	Costo Total
Equipo	1	¢48.500	¢48.500
Balanza digital marca Omrom			
Tallímetro marca seca	1	¢95.000	¢95.000
Cinta métrica	1	¢16.500	¢16.500
Computadora	1	¢265000	¢265000
Impresora	1	¢20500	¢20500
Materiales para desarrollo consulta			
Cartulinas	5	¢200	¢1.000
Marcadores	8	¢450	¢3600
Modelos de alimentos	16	¢7.468	¢119488
Cartuchos de tinta	4	¢26.200	¢104800
Hojas de color	20	¢55	¢1100
Masking	2	¢500	¢1000
Ampo	2	¢2.100	¢4200
Transporte gasolina	10 sesiones	¢4000	¢40000
Total			¢720688

Elaboración propia

Tabla 3

Recurso humano destinado la elaboración ejecución y recopilación de resultados te el proceso

Descripción	Cantidad (horas)	Costo por hora (colones)	Costo total (colones)
Recurso humano			
Nutricionista	160	¢25.000	¢4.000.000
Observador	22	¢25.000	¢550000
Total			¢9.950.000

Elaboración propia

Consideraciones éticas

Esta investigación se realizó como requisito para cumplir con el Programa del Plan de estudios de la Maestría Profesional en Nutrición Clínica de enfermedades crónicas no trasmisibles. No existe ningún conflicto de interés en la investigación que se propone, más que contribuir con la producción de nuevo conocimiento que pueda favorecer al bienestar de la población.

1. Potenciales vulnerabilidades de las personas participantes

Se trabajó con hombres adultos con exceso de peso y con problemas referentes a conductas machistas, manejo del enojo, problemas con familiares, compañeros de trabajo, amigos, celos, estrés, frustración, identidad como hombres y adolescentes, condiciones que los convierten en población vulnerable en lo que se refiere a su estado de salud.

2. *Medidas de protección*

Los participantes se trataron con absoluto respeto y su confidencialidad será resguardada. Se establecieron claramente las reglas del grupo desde el inicio, para que existió el respeto y discreción de la información compartida entre los participantes. A todos los participantes se les solicitó como parte de las reglas, guardar en absoluta confidencialidad lo que se trató en el grupo. Para lograr este objetivo se llenó y firmó un consentimiento informado (Anexo #13).

Se cuenta con profesionales en Psicología encargados de dar contención o apoyo psicológico en caso necesario, para ese fin se tuvo la presencia del Licenciado Dennis Redondo.

3. *Relación riesgo/beneficio*

Los riesgos de participación en las mediciones del estudio fueron mínimos. Los participantes pudieron experimentar cierta vergüenza relacionada con responder algunas preguntas sobre su estado emocional o dieta, hábitos alimentarios, así como, durante las mediciones de su peso corporal, altura y circunferencia de cintura. Además, asistir a las sesiones de grupo pudo representar cierta incomodidad con los otros participantes porque el enfoque seleccionado implica compartir experiencias con los otros miembros del grupo. Ningún participante fue obligado a revelar más de los que él estuvo dispuesto a decir en el grupo.

Los participantes recibieron sesiones grupales que promueven la buena nutrición, la actividad física y el empoderamiento psicológico, beneficiándolos de muchas maneras, tales como mejorar el estado nutricional, la autoestima y su calidad de vida. Ser parte de un grupo puede representar un apoyo importante para que estos hombres mejoraran y reconocieran la importancia de cuidar su salud y realizar prácticas en este sentido.

4. Medidas para proteger la información de los participantes, divulgación de los hallazgos

La tesista es quien resguarda los datos de la investigación ya que se utilizaron en el análisis de la información. Los participantes fueron reconocidos mediante un número de identificación y no hay nombres que vinculan a los participantes con los datos que se guardaron en los documentos. EL observador tuvo una participación activa, bajo el compromiso de guardar confidencialidad de la información. Además, los participantes se comprometieron a guardar absoluta confidencialidad de los aspectos abordados en el grupo.

Los resultados obtenidos solo serán presentados como parte del informe final de TFIA, y se va a retroalimentar a los participantes, quienes autorizan utilizar los datos solamente para fines académicos.

Los participantes accedieron a que esta investigación pueda ser publicada a futuro con el fin de trasladar la experiencia a otros colegas como apoyo a los tratamientos, siempre y cuando se dé un manejo anónimo a sus datos.

V. Resultados y discusión

En el siguiente capítulo se detallarán los resultados más destacados de la investigación, los cuales evidencian el cambio en un grupo de 14 hombres que participaron de 11 sesiones de consulta nutricional grupal para bajar de peso, modificar hábitos saludables y asumir el autocuidado, realizadas en un lapso de tres meses con una frecuencia de una vez por semana.

Al realizar la convocatoria se anotaron veintidós participantes de los cuales catorce se presentaron en la primera sesión.

El paciente número cinco logró llegar hasta la sesión número cuatro, cuando por motivos de trabajo fue trasladado fuera de la gran área metropolitana por lo que impidió finalizar el proyecto.

A partir de la sesión número seis, se integra un nuevo participante identificado con el número quince, lo anterior debido a que los compañeros del WEM le comentaron que estaban participando de un programa muy bueno a nivel nutricional, y le recomendaron ingresar porque le podía ayudar con su salud. Por insistencia de los compañeros de grupo se le permitió ingresar y se logró poner al día con los temas que se habían tratado previamente.

El paciente identificado con el número uno, participó de seis sesiones, pero al final del estudio no quiso realizar la evaluación antropométrica, ya que refirió no sentirse emocionalmente preparado para saber si hubo un cambio en la antropometría, ya que él consideró no haber realizado los cambios suficientes para que esto fuese positivo, lo que se

le respeta y aunque no se tomó en cuenta en el análisis de resultados cuantitativos, se tomará en cuenta para lo cualitativo porque fue un miembro presente en el grupo.

Dentro de los aspectos importantes a mencionar es que todos los participantes son hombres que asisten al Instituto WEM, donde se utiliza una metodología de discusión en grupo, lo que permite que se encuentren sensibilizados ante la dinámica grupal. Sin embargo, no todos los participantes se conocían de antemano ya que asisten a distintas sesiones y horarios en el Instituto WEM.

La dinámica de la consulta grupal se ejecutó en un total de once sesiones, se abarcaron temas de sobrepeso, obesidad, importancia de tener un estilo de vida saludable, grupos de alimentos con base al plato de alimentación saludable, plan de alimentación, autoconfianza para cumplir metas, importancia de hacer ejercicio físico, aprender a leer etiquetas para una selección inteligente en el supermercado, autocuidado, métodos de cocción fáciles, evaluación de conocimientos.

En los procesos de intervención grupal, uno de los aspectos fundamentales para lograr éxito de los participantes es la constancia de su participación, con respecto a la asistencia se puede mencionar que, del total de catorce participantes, once de ellos asistieron a ocho o más sesiones, siendo una buena asistencia, ya que se presentaron en la mayor parte del proceso, augurándose tener una buena presencia que les permitió tener una mayor oportunidad de aprender, ya que para que el proceso de enseñanza y aprendizaje sea eficaz, los pacientes deben de tener participación en un número de sesiones que les permita

concientizar sobre su condición, profundizarla e interiorizarla y por último desarrollar las estrategias que les permitan accionar hacia el cambio.

A continuación, la tabla 4, representa las sesiones asistidas por el total de participantes, y demuestra a cuáles sesiones estuvieron ausentes, es importante mencionar para su interpretación que la “x” representa sesiones asistidas y “0” representa sesiones ausentes, además dichos datos van ordenados de manera descendente, quienes tuvieron mayor asistencia hasta menor asistencia.

Tabla 4

Asistencia de los participantes a la consulta nutricional grupal, de mayo a julio 2018

	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6	Sesión 7	Sesión 8	Sesión 9	Sesión 10	Sesión 11	Total de sesiones
P2	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
P10	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
P12	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
P3	X	X	X	0	X	X	X	X	X	X	X	10
P13	X	0	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10
P4	X	X	X	X	X	X	0	X	0	X	X	9
P6	X	X	X	0	X	X	X	0	X	X	X	9
P14	X	0	X	X	0	X	X	X	X	X	X	9
P9	X	X	X	X	X	X	0	0	X	X	X	9
P7	X	X	X	X	0	X	0	X	X	X	X	9
P11	X	X	X	0	X	X	0	0	X	X	X	8
P8	X	X	0	X	0	0	X	X	0	X	X	7
P1	X	X	0	0	X	X	0	0	0	X	X	6
P15	0	0	0	0	0	X	X	X	X	X	X	6

Elaboración propia

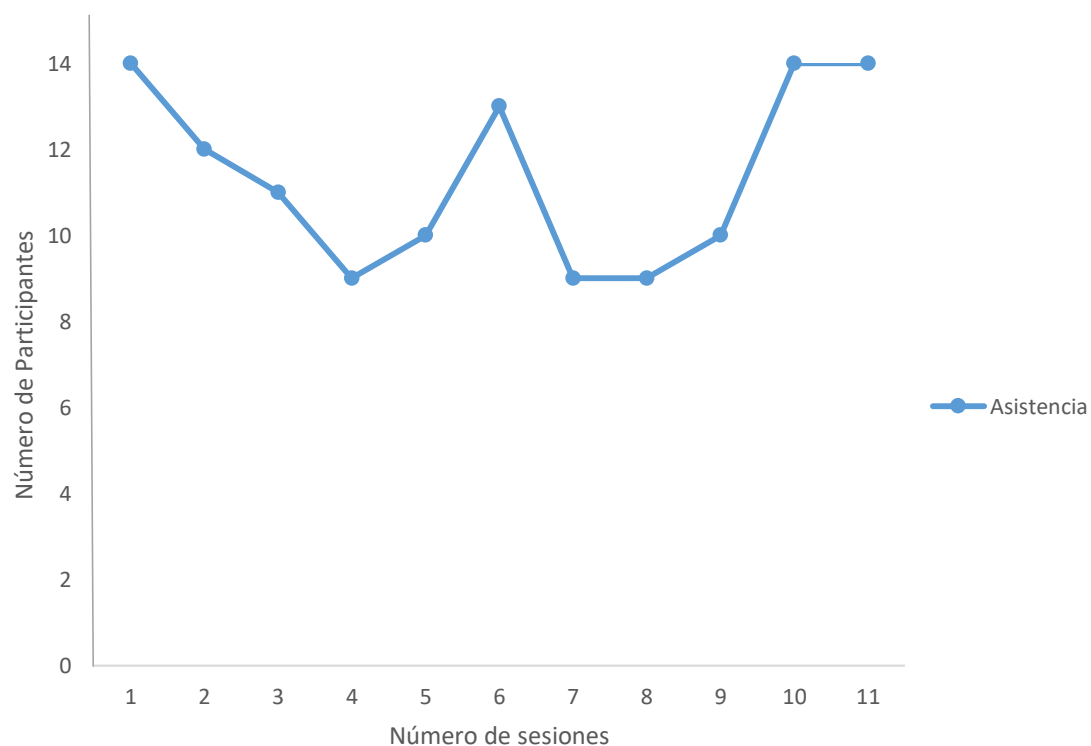
Según la tabla anterior, tres pacientes asistieron entre seis y siete sesiones, teniendo la asistencia más baja del grupo. El paciente con el número uno y el paciente quince, asistieron a seis del total de once sesiones, el paciente número ocho asistió a siete sesiones. Si los comparamos por número de sesiones todos estos estarían dentro de una clasificación muy similar, pero cabe destacar que hubo diferencias en actitud hacia el proceso; el paciente ocho y quince que sí lograron cambios en comparación con el número uno. Estos dos tenían una actitud positiva y asumieron un fuerte compromiso para trabajar y mejorar. El paciente número ocho siempre buscó ponerse al día con el tema visto en la semana que faltó con los compañeros el miércoles que se reunían en WEM, y por medio del chat que crearon los pacientes con el objetivo de mantenerse en contacto y además de hacer consultas para continuar con el cambio.

El paciente uno, constantemente hacía bromas sobre como continuaba con sus malos hábitos, a pesar de que el grupo le daba ánimos y consejos para cambiar, él se aferraba fuertemente a sus resistencias, situación que puede marcar la diferencia con los otros dos quienes, a pesar de tener similar número de sesiones asistidas si logran obtener cambios al final.

Los once pacientes restantes asistieron entre ocho y once sesiones, permitiendo haber estado la mayor cantidad de tiempo en el proceso, y asimilando los conocimientos, las vivencias y los consejos que resultaban de cada encuentro con el grupo.

Debido a que la asistencia afecta la dinámica del grupo, se presenta además por sesiones a lo largo del estudio, en el gráfico #1, se observa que la presencia de los participantes se mantuvo fluctuante.

Gráfico 1: Asistencia de los participantes de la consulta nutricional grupal según las sesiones desarrolladas de mayo a julio 2018. (N=14)



Dentro de las razones que justifican las ausencias se encontró eventos familiares ya que las sesiones se desarrollaron sábados por la tarde, asuntos laborales, y por último motivos de salud. Cabe destacar que nunca asistieron menos de nueve participantes por sesión. Siendo esta la mínima asistencia se puede afirmar que en todas las sesiones hubo un buen número de participantes, y esto permitió que se desarrollara la sesión y que generarán buena discusión por las distintas opiniones en relación a la tarea que se trabajara en su momento.

Aspectos sociodemográficos

Según el estado civil de los catorce participantes, cinco de ellos se encuentran casados, seis se encuentran separados o divorciados y viven solos en este momento, tres en unión libre, por lo que del grupo la mayoría se encuentra conviviendo con su familia, y son familias en promedio conformadas por tres miembros. Uno de ellos convive con cinco miembros y uno con 3 miembros más, como se observa en la tabla 5.

Tabla 5

Información sociodemográfica de los participantes de la consulta nutricional grupal desarrollada de mayo a julio 2018

Paciente	Edad	Estado civil	Ocupación	Nivel Educativo	Número de miembros de la familia
1	36	Casado	Taxista	Secundaria incompleta	4
2	48	Casado	Operario	Primaria incompleta	6
3	52	Separado	Mecánico	Técnico	1
4	41	Unión libre	Ingeniero	Licenciatura	4
6	43	Divorciado	Bancario	Licenciatura	1
7	40	Unión libre	Ingeniero	Licenciatura	3
8	38	Divorciado	Abogado	Master	1
9	59	Casado	Docente	Bachiller Universitario	4
10	38	Unión libre	Abogado	Master	3
11	50	Divorciado	Contador	Licenciado	1
12	42	Casado	Ingeniero	Master	4
13	56	Casado	Abogado	Licenciado	3
14	59	Divorciado	Operario	Secundaria completa	1
15	57	Divorciado	Ingeniero	Master	1

Fuente: Elaboración propia

Es importante tomar en cuenta este aspecto ya que la convivencia con un grupo de personas, puede que sea influencia para lograr o no el cambio, además el vivir solo también puede provocar algunas resistencias que haya que trabajar, como el hecho de tener que llegar del trabajo a cocinar o tener que cocinar solo para sí mismo. Por lo tanto, este es un aspecto que no debe dejarse pasar ya que esto fue mencionado por los participantes.

Se puede rescatar que las edades de los participantes van desde 36 años hasta 59 años, con un promedio de 44 años, siendo un factor importante que todos se encontraban en un rango de edad similar lo que hizo que el compartir de experiencias se desarrollara de una manera muy abierta con buena identificación entre ellos.

Sobre el nivel educativo, hubo una variedad de grados académicos, diez de los participantes cuentan con un grado Universitario, desde bachiller hasta Maestría, tres se encuentra entre primaria incompleta y secundaria incompleta y un participante cuenta con un grado de técnico.

Las sesiones se desarrollaron de manera que el grado de educación de los participantes no fuera un obstáculo para avanzar, en todo momento se tomó en cuenta estas condiciones para poder manejar un nivel que se ajustara a todos los participantes.

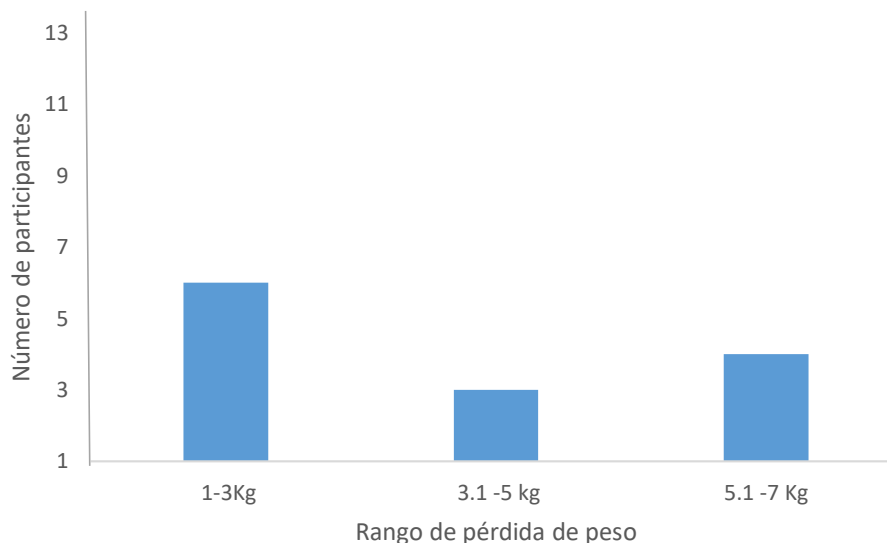
Aspectos antropométricos

En este apartado se presentarán los resultados cuantitativos que demuestran el cambio indiscutible en las medidas antropométricas.

La valoración antropométrica se concentró en el peso corporal, el IMC, el porcentaje de grasa y la circunferencia abdominal. El paciente identificado con el número #1 no quiso realizar las mediciones finales por lo que los resultados antropométricos representan un total de 13 participantes.

En el siguiente gráfico se detalla la pérdida de peso de los trece participantes para quienes se tiene datos de comparación. Se puede observar que todos los pacientes lograron una pérdida de peso, el que menos perdió fue 1,3 kg y la mayor pérdida fue de 7 kg, lo que significa cambios importantes según las metas establecidas al inicio de la intervención. En el anexo 14 se encuentra tabulada toda la información del peso inicial, final y la pérdida de peso a lo largo del estudio.

Gráfico 2: Distribución de los Participantes, según pérdida de peso, WEM 2018. (n=13)



Según lo anteriormente mencionado es importante destacar que siete de los participantes, que representa la mitad del grupo, en tres meses lograron la meta de perder el 5% del peso con el que iniciaron, por ende, si se continua con la pérdida de peso, en 6 meses se podría considerar la posibilidad que logren la meta de 10% de pérdida de peso según lo establecido en el consenso SEEDO Rubio, et al, 2007 para el tratamiento de sobrepeso y la obesidad.

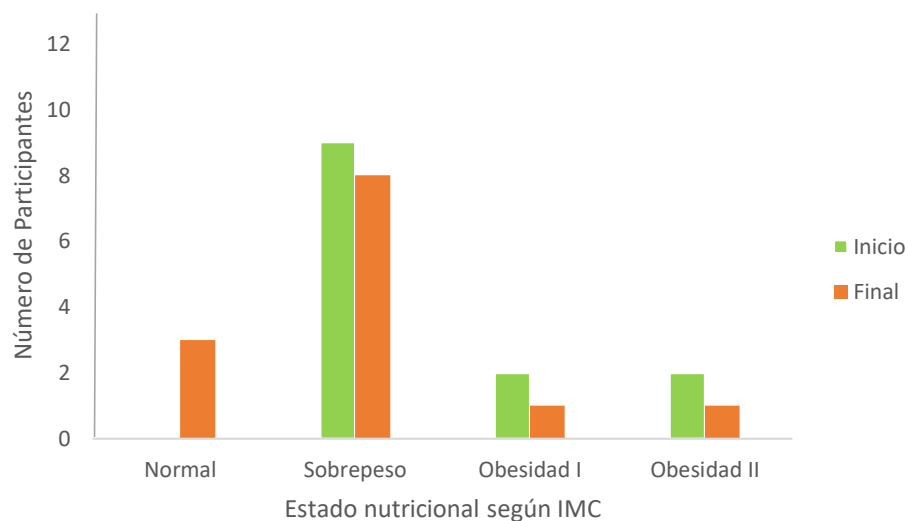
Los siete participantes que perdieron entre 3,4 kg y 7kg al final del estudio asistieron a 9 o 10 sesiones, lo que demuestra que estuvieron muy presentes; teniendo a su disposición una cantidad mayor de educación que otros, en los temas claves para su crecimiento, permitiéndoles la posibilidad de realizar un mayor cambio.

El consenso SEEDO resalta la importancia de la reducción energética de 500 a 1000 calorías de la ingesta habitual, para asegurarse una pérdida de 0,5 kg a 1 kg de peso semanal, situación que se observa en este proyecto en siete de los catorce pacientes que lograron alcanzar esta meta en los tres meses de intervención, pero además es importante mencionar que la otra mitad del grupo si bien es cierto no logran cumplir esta expectativa, pero si logran disminuir su peso corporal (SEEDO Rubio, et al, 2007).

El gráfico #3, muestra el índice de masa corporal de los 13 participantes, se puede observar que según esta clasificación nueve de ellos iniciaron con sobrepeso, dos con obesidad I, dos con obesidad II.

Gráfico 3: Distribución de los participantes según IMC, WEM

2018. (n=13)

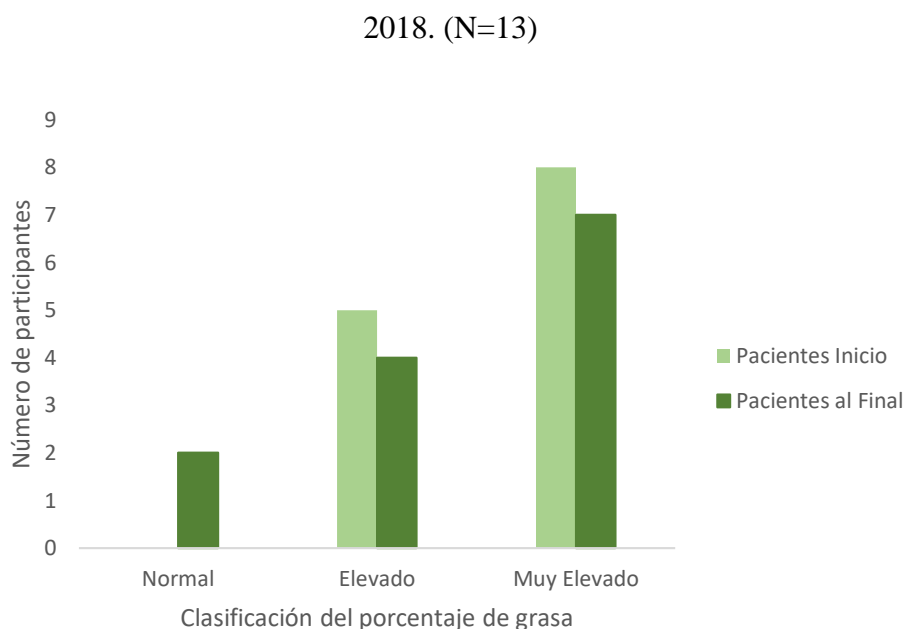


Uno de los datos importantes que se observa, es el caso de que tres pacientes logran al final, según su IMC, una clasificación de peso normal, y el resto a pesar de mantenerse en rangos no saludables logran disminuir sus valores de IMC como se puede observar en el anexo #15.

La disminución de peso ponderal se acompañó de la disminución del IMC, porcentaje de grasa y circunferencia de cintura, lo cual son resultados que se relacionan con las recomendaciones sobre la importancia de unas pequeñas pérdidas de peso que puedan ser sostenidas con el tiempo, el cual se convierte en el mayor reto de los programas de atención a pacientes con sobrepeso u obesidad.

Con respecto al porcentaje de grasa, se elabora una tabulación de los datos obtenidos de la medición inicial y final y se saca una diferencia para conocer qué pasó con el porcentaje de grasa de los participantes (Anexo #16). Estos resultados se resumen en el gráfico #4. Es de mucha relevancia resaltar que al final de la intervención el porcentaje de grasa de dos de los participantes logra llegar a clasificarse de normalidad, esto provoca que el número de participantes que están en la clasificación de elevado logre disminuir, además se incorpora un participante que estaba al inicio en la clasificación de muy elevado.

De igual manera al final de la intervención la clasificación de muy elevado cierra con siete pacientes, estos siete participantes siempre han estado dentro de ésta categorización, pero, es importante resaltar que a pesar de no salir de ésta clasificación logran disminuir entre 1% a un 2,5% su porcentaje de grasa, como se logra observar en el anexo #16.

Gráfico 4: Distribución de los participantes según el porcentaje de grasa, WEM

En la gráfica #5 se puede observar la clasificación de los participantes según el riesgo cardiovascular determinado a partir de la circunferencia de cintura. Dichos datos se detallan en la tabla de clasificación del riesgo en el anexo #17 (Katleen, Escott, Reymond 2013).

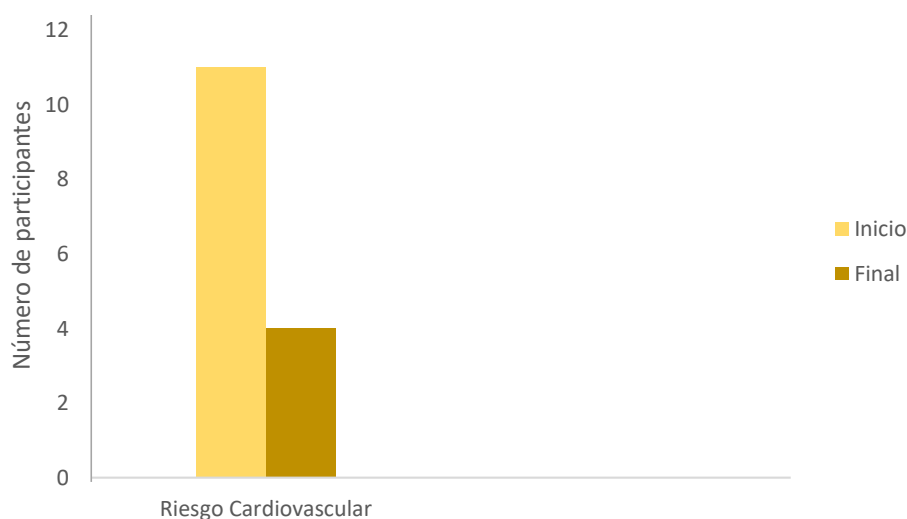
Al inicio de la intervención la mayoría de los participantes (once de ellos), contaban con circunferencias igual o mayor a 102 cm siendo clasificados con riesgo cardiovascular como lo indican Katleen, Escott, Reymond 2013 en sus publicaciones, situación que cambia al final ya que solamente cuatro de ellos mantienen esta condición de riesgo, aun cuando sus valores de circunferencia de cintura en centímetros disminuyen.

Además, se observa en el gráfico #5, al final la mayoría (nueve pacientes) se encuentran fuera del riesgo cardiovascular, condición favorable para su salud contemplando el acercamiento de la meta terapéutica para una persona saludable.

Del total de pacientes que logran perder centímetros de cintura, el que tiene la menor pérdida es el paciente doce con dos centímetros menos que al inicio, y los que logran una pérdida mayor son tres participantes (P2, P6, P14), con nueve centímetros menos de cintura. El restante de nueve pacientes perdió en promedio cinco centímetros de cintura. En un estudio similar realizado en Madrid, donde se utilizó el formato de consulta grupal, deja entrever cómo el realizar una restricción energética, promover el realizar ejercicio físico, además del apoyo de grupo, tiene efectos directos en disminución del porcentaje de grasa corporal, disminuyendo el riesgo cardiovascular en pacientes con sobrepeso u obesidad (Arrebola, et al, 2013).

El tejido adiposo en exceso, además de ser un almacén de energía, se ha demostrado, según estudios, ser un órgano endocrino capaz de liberar sustancias que pueden ser dañinas para la salud. Por ejemplo, en pacientes obesos se observa el aumento de la conversión de la cortisona en cortisol, lo cual se asocia a mayor riesgo cardiovascular, enfermedades tales como hipertensión, resistencia a la insulina y dislipidemias. Por ende, la disminución del tejido adiposo es una estrategia muy importante para la prevención de enfermedades asociadas al exceso de peso.

Gráfico 5: Clasificación de los participantes según riesgo cardiovascular, WEM
2018. (n=13)



Conocimientos sobre exceso de peso causas y consecuencias

Referente a estos aspectos se utilizó un cuestionario al inicio de la investigación, en el que cada uno de los participantes lo completó según lo que aprendió a lo largo de su vida, y al finalizar se vuelve a utilizar el mismo instrumento con la finalidad de comparar si hubo conocimiento adquirido en el proceso.

Cabe mencionar que el instrumento utilizado para recopilar los datos sobre conocimientos fue elaborado con una secuencia de preguntas sobre exceso de peso, prácticas alimentarias y prácticas en actividad física. A cada pregunta se le asignó un puntaje el cual determinó al final, en una escala previamente establecida por la investigadora, la clasificación de poco conocimiento, conocimiento moderado y mucho conocimiento con respecto al exceso de peso, practicas alimentarias y actividad física.

Con respecto a las causas y consecuencias sobre el exceso de peso identificados por los participantes antes y después de la intervención, la tabla 6 muestra que al inicio cuatro de los mismos cuentan con mucho conocimiento, seis de ellos con moderado conocimiento y cuatro con poco conocimiento, situación que se logra modificar después de finalizar la intervención, dos participantes (P6, P15) cambian de categoría y terminan el estudio con mucho conocimiento, tres participantes (P11, P12 y P13) que al inicio se identifican con poco conocimiento logran avanzar de categoría saliendo de la clasificación de poco y moderado conocimiento, manifestando haber aprendido en el proceso, ocho pacientes mantienen su condición inicial, cuatro en moderado conocimiento, cuatro mucho conocimiento, y únicamente uno termina con poco conocimiento.

Tabla 6

Conocimiento sobre exceso de peso de un grupo de pacientes de la consulta nutricional grupal, WEM 2018 (n=14)

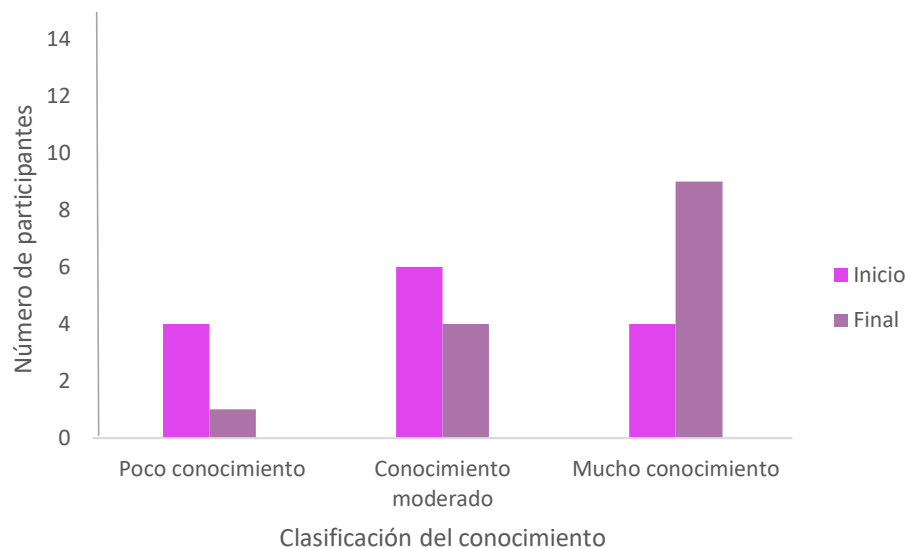
Participante	Conocimiento al Inicio	Conocimiento al Final
1	CM	PC
2	CM	CM
3	CM	CM
4	MC	MC
6	CM	MC
7	CM	CM
8	MC	MC
9	MC	MC
10	MC	MC
11	PC	MC
12	PC	MC
13	PC	CM
14	CM	CM
15	CM	MC

PC: poco conocimiento CM: moderado conocimiento MC: Mucho conocimiento

Como dato importante se debe mencionar que el paciente que al final refiere terminar con poco conocimiento es el paciente representado con el número uno con diagnóstico de obesidad III y quien decidió en la última sesión no participar de la valoración antropométrica, se podría suponer que al inicio el manifiesta tener conocimiento moderado sobre el exceso de peso, pero después del proceso él manifestó tener poco conocimiento, una posibilidad de entender que sienta este reverso en su conocimiento, es que él indique no haber aplicado este conocimiento a su vida cotidiana, y por consecuente asume que termina con poco conocimiento.

Se puede decir de los ocho pacientes (P2, P3, P4, P7, P8, P9, P10, P14), que no cambiaron de categoría al final a pesar de clasificarse en estos rangos de mucho conocimiento, evidencian que antes de iniciar la intervención no lo estaban llevando a la práctica en sus vidas. Esto último, una vez concluidas las sesiones grupales refleja que lograron hacer el cambio refrescando e interiorizando el conocimiento con el que contaban, y esto impactó directamente en sus acciones diarias y los resultados obtenidos en su evaluación nutricional arrojaron datos positivos, ya que perdieron entre 1.3 kg hasta 7 kg; con respecto al IMC todos ellos presentan cambios, terminado 3 con IMC en rango normal, el resto entre sobrepeso y obesidad II pero todos con cambios en el rango que se clasifican, con respecto a la grasa dos de ellos logran llegar a índices de normalidad y el resto logró disminuir sus porcentajes de grasa aunque se encuentran entre elevado y muy elevado, y por último de estos ocho pacientes todos disminuyen centímetros de cintura, cinco terminan sin riesgo cardiovascular y tres de ellos siguen clasificados en este rango pero con menos centímetros de cintura, manifestando el cambio.

Gráfico 6: Calificación del conocimiento sobre exceso de peso, en un grupo de participantes de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018. (N= 14)



Dentro de los aspectos que se evaluaron están ¿qué es el exceso de peso?, si consideran que tenerlo es una enfermedad, si conocen su propio peso y si saben cómo se clasifica, si han escuchado hablar del IMC, además sobre mencionar las causas y consecuencias, si saben que es una caloría y por último que se debe hacer para bajar de peso.

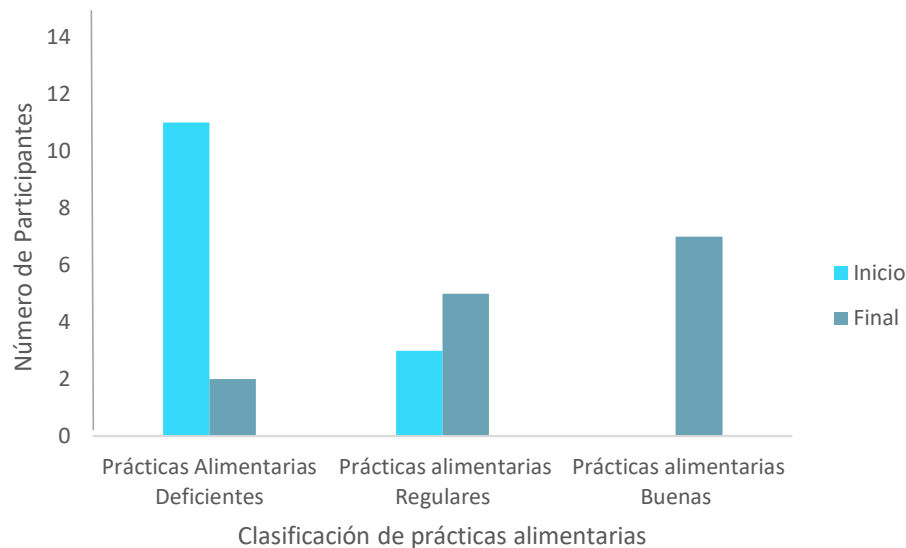
Prácticas Alimentarias

Otro aspecto evaluado fueron las prácticas alimentarias. En el siguiente gráfico cabe destacar como al inicio en la mayoría de los pacientes (11), se identificaron prácticas alimentarias deficientes, y al final de la investigación siete de ellos pasaron a tener buenas prácticas alimentarias, cuatro también mejoraron obteniendo un puntaje que los clasifica con prácticas alimentarias regulares, demostrando una mejoría para la mayoría del grupo, solamente 2 mantuvieron prácticas alimentarias deficientes, y uno se mantuvo en regular.

De los dos pacientes que finalizan con prácticas deficientes se encuentra el paciente representado con el número uno, paciente que constantemente repetía que continuaba comiendo comida rápida, no hacer las meriendas, y dentro de sus resistencias o barreras manifestaba que los horarios de trabajo le impedían ir a la casa a almorzar, ya que como maneja taxi prefería comprar algo rápido y continuar trabajando que ir a la casa. A pesar de que se le sugirió por parte de los compañeros opciones más saludables cuando compraba comida, no se logró visualizar un cambio de actitud al respecto.

El otro paciente que manifiesta continuar con prácticas deficientes es el que se representa con el número once, logra obtener una clasificación baja para sus prácticas, pero los datos antropométricos reportan una disminución importante, ya que logra una pérdida de peso de 2,6kg, el IMC pasa de 29,3 a 28,3 kg/m², su porcentaje de grasa pasa 32,3% a 29,3% y por último pierde 5 cm de cintura ubicándose sin riesgo cardiovascular, por lo que se podría deducir que el paciente se autocalificó muy riguroso quizás no valorando los cambios que ha realizado, que han sido importantes ya que también refiere sentirse más saludable y sus resultados antropométricos lo confirman.

Gráfico 7: Distribución de los participantes según el puntaje de clasificación de prácticas alimentarias, de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018 (N=14)



Con respecto a las prácticas alimentarias en el cuestionario se preguntó si los pacientes revisan las calorías y los ingredientes de los alimentos, si en algún momento ha asistido a una consulta nutricional, si han hecho alguna dieta de reducción. Se recopiló información sobre tiempos de comida, consumo de comida rápida, golosinas, gaseosas, sobre la relación entre la comida y las emociones.

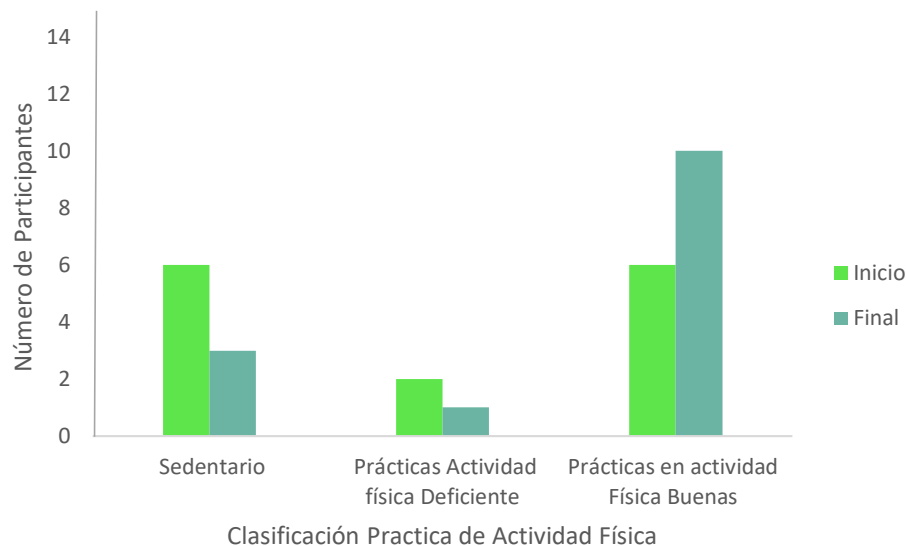
Prácticas en Actividad física

Concerniente a la clasificación de la actividad física según se presenta en el gráfico #8 al inicio un número igual de participantes se clasifican en los rangos de sedentario y buena actividad física, 6 miembros en cada grupo, y únicamente dos pertenecen al grupo con prácticas deficientes.

Para el final de la investigación cuatro de los que eran sedentarios o practicaban poco ejercicio pasaron a tener buenas prácticas en actividad física, al final la mayoría realizaban actividad física bajando el rango de sedentarismo y prácticas deficientes.

Como se observa en el siguiente grafico tres pasaron de sedentarios a buenas prácticas en actividad física y una pasó de deficiente a buenas prácticas, quedando al final solamente cuatro con sedentarismo o prácticas deficientes, a diferencia de ocho al inicio en estas categorías. Dentro de las justificaciones que los participantes mencionan para no hacer ejercicio, son los horarios de trabajo extensos que provocan que lo único que quieran hacer es descansar, y el tiempo que tienen los días libres debe ser destinado a realizar las actividades pendientes que entre semana no pudieron realizar.

Gráfico 8: Distribución de participantes según prácticas en actividad física, de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018 (N=14)



Etapas de Cambio

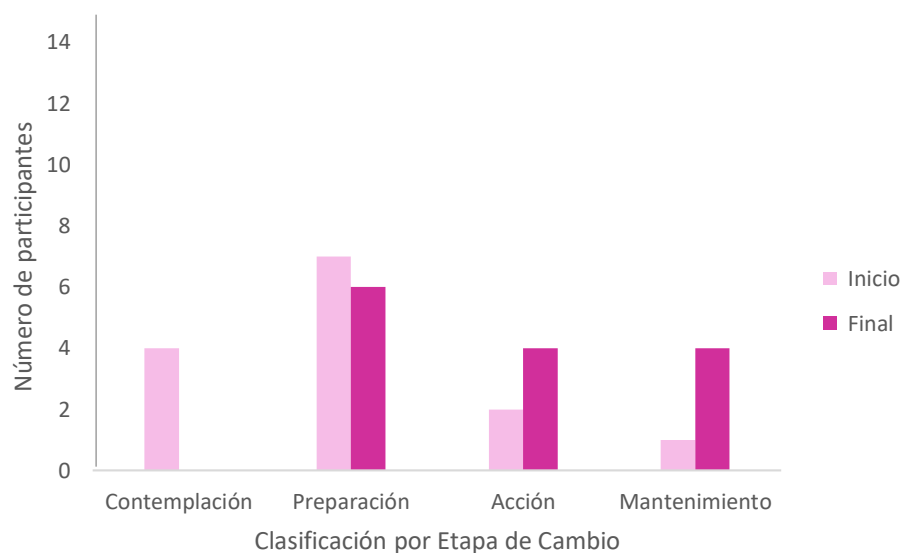
Para esta variable se utiliza un cuestionario que cuenta con nueve preguntas las que abordan temas sobre disposición al cambio en la alimentación y actividad física, por ende, se logra una pequeña visualización sobre la actitud positiva o negativa hacia el cambio de las personas que participan de la investigación. Dichas actitudes corresponden a la decisión de bajar de peso, realizar un plan de alimentación para ayudarse a perder peso, y la realización de actividad física. El restante de las seis preguntas ayuda a entender las actitudes de los pacientes con respecto a reducir alimentos calóricos y agregar otros más saludables como frutas y vegetales, las cuales se utilizan como referencia para el desarrollo de las sesiones.

Referente a la actitud de los participantes sobre tomar la decisión de perder peso para mejorar su salud, en el gráfico #9 se desprende que al inicio cuatro participantes se encuentran en etapa de contemplación, lo que significa que aún no han iniciado el cambio, siete se encontraron en la etapa de preparación, quienes consideran que ya han iniciado el cambio. Del restante, dos están en acción y uno en mantenimiento, quienes suponen que ya han hecho un cambio permanente. Para el final se presentan modificaciones en la gráfica ya que cuatro salen de contemplación para ubicarse dos en preparación uno en acción y uno en mantenimiento.

Es importante mencionar que de los siete pacientes que iniciaron en preparación, únicamente tres de ellos se mantiene en esta etapa para el final, de los cuatro restantes, dos terminan en acción, y dos en mantenimiento, siendo estos últimos quienes consideran que el hecho de haber realizado cambios en su vida les da la sensación de estar ya en mantenimiento, cuando lo correcto sería estar en acción dado que estarán en mantenimiento después de un mínimo de seis meses de haber realizado los cambios, como lo menciona Cabrera; (2000); López; (2008); Proshaska; (1999); en sus estudios.

Gráfico 9: Distribución de la Etapa de cambio referente a decidir de bajar de peso, de un grupo de participantes, de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018.

(N=14)



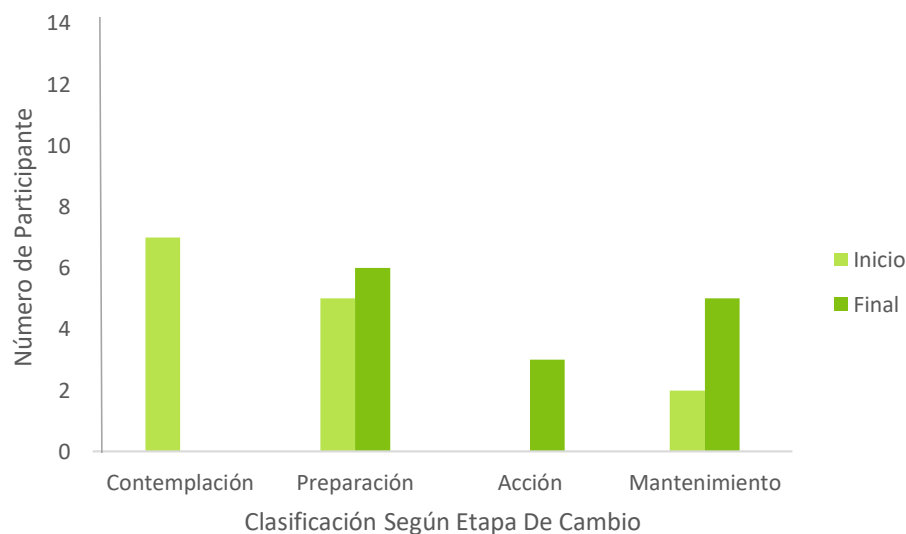
Referente al deseo de perder peso, las sesiones grupales logran mover al grupo a una etapa más adelante del estadio de cambio, donde los participantes tienen actitudes favorables que les permite avanzar hacia mejorar su salud.

En el caso del estadio de cambio para realizar un plan de alimentación se logra observar en el gráfico#10, a diferencia de bajar de peso, que menos personas tenían una actitud positiva hacia la posibilidad de seguir un plan de alimentación al inicio. La mitad de los participantes (7) se situaban a un inicio en etapa de contemplación, cinco individuos en etapa de preparación y dos en mantenimiento.

Al final los siete se movieron de la etapa de contemplación, pasando dos a preparación, tres a acción y dos a mantenimiento, demostrando que a pesar de que al inicio no se sentían muy convencidos con la idea de que un plan de alimentación sería parte del cambio, durante el proceso lograron comprender la importancia de incorporarlo a sus estilos de vida.

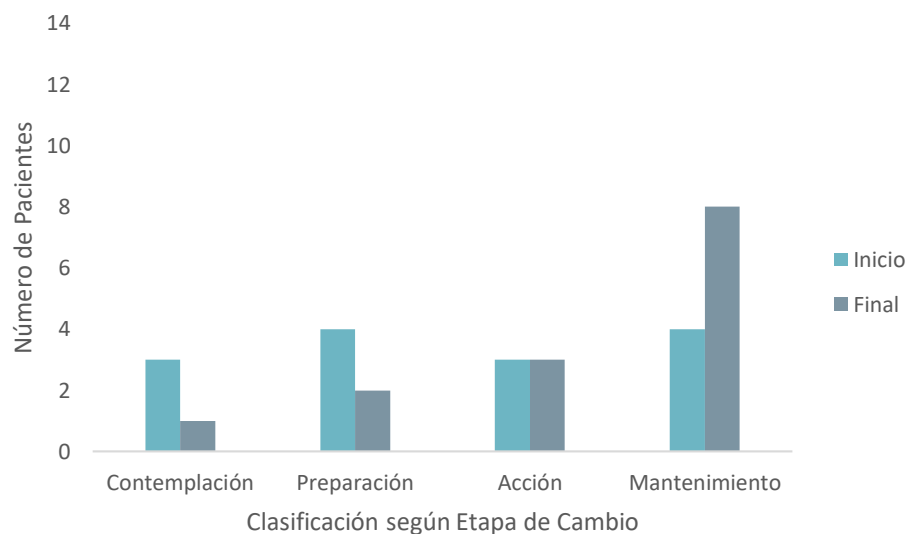
Gráfico 10: Distribución del Estadio de cambio para realizar un plan de alimentación, en un grupo de hombres de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018.

(N=14)



A la hora de analizar los resultados referentes a estadio de cambio para realizar actividad física, se logra observar en el gráfico#11, que al inicio los participantes están distribuidos bastante equitativamente entre las etapas, mientras que al final se nota un gran cambio de actitud positiva hacia la realización de actividad física. Solamente una persona identificada con el número siete no logra salir de la clasificación de contemplación, una de las razones que él manifiesta es la falta de tiempo para realizar actividad física. El resto al final se encuentran tres participantes en acción, dos en preparación. Es importante destacar que los participantes consideran que están en mantenimiento porque sienten que han logrado incorporar a sus vidas nuevos hábitos, a pesar de que la teoría indica que deben de pasar 6 meses para considerar estar en esta etapa de cambio, justo como se menciona en los estudios de Cabrera, 2000; López, 2008; Prochaska, 1999.

Gráfico 11: Distribución de las Etapas de cambio para realizar actividad física, grupo de hombres participantes de la consulta nutricional grupal, desarrollada de mayo a julio 2018 (N=14)



Al inicio de la intervención, fue interesante escuchar como la mayoría de los pacientes once en total, manifestaban realizar actividad física, ya que se clasificaron en etapas de cambio entre acción, preparación y mantenimiento, aspecto que no se ligaba con una alimentación saludable, dentro de los comentarios se escuchaban “suelo comer mucho y hago ejercicio, pero no bajo de peso” (P3 S1-2). Para los participantes fue más complicado realizar el cambio hacía la alimentación que para actividad física, debido que el ejercicio ha sido uno de los aspectos fuertes en el sexo masculino ya que es parte de una manifestación de masculinidad como lo menciona en su aporte Mendieta; (2014). Esto es lo opuesto a lo que se encuentra en muchos estudios, pero se cree que es justamente porque hay pocos estudios realizados con hombres.

Los participantes de esta intervención, a pesar de manifestar resistencias a la hora de enfrentarse a la idea de cambio, lograron poco a poco empezar con acciones que los acercaron cada vez más a los objetivos de buscar un estilo de vida saludable, lo que se puede comprobar viendo los cambios en la antropometría de los trece pacientes que tomaron la decisión de cambiar

Autocuidado

Tomando en cuenta la teoría sobre autocuidado, analizamos específicamente este aspecto en la cultura masculina, encontrando que hay un rechazo del autocuidado por parte de ellos, generando una barrera para realizar el cambio.

Los participantes a lo largo de la investigación se enfrentan a dificultades o barreras asociadas al género. La facilitadora, buscando que revisaran conceptos culturales sobre autocuidado en los hombres, lanzó preguntas disparadoras para que busquen facilitadores que les ayuden a construir una nueva comprensión del concepto y de la acción. Por ejemplo, cuestiona, “¿Ahora como creen ustedes que los ven los demás, cuando ustedes dicen que están en un programa de alimentación?”

A la altura de la tercera sesión la mayoría prefieren esconder el hecho de que están en un programa nutricional para mejorar la salud, como se menciona en los comentarios;

“Normalmente yo no ando contando esas cosas, ni que voy a WEM ni nada eso” (P3. S-3).

“De eso se trata de que la gente entienda que, si es importante, aunque yo tampoco digo mucho para que no molesten” (P4, S-3).

Quizás para la etapa en la que se encontraban en la tercera sesión, los participantes no se sentían preparados para enfrentar su concepción de masculinidad y el cambio que deciden emprender, ya que en preferencia desean mantener oculto el hecho de estar en un programa de nutrición y que están trabajando en la toma de decisiones para cuidar su salud, según dicen por temor a ser juzgados o poner en tela de duda su masculinidad ante la

sociedad tal como ellos mismo han clasificado el asunto del autocuidado, justo como lo menciona Courtenay, 2001 en su estudio al examinar las construcciones de masculinidad y salud, donde indica que las prácticas sociales que socavan la salud de los hombres son a menudo significantes de la masculinidad.

Los pacientes empezaron a enfrentar algunas incomodidades en sus lugares de trabajo, como lo menciona el P2, ya que ahí laboran solo hombres y al inicio cuestionaban el hecho que él ya no comiera como antes, situación que, a un inicio, por temor a su reacción, él no sabía cómo abordar.

“En el trabajo siempre nos sentamos tres compañeros y ese va a ser mi problema, ellos se sientan con su taza de café, bollo de pan con aguacate y otro lleva budín, entonces de las tres cosas yo dije mejor solo un pedacito de pan con un poquito de aguacate, pero entonces empezaron a decir pero que es esa playada, me sentí mal, porque me dijeron delante de todos y enfrentar esas críticas es difícil” (P2, S3-5).

Por otro lado, como ellos mismos tienen esta concepción de masculinidad no les permite aceptar el que el hombre también puede y tiene derecho a cuidarse sin ser juzgado o tachado como homosexual. Por ejemplo, lo menciona el paciente P13, quien demuestra que el mismo tiene este concepto.

“En mi casa mi señora hace queque o pie de limón, lo llevo a la oficina, entonces cuando me lo voy a comer, le digo a mi compañero que le comparto, y él me dice que no, entonces veo en el escritorio una barrita y una botella energizante y yo pensé que playada de ese mae” (P13, S3-6).

Según lo que se va escuchando de los pacientes, el hecho de que las demás personas sepan que están buscando un nuevo estilo de vida saludable los pone incómodos, porque no están dispuestos a escuchar las críticas que ellos mismo harían, por lo tanto, demuestra que hay que trabajar en ellos mismos para cambiar la concepción de que cuidar de su salud o su imagen corporal, no disminuye su masculinidad como ellos piensan.

Otra de las barreras que se hacen presentes en el proceso es el hecho de tener que hacer cambios en la casa, la mayoría de ellos no quisieron realizar una sesión con los familiares debido a que prefieren no involucrar a sus esposas. Dentro de las razones que se logran interpretar es el hecho que en WEM han estado trabajando para mejorar sus relaciones familiares y quizás temen que el hecho de enfrentar a sus esposas diciendo que ya no pueden comer alguna cosa, el servirse menos comida, irrumpir en la cocina, etc. pueden ser motivos de discordia, los lleva a no querer tomar el riesgo de hacerlo.

Por otro lado, ingeniaron maneras de ir explicando a sus esposas la importancia de realizar cambios, sin generar discusiones por celos o porque ellas creen que las están criticando, como lo mencionan a continuación.

“Sí, porque así sutilmente puede llegar uno y decirle que es lo que uno debe de comer para que sepa, y, si es ella la que quiere servir, también comentarle porque es importante que uno coma así, porque si uno no explica porque va a comer menos cantidad va a empezar “no lo comiste porque está feo”, “es que ya no te gusta mi comida” (P4, S8-3).

“Mae, si le digo a la mamá de mis hijos que no quiere comer o que quiero comer menos, ella va a decir que ha pasado todo el día cocinando que soy mal agradecido y entonces mejor uno se lo come, le sale más barato y después va y corre” (P15, S8.3).

“Yo creo que algunas esposas se pasan, pero si uno les explica porque es importante por salud hacerlo” (P12, S8-4).

“Además cuando uno es auténtico, cuando es real, ellas van a ver el cambio, uno puede decir te acuerdas que el colesterol esta alto y por eso es que debo cuidarme” (P13, S8-4).

La sociedad ha creado un concepto de masculinidad que se ha transmitido por muchas generaciones y esto por sí mismo lleva a que sea una barrera hoy en día para los hombres cuando se trata de trabajar el autocuidado, por ejemplo, hacer una dieta es cosa de mujeres, no de hombres, un hombre que hace dieta tiene tendencias homosexuales.

En la sesión número tres, es interesante analizar las respuestas de los participantes ante la interrogante por parte de la facilitadora “¿Ustedes que creen, que hay diferencia cuando yo digo plan de alimentación y cuando digo dieta?” entendiéndose por “dieta” uso popular del término, sobre dietas restrictivas para bajar de peso. Esta pregunta se hace importante de abordar ya que la palabra dieta lleva implícito todo un prejuicio que se ha generado a lo largo de los años, y esto es parte de la resistencia para cuidarse en su alimentación.

Las reacciones en el lenguaje no verbal no se dejaron esperar, los gestos de preocupación fueron inmediatas, todos asienten con la cabeza, se observan entre ellos, y realizan comentarios que pueden clasificarse en dos aristas importantes como por ejemplo la dieta es para enfermos y para mujeres. Por otro lado, es un tema de privación de alimentos, de aguantar hambre, situación que se convierte es una dificultad mayor para los hombres. A continuación, expresiones propias de los participantes:

“Si hay mucha diferencia, dieta es como si yo tuviera una enfermedad y que le digan usted solo puede comer esto” (P12, S-3)

“Yo creo que siempre hemos pensado que eso no es cuestión de hombres, esto es más de las mujeres y no nos preocupemos del peso al menos de que ya afecté nuestra autoestima o la salud” (P4, S3)

“Exacto yo lo único que he aprendido es que tengo que comer para dejar de sentir hambre y no si es saludable o no, hasta

ahora, y sí dieta suena a enfermo como cuando uno está en el hospital” (J14, S-3).

Además de barreras por pre conceptos aprendidos como se observa en lo anterior cuando se habla de la “dieta”, podemos también encontrar una barrera referente al género, por tanto, la facilitadora cuestiona en la discusión “¿y que hay con esto de que los hombres hagan dieta?”

Respuesta espontánea “*es una gran playada*” (P13, S-3).

“Es que normalmente son las mujeres las que son vanidosas, las que se cuidan, más las que hacen dieta” (P7, S4).

“Es que eso va en mi concepción de hombre, y mi modelo de hombre, así como me hicieron a mi es porque yo soy un tractor, me hicieron como un furgón con mucha energía, un varón es diferente. Aquí entra de todo en este cuerpo, esa idea de que yo puedo con todo, la vanidad no va ligada con la especie del hombre” (P9, S4).

Al abrir la discusión para analizar este tipo de barrera cultural los participantes pueden aceptar más fácilmente que un plan de alimentación puede ser de machos, “*nosotros hacemos planes de alimentación de machos*” (P6, S-3), tomando en cuenta su propia necesidad de energía para tener fuerza y realizar las actividades que demandan mayor esfuerzo, y a su vez esto también será saludable, siendo la palabra dieta una práctica mayormente usada para el cuidado femenino o vanidad, así como lo menciona Gil-Lacruz y Gil-Lacruz (2007) en su estudio.

A pesar de que los participantes manifiestan que hacer dieta no es para los hombres, ya que denota un contexto más femenino, sí están dispuestos a realizar un plan de alimentación. Es interesante como una palabra puede generar una barrera, y marcar que un participante logre avanzar o no.

Los conceptos aprendidos a lo largo de la vida se traen a colación cada vez que la persona escucha algo y lo interpreta según su percepción. Por lo tanto, el conocer que en este grupo de hombres cambiar la palabra dieta por plan de alimentación los va a ayudar avanzar, genera herramientas de trabajo valiosísimas para entender el grupo y a los hombres como tal, porque además de cambiar el concepto, ellos al final mencionan que el realizar un plan de alimentación va más allá de una cuestión meramente estética, atribuyéndole más a una razón de salud, que justifica el hecho que un hombre tome la decisión de cuidarse en su alimentación. Los comentarios a continuación vinieron seguidamente después de que la facilitadora pregunta, “¿díganme una cosa y ahora cual es la diferencia de lo que pensaban antes y ahora que están aquí?”

“Es por salud, es por la estadística de género hay más muertes por infarto, por triglicéridos y todas estas enfermedades van asociadas a lo que uno come y no hacer ejercicio” (P12, S3).

“Además yo creo que cuando uno es joven arrasa con lo que sea, pero conforme la edad va tomando más conciencia porque empiezas a enfermarte, se siente uno más cansado que ya los años pesan y la alimentación juega un factor muy importante” (P7, S-3).

En un estudio realizado en un grupo de 323 mujeres en Chile, se pudo observar que las principales barreras tanto para bajar de peso, consumir 5 porciones de frutas y vegetales y además hacer ejercicio físico, fueron “no tener tiempo”, “se me olvida comerlas”, “sale muy caro ir al gimnasio”, “no tengo quien me acompañe”(Meléndez, Olivares, Lera, Mediano, 2011), dichas barreras son muy distintas a las que mencionan los hombres en este estudio, por lo que da pie para comprender que los hombres y las mujeres abordan el tema de hacer cambios referentes a su autocuidado de maneras muy distintas, según sus actividades diarias.

El haber explorado las barreras con los participantes direcciona las sesiones a ayudar a que los hombres de este grupo, encuentren los facilitadores que les permita romper con los preconceptos e ir buscando el camino hacía el cambio, y para que esto ocurra es indispensable que ellos encuentren las motivaciones que les impulsen y les permitan mantener los cambios de conducta.

1. Motivación al cambio

Al inicio los participantes externaron que las razones que motivaron su ingreso al grupo, algunas motivaciones venían fundamentadas en el miedo ya que, por distintas razones de salud, el médico les había advertido qué pasaría si no hacían cambios en su estilo de vida. En muchos casos al ocurrir un acontecimiento importante que coloca a la persona en una situación de vulnerabilidad con su salud, puede provocar que la persona busque ayuda, y ha funcionado en muchos pacientes cuando el temor los impulsa a entrar, pero el trabajo que se hace con el grupo es lograr que esta persona que entró por temor entienda la importancia de cuidar su salud y que esa motivación cambie a algo positivo y le permita mantenerse en el proceso.

Por otro lado, los pacientes externaron la necesidad de bajar de peso por su salud, como una de las motivaciones que los lleva a iniciar en este cambio de estilo de vida, sin haber mencionado abiertamente el miedo.

Existen dos partes esenciales de la motivación y hay que lograr ambas para realizar un cambio en conducta, una es que la persona tiene que estar convencida de que el cambio es importante y lo otro es que será capaz de hacerlo, lo que se llama sentido de autoeficacia.

Para lograr un cambio de conducta en el proceso de mejoramiento del autocuidado, se debe trabajar la confianza en sí mismos para lograr las metas que mejorarán a futuro su salud. A la altura de la quinta sesión se ha detectado que esto es un tema importante a tratar ya que se ha logrado bastante convencimiento sobre la importancia y empiezan a ver que deben de reconocer por ellos mismos la confianza que tienen para realizarlo y cómo pueden

mejorar. En esta 5ª sesión se utiliza una escala para llevar al grupo a que identifiquen en qué posición se encuentran según la confianza en sí mismos para lograr los cambios, qué sienten, qué piensan y qué tan motivados se sienten, se explica que uno significa poca confianza para lograr cambios y diez mucha confianza para lograr los cambios, a continuación, se demuestra los resultados que se obtienen después de proyectar la escala.

La mayoría del grupo, representada por siete pacientes, se clasifica a sí mismos con confianza para lograr el cambio (P12, P9, P3, P4, P2, P10, P13).

“Yo siento que tengo la confianza para buscar cumplir el plan, de ir a buscar una fruta, aunque a veces no encuentro fruta y no lo puedo lograr, pero confío en que si puedo” (P3, S-5)

Los otros tres pacientes presentes en la sesión sienten poca confianza para lograrlo (P1, P11, P6), por lo que en grupo se indagan las razones que impiden que sientan seguridad, los participantes mencionan dentro de las razones externas, los horarios de trabajo, y como las agendas laborales les impiden en algunos momentos cumplir por completo el plan de alimentación.

“Una de las razones es no poder cumplir todos los tiempos de comida, no porque uno quiera si no por trabajo, porque si estoy en una reunión no puedo decirle, me voy a retirar hacer la merienda, entonces eso sería una barrera” (P12, S-5).

“Esa es una realidad en el trabajo, a mí me pasa, pero no es siempre” (P2, S-5).

Los pacientes al ir hablando de esta situación y ver que otros se identifican con ellos, pueden entender que el hecho de no realizar el plan a la perfección, siendo algunas situaciones ajenas a ellos lo que hace que no logren completarlo, les hace sentir que no es tan terrible y empieza a disminuir el estrés generado, dándose cuenta que también están logrando muchas cosas, permitiéndoles observar y dar más valor a los cambios positivos que han tenido y desviando la atención de lo negativo que es menor. Con esto empiezan a prepararse para buscar otras soluciones. Como se menciona en el estudio de Salinas et al (2009; pág. 1324), la consulta grupal “ofrece apoyo emocional y social de personas con experiencias similares al servir de modelo a pacientes en circunstancias parecidas que favorece la capacidad de logro de metas, entre otros beneficios”.

A la altura de la quinta sesión se observa cómo los participantes empiezan a buscar soluciones que les ayuden avanzar y utilizar lo que van aprendiendo. Aplicando los criterios de la cantidad de cooperación y aprendizaje que se observa en el grupo, se nota cómo logran encontrar similitudes entre ellos, dándose cuenta de que no están solos, y esto hace que disminuya la presión, la carga emocional que expresan y les permite encontrar soluciones positivas para mejorar.

Por ejemplo:

“hoy sirvió para revisar y decir bueno estuve fallando en esto, esta semana, pero ahora lo puedo hacer mejor porque hemos conversado cuales son los puntos que podemos mejorar y tenemos ideas nuevas de los demás” (P9, S-5).

La actitud es entendida como un estado mental predisponente para responder de una determinada manera hacia un objetivo. A la altura de la sexta y séptima sesión se observan los pacientes positivos, con disposición de aplicar las recomendaciones tanto referentes al plan de alimentación como en los aspectos de actividad física, buscando adoptar nuevos hábitos alimentarios en sus rutinas diarias. Empiezan a manifestar que entienden la importancia de hacer cambios en sus vidas para mejorar su salud, y, por otro lado, entendiendo porque deben de ser responsables ellos de su autocuidado. Algunas de las manifestaciones de los participantes son:

“Me siento mejor durante el ejercicio. En la casa me han ofrecido cosas de comer y ya digo que no” (P15, S-7).

“Si uno ve, que ahora puede decidir porque tenemos la información, no es lo mismo tomar una decisión sin convencimiento y ahora que lo tenemos” (P15, S7).

A los participantes se les pregunta, *“¿ahora qué los motiva para continuar, ya que a la altura de la octava sesión siguen presentes la mayoría de los que iniciaron?”*

Es interesante como nueve de ellos mencionan que una de las motivaciones que tienen es la salud, pero aún más interesante a esta altura es escuchar a once de ellos hablar de que las motivaciones se transformaron en amor propio, verse bien, sentirse bien, y mejorar la autoestima, motivaciones muy diferentes a las de un inicio, ya no mencionan el temor en sus palabras, todo lo contrario, se sienten cómodos hablando de buscar el cuidado en sus vidas.

Los pacientes tienen claro que el autocuidado, es la acción que se toma para cuidarse a uno mismo, acciones que se realizan para bien de la persona. A la altura de la octava sesión se puede determinar que, de los catorce participantes, trece de ellos manifiestan estar convencidos de que deben cambiar, y además de lo importante que es esto para sus vidas. Esto se reconoce a través de sus manifestaciones de actitudes positivas, de cambios que han asumido, incluso modificación de hábitos.

“Yo creo que esto es de decisiones, es como las decisiones que tomamos todos los días de las cosas que vemos en la calle y seguir con la voluntad de hacer las cosas bien, esa es la decisión que quisimos tomar para estar bien, eso que yo decido tomar en determinado momento, en mi caso me ha servido pequeños pasitos que he podido dar y que siento que eso me da confianza y más motivación para seguir en esto” (P8, S-8).

“Yo al inicio estaba seguro que debía retomar, lo que en algún momento dejé, pero me costó agarrar el ritmo, pero a través de las sesiones entendí y con mi motivación todo empezó a tener sentido” (P10, S-8).

“El conocer lo bueno y lo malo de la alimentación, me hace pensar diferente y querer estar bien, además el ponerme una camisa y verme bien, también es bueno” (P2, S-8).

“Yo me he motivado bastante me he propuesto eliminar las gaseosas, lo he cambiado por agua, me gusta mucho porque uno ve cómo cambia anímicamente, todos los cambios que uno hace, y ahora me hice exámenes y salieron mucho mejor el colesterol malo y de fijo es por los cambios” (P4, s-8).

Por otro lado, se puede escuchar al paciente uno, hasta el final manifestar que deseaba quedarse con sus prácticas antiguas como el consumo de comida rápida. Con este paciente se trabajó la motivación en el grupo, y los compañeros le dieron apoyo haciéndole ver que, si empezaba a hacer cambios como ellos, se iba a sentir mejor, pero algo sucedía con este paciente más allá de lo que las sesiones a nivel grupal podían ayudar.

A la hora de definir los objetivos del proyecto se planteó evaluar los alcances de la consulta grupal. Dentro de las expectativas que se tuvieron es el cambio en el estado nutricional que los participantes obtendrían al finalizar el estudio. Según los resultados presentados la mayoría de los pacientes, muestran cambios importantes que se ven reflejados en la mejora de sus indicadores de salud, acercándose a los objetivos terapéuticos que se desean alcanzar.

Alcances de la estrategia de la atención nutricional con consulta grupal

El proceso de consulta grupal es una metodología que apoya el crecimiento de los participantes a través de la transformación de los conocimientos y motivaciones con los que ingresaron para poder crear herramientas que aplicarán a sus vidas para la obtención de mejores resultados. La consulta grupal proporcionó un apoyo mutuo entre los participantes que les permitió desarrollar la colaboración y la motivación entre ellos. En el momento que alguno quería flaquear sus compañeros lo impulsaban a continuar y le ayudaban a encontrar la razón correcta para continuar.

Esta estrategia contempló herramientas de educación terapéutica, donde se enseñó al participante a ser activo y participativo buscando una nueva manera de comprender un nuevo estilo de vida saludable, lo cual lograron llevar más allá de ellos, buscando el involucramiento de sus familiares y además de sus compañeros de trabajo.

“Toda la educación que nos está trasmitiendo, nos hace tomar consciencia, no nos enseñaron a ser hombres en ningún lado, tampoco de nutrición y acá estamos aprendiendo y eso es lo principal y lo otro una decisión una elección de como quiero estar a nivel de salud y términos físicos, también un cambio que hice es no ver esto como un fin si no como un medio de aquí hasta cuando Dios no la preste” (P8, S8).

La consulta nutricional grupal tuvo una buena aceptación por parte de los participantes quienes demostraron amplitud hacía la comunicación, cooperación, apoyo y crecimiento durante el proceso, ya que la estrategia grupal les ayudo a la aceptación de ellos como hombres buscando el autocuidado, a través de ver otros hombres en el mismo proceso lo que permitió que entendieran que los hombres pueden cuidar de su salud, sin disminuir su masculinidad.

Los participantes mencionan aspectos que consideran fueron cambiados mediante la consulta grupal; a continuación, algunos comentarios:

“Yo de parte mía y creo que de parte de todos los compañeros agradecerle a usted por su tiempo y por la paciencia que nos tiene y nos ha tenido y bueno yo le voy a ser sincero si usted y bueno WEM no me hubieran invitado a este plan yo creo que estuviera comiendo el bollo de pan igual o hasta más y no

sabía lo importante que era para mi persona cuidarme de salud y venir a la consulta grupal decirle a los compañeros que no estamos solos y que sigamos adelante que es por nuestro bien haber venido acá y seguir adelante”(P2, S11).

“Yo quiero dejar algo hoy aquí lo importante es que soy yo. Esté Vivi (la facilitadora) o no, ya nos dio las herramientas, pero nada funciona si yo no pongo de mi parte, entonces trataremos de divorciarnos de la idea de que necesitamos que estén pendientes, lo que me enseñó la consulta grupal fue que entre todos logramos tener las herramientas que van a ayudarnos a estar más saludables, y lo que yo tengo que hacer es agarrar esas herramientas y salir para adelante, recordar que Vivi es una persona especial que cambió nuestras vidas, nos dio todo, pero la responsabilidad es nuestra si lo hacemos, para eso está el apoyo del grupo, porque no estamos solos”(P15, S11).

“Cuando estaba en WEM y escuche lo del taller dije esto es lo que yo necesito, yo había estado en nutrición que me habían mandado en el hospital pero es diferente cuando iba a la cita era consulta individual solo me daban un papel y listo venga dentro de 4 meses, y pensaba ahora yo que hago, pero ahora el saber la importancia del uso de los alimentos que era cada grupo y el beneficio, la motivación que tengo ahora es hacía donde voy y que es lo que quiero, entonces no me pongo un 10 porque hay factores externos que no puedo controlar pero sé que voy a lograr el objetivo por necesidad y porque quiero, eso sí cambio de la vez pasada, le agregue el quiero, porque sí lo siento ahora quiero cambiar”(P12, S11).

A los participantes se les consultó si ellos considerarón que el método de consulta grupal les ha motivado más que otros métodos, ellos afirman que el trabajarlo a nivel grupal facilitó el hecho de que logaran cumplir metas, como mencionan:

“Al inicio uno se siente un poco tímido, pero al irse dando cuenta que a otros les pasa lo mismo que a uno, hace más fácil llevar el proceso, el poder comunicarse escuchar ideas nuevas de los demás y llevarse la motivación de que si otros pueden yo también puedo” (P3, S11).

“Definitivamente, la dinámica es más enriquecedora, porque permite que nos expresemos más que compartamos con otros y que nos den el apoyo de que si se puede, las experiencias de los demás ayudan aplicar lo positivo en la vida de uno y mejorar” (P15, S11)

“Para mí como lo he mencionado, la consulta individual es como más fría, uno se sienta y solo le dicen lo que tiene que hacer y listo, en este lugar encontré compañerismo, apoyo, motivación y ahora hasta amigos más saludables” (P12, S11).

“Yo creo que es un trabajo único que es trabajar con hombres y con hombres WEM, que tienen sus características distintas, y el beneficio que nosotros estamos obteniendo talvez Usted no lo puede medir, pero nosotros que estamos en el proceso estamos agradecidos y súper contentos con lo que estamos aprendiendo” (P12, S-8).

En algún momento los participantes mencionaron que esta es la primera vez que permiten entrar a una mujer al WEM, por lo que a un inicio ellos encontraron dudas, más que todo porque dudaban si la facilitadora sería capaz de comprenderlos, lo que resolvió esta duda fue la metodología grupal que permitió que ellos mismos encontraran sus soluciones a través del compartir sus vivencias y el apoyo mutuo. La postura nunca fue que lo que la facilitadora decía era lo único importante, si no ésta únicamente participó como una guía para que encontraran sus propias respuestas.

Un dato importante es que en la dinámica de la consulta grupal utilizando como base el grupo operativo, el facilitador se convierte en una guía, para que los pacientes entre ellos a través del compartimiento de sus experiencias, creencias y pensamientos, reformulen toda esta información y la conviertan en sus nuevas herramientas. La facilitadora ésta para ayudar a mover al grupo hacía el cambio. Mencionado lo anterior, para lograrlo se hizo necesario contar con la ayuda y colaboración del observador, en este caso fue un hombre quien realizó esta función durante todas las sesiones grupales.

El observador logro captar detalles en las sesiones que para la facilitadora se escapan de control, como gestos, comentarios, que manifiestan el avance, retroceso o herramientas importantes para planificar la siguiente sesión y ayudar precisamente al grupo a encontrar la tarea y sacarla adelante.

Con respecto al dato que el observador sea hombre, ayudo mucho a entender, comprender la dinámica de los hombres en un rol de salud, y amplió la posibilidad de poder brindarles mayor ayuda; al finalizar todas las sesiones se realizó una síntesis donde se discutía con el observador como estuvo la sesión, los posibles emergentes, las posibles barreras, si la facilitadora no vio alguna situación que dejo pasar y era importante abordar porque podría cambiar el rumbo de la tarea.

Además, se les preguntó si ellos no estuvieran acostumbrados a compartir en grupo, cuáles serían los aspectos más importantes que la facilitadora debía de tomar en cuenta a la hora de abordar un grupo de hombres, a lo que ellos mencionaron:

“Crear un círculo de confianza y seguridad, donde no nos sintamos juzgados es lo principal, y siempre y cuando ellos sepan y entiendan el problema que tienen y quieran superarlo” (P4)

“lo primero creo que es una dinámica sencilla para romper el hielo que pueda generar confianza, porque hay muchos hombres que nos da vergüenza aceptar nuestros problemas o que estoy más pasado de peso que otro del grupo, pero si se tiene la motivación clara del porque se está ahí y que se identifique que el grupo es una posible solución para resolver el problema, de ahí en adelante el grupo trabaja motivado” (P12)

“Yo creo que sólo ser solidarios y no hay parámetros para juzgar o comparar” (P10).

“A pesar de que ya estamos familiarizados con la dinámica grupal, es distinto porque yo he ido a muchas nutris porque necesito, pero nunca me habían enseñado todo lo que aprendimos aquí y además creo que el grupo es el componente de empuje que es identificarnos con otros, hace que sea más motivante” (P8, S-11).

“Definitivamente la motivación, porque recuerdo en una de las sesiones yo ya no quería volver porque vi que todos hacían muchas cosas y yo no avanzaba y escribí al chat de whatsapp despidiéndome y todo lo que los compañeros me dijeron me hizo volver, entender que cada uno tiene su ritmo y que para eso está el grupo para apoyar y jalarlo a uno cuando siente que es difícil” (P1, S11).

Al unir los comentarios con los resultados físicos obtenidos, se puede determinar que las expectativas que se tenían al inicio del proyecto se han cumplido, existió confianza, tanto hacía la facilitadora como hacía ellos mismos y hacía el grupo, aceptando la metodología y adaptándose con facilidad, se obtiene satisfacción de parte de los pacientes, siendo esta una manera de medir el grado o impacto que tuvo la consulta grupal en sus vidas.

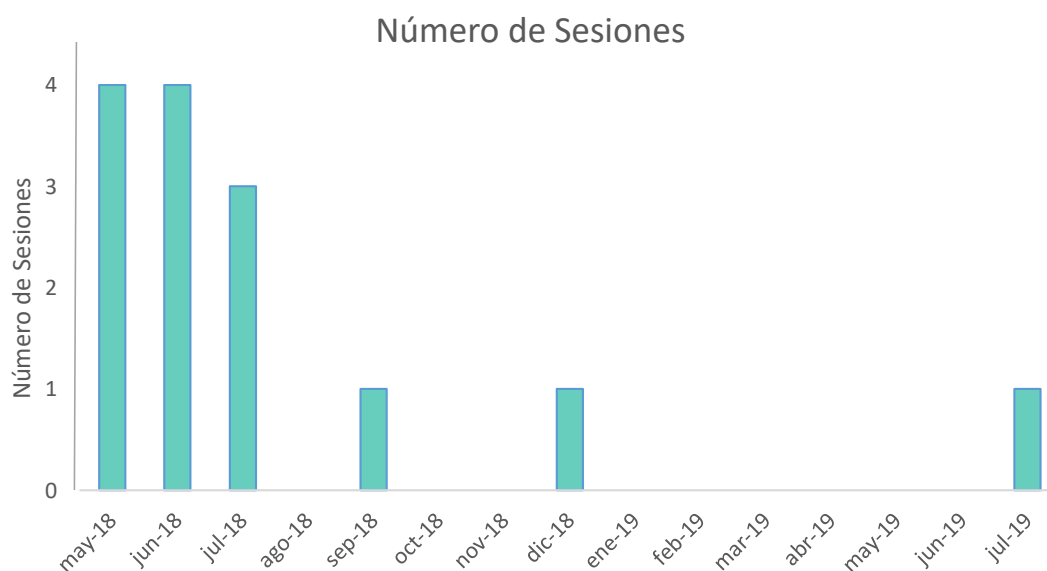
Al ir alcanzando las últimas sesiones el grupo tuvo mayor apertura hacía sus sentimientos, interiorizando conceptos aprendidos, expresaron mayor motivación, la colaboración aumento dándose entre ellos comentarios de apoyo y de motivación, como por ejemplo cuando P3 menciona *“Quiero seguir intentándolo”*, y el P15 responde *“no, Usted sigue lográndolo”*

Mencionado todo lo anterior se pudo observar como el grupo en su mayoría fue capaz a través de las sesiones de crecer, resolviendo las tareas que se iban presentando y alcanzando los objetivos trazados a un inicio.

VI. Seguimiento del grupo

Se decide realizar seguimiento nutricional de la consulta grupal ya que los pacientes así lo manifiestan como una necesidad para continuar con sus objetivos, y además la facilitadora por un principio de ética profesional considera justa la petición. Se logró coordinar, después de la sesión número once dos meses después el primer seguimiento, luego al cumplir 5 meses y por último al año de haber finalizado, como se observa en el gráfico número doce.

Gráfico 12: Sesiones por mes del grupo de consulta nutricional grupal, desarrollada en los años 2018-2019.



Las sesiones de seguimiento tuvieron una duración de dos horas, en cada una de éstas sesiones se realizaron mediciones antropométricas para lograr observar el avance de los participantes que asistieron y poder realizar las comparaciones y de ser necesario las modificaciones pertinentes.

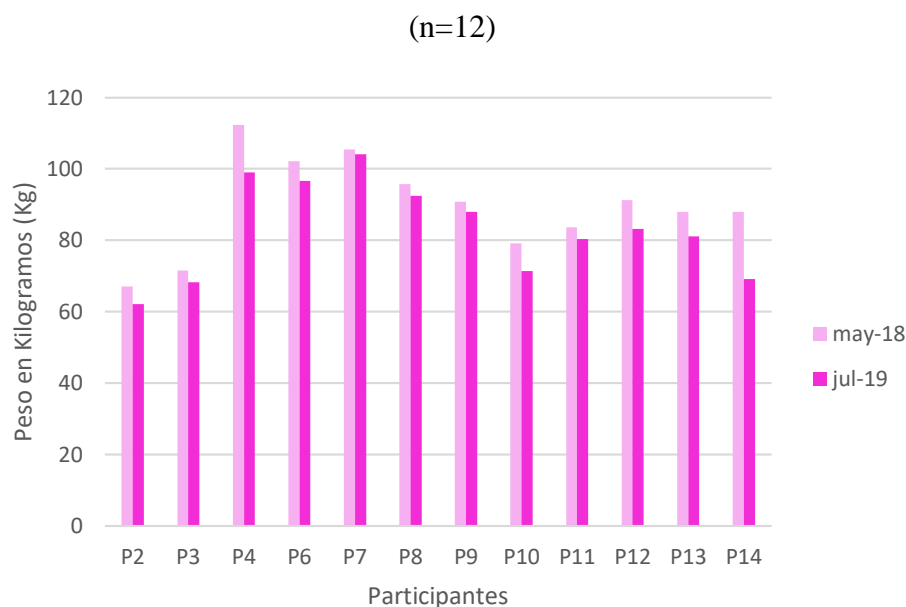
En la sesión del primer seguimiento se pudo percibir por los comentarios de los participantes, en el espacio de exploración, como lo que más les había costado es el hecho de no estar tan pendiente de las sesiones semanales, como el contacto del grupo les hacía falta, pero a la vez se sentían muy satisfechos de poder sostener los cambios aun cuando las sesiones se han distanciado, los pacientes mencionaron además que el chat del grupo ha funcionado para continuar con el apoyo y la motivación grupal.

Para el segundo seguimiento por ser diciembre se realiza educación nutricional sobre los alimentos que más se consumen en esta temporada y se realizan recomendaciones para sostener un estilo de vida saludable aun cuando sea un mes de excesos. Además, se realizan las mediciones antropométricas para continuar con la observación del cambio, para esta sesión los pacientes manifiestan sentirse más seguros continuando con las recomendaciones aun cuando han pasado cinco meses de haber finalizado el programa.

En el tercer seguimiento es importante mencionar que se tuvo la mayor asistencia de los tres seguimientos, ya que la participación fue de trece participantes del grupo, mientras que para el seguimiento uno y dos se obtuvieron asistencia de seis y siete participantes respectivamente.

Es importante mencionar que se presentan los resultados comparativos de los doce participantes que asistieron al seguimiento anual, el paciente número uno no quiso realizar mediciones, y el paciente número cinco dejos de asistir desde la cuarta sesión.

Gráfico 13: Comparación del peso corporal de los participantes de la consulta nutricional grupal, desde el inicio hasta su último seguimiento, desarrollado de mayo 2018 hasta julio 2019.



Como se puede observar en el gráfico anterior doce de los trece pacientes que asisten al seguimiento del año, lograron disminuir su peso corporal en comparación con el peso inicial, lo contrario ocurrió con uno de ellos (P1) quien nuevamente no quiso realizar las mediciones, pero mencionó que tuvo un aumento de su peso a lo largo del año, para lo que el menciona *“estoy mal, Yo sé que tengo todas las herramientas para estar bien, pero me cuesta tomar la decisión de iniciar, y cuando la tomo me cuesta mantenerla”*

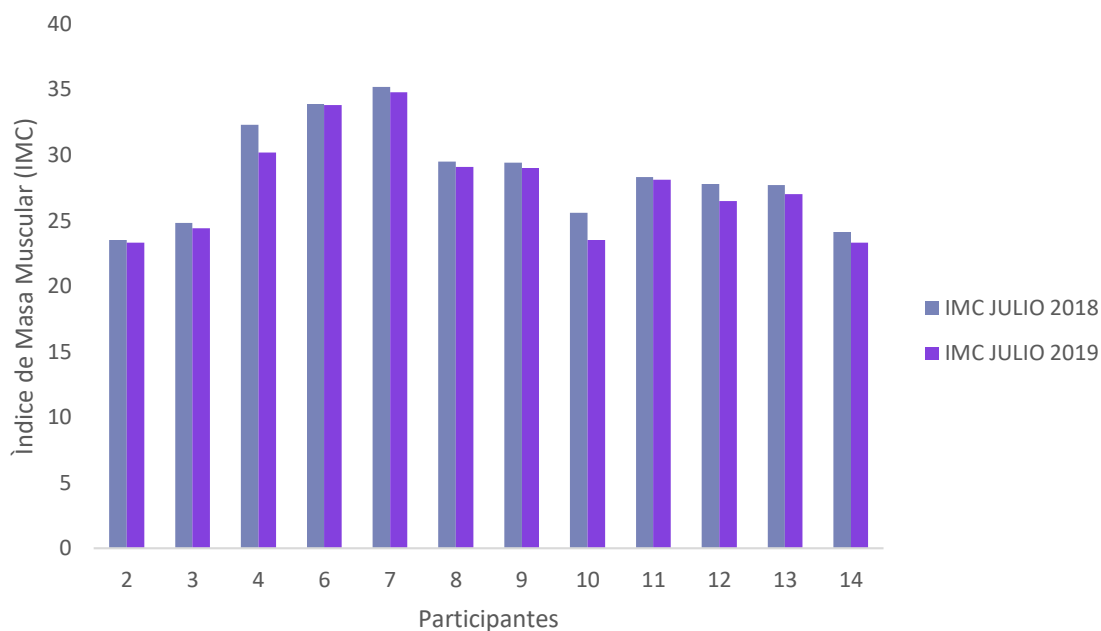
Los doce pacientes que logran perder peso a lo largo del año, coinciden en que no es un proceso fácil ya que se tienen que desprender de malos hábitos que han cargado por años, pero que una vez que empiezan a sentir los cambios en su vida, se convierte en un proceso agradable y sostenible. Algunos de los comentarios en el seguimiento del año son:

“Bueno al inicio no fue fácil, pero lo hemos logrado, la disposición y el apoyo de grupo facilito las cosas, he modificado cosas como cocinar y llevar la comida al trabajo, hacer las meriendas y en la medida de lo posible por los horarios de trabajo hacer ejercicio, estas cosas no las hacía hace un año y eso me hace sentir muy bien, tanto conmigo mismo como mi salud” (P12, S14).

“Continúo haciendo cambios, a veces me dan ganas de comer más, pero recuerdo que no es bueno para la salud, llevo la comida de la casa y hago ejercicio dos o tres veces por semana” (P13, S14).

“he sido muy constante, con la alimentación ya me adapté a las cantidades que me tocan comer y con el ejercicio también me mantengo motivado y me siento muy bien” (P10, S14).

Gráfico 14: Comparación del Índice de masa corporal (IMC), de los participantes de la consulta nutricional grupal, desde julio 2018 a julio 2019. (N=12)



Con respecto al gráfico anterior, se puede observar como los pacientes continúan buscando las metas y logrando los objetivos terapéuticos establecidos, se puede observar que en este seguimiento un paciente más alcanza un IMC normal, siendo cuatro pacientes los que se encuentran en este rango, sin menospreciar el esfuerzo de los demás que logran bajar los niveles de IMC aun cuando no logran salir de la condición de sobrepeso y obesidad. El paciente número siete logra salir de obesidad II a obesidad I.

En este punto podemos hablar de la adherencia al tratamiento ya que, al cabo de un año, se puede determinar cuán adherido está el paciente al tratamiento nutricional, entendiendo adherencia como lo establece la OMS “*el grado del comportamiento de una persona en relación con la toma del medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar*

cambios del modo de vida, que corresponden con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria". Según menciona Msc. Luisa Ramos en su estudio sobre adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas, realizado en el 2015, para que la adherencia ocurra se deben de cumplir 4 aspectos, "1. Aceptación convenida del tratamiento entre paciente y su tratante, 2. Cumplimiento, 3. Participación activa del cumplimiento y por último carácter voluntario de las acciones para el cumplimiento, basándonos en este orden, se puede mencionar que trece de los catorce pacientes han logrado interiorizarlo y además llegar al cumplimiento de los cuatro aspectos por lo que se puede afirmar que al año tienen una buena adherencia al tratamiento".

Por otro lado, existe la interrogante sobre qué pasó con el paciente número uno. Queda la gran incertidumbre del porqué a pesar de que el paciente asiste a las sesiones incluso al seguimiento anual, no logra adherirse al tratamiento, por lo que no consigue haberse convencido sobre el tratamiento para su enfermedad. Dentro de las dudas existentes es sí, quizás para este paciente la consulta grupal no es la mejor opción de tratamiento, a pesar de que el grupo siempre le brindó apoyo y trataron maneras distintas de ayudarlo para avanzar. Por otro lado, se podría cuestionar si en este caso en particular fuese necesario la intervención de psicología como equipo interdisciplinario para apoyar al paciente en la toma de decisiones (Ramos, 2015).

En este mismo estudio se menciona que existe una escasa adherencia al tratamiento en pacientes con obesidad, siendo uno de los mayores obstáculos para los profesionales en nutrición, estimando que dos tercios de los pacientes que logran bajar de peso, recuperan su peso inicial luego del año y casi todos lo hacen después de los 5 años, asociado a la falta de

adherencia, en comparación con los resultados encontrados al año después de haber iniciado el proyecto de graduación encontramos que doce de catorce participantes mantenían una pérdida de peso importante, por lo que podría estimarse que existe una buena adherencia y se estimaría que los pacientes a esta etapa logren mantener un estilo de vida saludable en los próximos 5 años, desafiando lo encontrado en el estudio mencionado (Ramos, 2015).

VII. Conclusiones

En la presente investigación se ha desarrollado una estrategia de consulta nutricional grupal, la cual se aplicó a un grupo de hombres con exceso de peso, con el objetivo de mejorar su estado nutricional y a la vez medir si este es un método viable para el tratamiento de los mismos. Por tanto, se puede concluir que:

1. El perfil sociodemográfico, no fue determinante como variación al estudio, ni predictor del cambio.
2. Los participantes contaban con conocimiento nutricional previo, pero no necesariamente lo aplicaban en sus vidas, la metodología de consulta nutricional grupal permitió que crearán las herramientas necesarias para poder llevar a la práctica dicho conocimiento y por ende mejorar sus prácticas en alimentación, ejercicio y como consecuencia mejoraran su estado nutricional.
3. Se encontró que, a través de la metodología utilizada, la mayoría de los pacientes lograron modificar su antropometría, alcanzando un estado nutricional mejor que con el que iniciaron.
4. El utilizar la metodología de consulta grupal permitió crear un vínculo entre los participantes que generó confianza para aceptar que los hombres pueden cuidar de sus vidas sin que provoque una disminución de su masculinidad.
5. A nivel de etapas de cambio se puede concluir que la mayoría de los pacientes modificaron sus actitudes e iniciaron un cambio para mejorar su salud. Utilizar el

instrumento de etapas de cambio para predecir la actitud del paciente hacía el avance, facilitó la elaboración de las sesiones y las preguntas disparadoras para generar discusión y con esto llevar al grupo a observar sus barreras y encontrar facilitadores que les permitieron progresar.

6. En este grupo de hombres se encontró que asocian el autocuidado con una connotación femenina, la resistencia está relacionada con una creencia en que esto puede disminuir su grado de masculinidad, dicha creencia fue trasformada en el proceso.
7. Se logró que la mayoría de los participantes, se convencieran a sí mismos de la importancia del autocuidado para sus vidas.
8. La dinámica grupal representó el éxito de la intervención en este grupo de hombres, ya que les permitió conocer sus barreras, enfrentarlas y con el apoyo grupal encontrar facilitadores que permitieran el cambio en cada uno de los participantes que concluyen con buen pronóstico la intervención.
9. La manera en que se realizó la facilitación, provocó que no se dieran pautas a cumplir sino lo contrario, que se buscara guiar al grupo a desarrollar las herramientas necesarias para provocar adherencia al tratamiento incluyendo aceptación convenida del tratamiento, cumplimiento de la mismas, participación activa y carácter voluntario para lograrlo.

10. Los participantes aseguran haber encontrado más enriquecedora la experiencia de la consulta nutricional grupal, en comparación con métodos de consulta convencionales, demostrando que el apoyo de grupo, y el ver a otros hombres en las mismas circunstancias fue significativo para lograr el proceso.

VIII. Recomendaciones

Es importante realizar investigaciones con hombres, ya que existe poca evidencia al respecto, y las estadísticas en enfermedades crónicas en esta población cada vez van en aumento, lo que provocará tener mayor acceso a información que permita generar estrategias terapéuticas para el abordaje nutricional de esta población.

Es de suma importancia a la hora de abordar población masculina en temas de salud trabajar el autocuidado ya que se ha acostumbrado a que los hombres delegan esta responsabilidad en sus madres y luego a sus esposas o parejas, por ende, es un punto súper importante de abordar para que esta población tenga éxito en su tratamiento.

Importante en el caso de los hombres utilizar vocabulario que no lleve connotación femenina para no crear barreras, por ejemplo, el usar la palabra dieta, la cual lleva mucho prejuicio sobre el contexto femenino, a su vez trabajar en romper estereotipos, con respecto a que los hombres no se cuidan porque caen en riesgo de perder su masculinidad.

Es importante tomar en cuenta en el proceso de consulta grupal un mínimo de ocho sesiones grupales, además del periodo de seguimiento hasta un año con el objetivo de aumentar la adherencia al tratamiento de los participantes.

Con respecto a la consulta grupal, es muy importante contar con la presencia del observador ya que enriquece los resultados enfocados en cada sesión, además permite una mayor discusión del comportamiento del grupo y favorece para que el facilitador pueda guiar mejor las sesiones.

IX. Bibliografía

Achury, D., Sepúlveda, G. y Rodríguez, S. (2009). Instrumento para evaluar la capacidad de agencia de autocuidado en pacientes con hipertensión. *Investigación en Enfermería*, 9-25.

Álvarez, D., Zavaleta, A., García, B., Vergara, A., y Martini, L. (2014). Conocimientos de la obesidad de acuerdo al estado nutricional y satisfacción corporal en una comunidad Universitaria de la Ciudad de México. *Memorias del XVI Concurso de Castellistas de investigación desarrollo e innovación CLID*.

Arango, Y. (2007) *Autocuidado, género y desarrollo Humano: hacía una dimensión ética de la salud de las mujeres*. Cuba: Maestra Salud Pública del Centro de Estudios de género, Mujer y sociedad, 107-115.

Arévalo. (1984). *Psicoanálisis de las configuraciones vinculares*. Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de grupo.

Arrebola, E, Gómez C, Candelar C, Fernández F, Lopez B, (2013) *Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en modificación de estilos de vida saludables*, Madrid.

Ascencio, M., Sancho, A, Rodríguez, S., Alfaro, T., Chavarría, P., Calvo, N., et al. (2013). *Encuesta Nacional de nutrición 2008-2009, fascículo 1 Antropometría*. Ministerio de Salud et al, 1-148.

Baudrand, R; Arteaga, E; Moreno, M. (2010) *El tejido graso como modulador endocrino: cambios hormonales asociados a la obesidad*. *Revista Médica de Chil*, 1294-1301.

Cabrera, G. (2000). *El modelo transteórico del comportamiento en salud*. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 129-138.

Cobo, C; Fabián, M; Moreno, M;(2006). *El papel del ejercicio en el tratamiento de la obesidad*. Departamento de Medicina Interna y Cirugía General, Fundación Clínica Médica Sur, Mexico D.F, 151-155.

Courtenay, W. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men`s well-being: a theory of gender and health. CA, USA, Sonoma State University, Social Science & Medicine, 1385-1405.

Doyal, L.;(2001). Sex, gender, and Health: the need for a new approach. Education and Debate.

Escobar, M.; Franco, Z.; Duque, J. (2011). El autocuidado: un compromiso de la formación integral en educación superior. Colombia: Revista Hacia la promoción de la salud. 132-146.

Ferrer, V; Santonja, (2006). Ejercicio físico y Obesidad, Revista Cirugía menor y procedimientos en medicina de familia. 1795-1798.

Gil-Lacruz, M. y Gil-Lacruz, A. (2007). Percepción de la salud según sexo y edad. Revista de Ciencias Sociales Universidad de Costa Rica, 183-195.

Godinez, S; Mermejo,G; Márquez, E; Slordia, J; Baeza, R. (2002). La grasa visceral y su importancia en la obesidad. Revista de endocrinología y Nutrición de la Sociedad Mexicana de endocrinología y nutrición, 121-127.

Gómez, M. (2013). Comparación del Estadío de cambio para la actividad física y para el ejercicio físico entre Universitarios Brasileños y catalanes, Bogotá, Colombia, Revista científica Bogotá, sección de ciencia y tecnología. 173-198.

González, G; Hernández, S; Pozo, P; García, D. (2011). Asociación entre el tejido graso abdominal y el riesgo de morbilidad: efectos positivos del ejercicio físico en la reducción de esta tendencia. Revista Nutrición Hospitalaria, 685-691.

Iñón C. (1997). Vectores del cono invertido, 1-10.

Kauffer, M., Ávila, H., y Tavano, L. (s.f.). Obesidad en adultos.

Katleen, L.; Escott-Stump, S.; Raymond, J. (2013). Krause Dietoterapia 13 edición. España: Elsevier.

López, M.; Soto, A. (2010). Actualización en obesidad. España: Revista Cad Atención Primaria, 101-107.

López, M (2008). Etapas de cambio conductual ante la ingesta de frutas y verduras, control de peso y ejercicio físico de estudiantes de la Universidad del desarrollo, sede dela concepción, Chile: Revista Chilena nutrición, 215-224.

Manoel, M.;Nascimento, B.; Oliviera, G.; Aparecida, C.; Silva, S. (2015). Efectividad de las intervenciones individuales y en grupo en personas con Diabetes tipo 2. Brasil: Revista Latinoamericana Enfermagem, 201-207.

Mayor, L. (1995). El cambio en las conductas adictivas. Revista de la psicología de la PUCP, 131-142.

Meléndez L, Olivares S, Lera L, Mediano F. (2011). Etapas de cambio, motivaciones y barreras relacionadas con el consumo de frutas y vegetales y la actividad física en madres de prescolares atendidas en centro de atención primaria. Revista Chilena de Nutrición, 466-475

Méndez, S.; Mata, V.; Maldonado, M.; Rivas, L. (2015). Efectividad de una intervención en nutrición en pacientes con hipertensión arterial sistémica que reciben atención primaria de salud, resultados de un estudio piloto en la Ciudad de México. México: Revista Nutrición Clínica y Dietetica Hospitalaria, 52-58.

Mendieta, G. (2014). Percepción del cuerpo e imagen corporal masculina: una revisión narrativa. Bogotá D.C, Colombia: fundación Universitaria del Área de Andina.

Mora, A. (2006). El trbajo grupal en la enseñanza. El grupo operativo de aprendizaje de E. Pichón Riviere. Reidoscopio ISSN, 43-49.

Moreno G., (2012). Definición y clasificación de la obesidad. REV. MED. CLIN. CONDES , 124-128.

Organización Mundial de la Salud. (27 de octubre de 2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Organización Mundial de la Salud. (11 de octubre 2016). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de www.phao.org/hg/index.php?option=com

Oviedo, G. (2004). Definición del concepto de percepción en psicología con base la teoría Gestalt. Colombia, Revista de Estudios Sociales, 89-96

Padilla, G., Roselló, M., Guzmán, S. y Aráuz, A. (2006). Percepción de la obesidad en adultos costarricenses. Acta Médica Costarricense.

Prado, L.; González, M.; Gómez, N.; Romero, K. (2014). La teoría déficit de autocuidado: Dorotea Orem, punto de partida para la calidad de la atención. Cuba, Universidad de las ciencias médicas, Hospital Universitarioa Clínico Quirurgico Comandante Faustino Pérez Hernandez. 835-845.

Prodcaminsky, M, deBeausset, I. (1999), Aproximación a una comprensión de los grupos. Centro de Investigación y formación en procesos grupales, 1-3.

Prochaska, J (1999). Cómo cambian las personas, y como podemos cambiar nosotros para ayudar a muchas más personas. Washington D.C, Centro para el Desarrollo de la psicoterapia estratégica breve, American Psychological Association. 227-255.

Quiroga, A. (2004). El proceso Educativo según Paulo Freire y Enrique Pichón Riviere. México, Plaza Vlavez S.A

Ramos, L (2015), La adherencia al tratamiento en enfermedades Crónicas, Revista Cubana de Angiología cirugía vascular, 165-189.

Ritterstein, P (2008). Aprendizaje y vínculo: Una mirada sobre el aprendizaje: Enrique Pichón Riviere y Paulo Freire, Facultad de ciencias sociales Universidad de Buenos Aires, 1-8.

Rizo, M.(2008). Exploración conceptual de la psicología social y sociología fenológica en la construcción de la comunicología. Repaso hitórico y perspectivas hacía el futuro. México: Revista Razón y palabra, Instituto Tecnológico de estudios superiores Monterrey, México.

Rodríguez, E.;Perea, J.; López,.; Ortega R. (2009). Obesidad, resistencia a la insulina y aumento de niveles de adipocinas, importancia de la dieta y el ejercicio. España: Revista Nutrición hospitalaria, 415-421.

Roldán, E, Rendón, D, Isaza, J. (2013). Propuesta de prescripción de ejercicio en obesos, Revista Politécnica. 75-84.

Rubio, M., Salas, J., Barbany, M., Moreno, B., Aranceta, J., Bellido, D., et al (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Revista Española de Obesidad, 7-48.

Roldan, E; Rendón, D. (2013). Propuesta de Prescripción de ejercicio en obesos. Revista Politecnica, Colombia, 75-84.

Salinas, A., Garza, M., Cobos-Cruz, R., Nuñez-Rocha, G., Garza-Elizondo, M. y Peralta, D. (2009). Diabetes y consulta médica grupal en atención primaria, ¿Vale el cambio? Revista Médica Chilena, 1323-1332.

Salvo, S. (2007). Psicología Social, Recuperado de www.psico.edu.uy//sites/cursos/int-teorias_enrique.pdf

Santander, P. (2011), porque y como hacer análisis de discurso, Universidad Católica de Valparaíso, 207-224.

Sapag JC, Lange I, Campos S, Piette JD. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. Rev Panam Salud Publica, 1–9.

Soca, P, Niño, A. (2009) Consecuencias de la obesidad. Revista ACIMED, 84-92

Tabón, O. (2015). El Autocuidado una habilidad para vivir. Departamento Salud Pública, Universidad de Caldas, 1-12.

Usobiaga, L. (2005). El encuadre y Psicoanálisis, España, Bilbao: Revista Norte de Salud mental, 47-52

Vega-Franco, L. (2002). Ideas, creencias y percepciones acerca de la Salud. *Reseña Historica. Salud Pública Mex.*, 258-265.

Zúñiga, G. (2014). Experiencia en la aplicación de la consulta Nutricional Grupal en funcionarios con síndrome metabólico del área de Salud Goigochea 2 Durante año 2014. San José, Costa Rica: Ciudad Universitaria Rodrigo Facio.

X. Anexos

Anexo 1. Aval de la Institución

San José, 26 de octubre del 2016

Señores
Posgrado de Nutrición
Universidad de Costa Rica

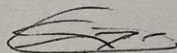
Estimados (as) Señores(as):

Por este medio El Instituto Costarricense de Masculinidad, Pareja y Sexualidad (WEM), autoriza que la Dra. Viviana Rivas Cordero, cédula 304000520, carné estudiantil B49536, a realizar una intervención nutricional correspondiente a su trabajo final de graduación (TFIA), el cual es requisito para optar por el título de la Maestría de Nutrición Clínica de enfermedades crónicas no transmisibles.

La intervención tendrá una duración de 3 meses, se realizará a la población masculina que asiste al Instituto, con la modalidad de consulta grupal, dicha intervención se llevará a cabo en las instalaciones ubicadas en San Pedro Montes De Oca, como apoyo a la Campaña de Salud masculina con el que se cuenta.

Cabe resaltar que la Dra. Rivas se compromete a guardar plena confidencialidad de toda la información obtenida apegándose al marco de la ley Costarricense de Investigación con Seres Humanos y cumpliendo con el reglamento correspondiente de las Buenas Prácticas Clínicas (BPC).

Atentamente



Lic. Dennis Redondo Alfaro

Responsable Campañas Instituto Wem

Psicólogo. Cod. 10038

Anexo 2. Anamnesis**Número de paciente:** _____**Expediente Nutricional****A. Primera parte Perfil sociodemográfico****Nombre:** _____**EDAD:** _____ **fecha de nacimiento:** _____**ESTADO CIVIL:** _____**OCUPACIÓN:** _____**NIVEL EDUCATIVO:** _____

Existe la posibilidad que en una de las sesiones nos acompañe una de las personas que se ve involucrada con la preparación de alimentos: si _____ no _____

Quien sería: _____

B. Segunda parte mediciones antropométricas

Fecha								
Medición	1	2	3	Promedio	1	2	3	Promedio
Edad								
Talla								
Peso								
IMC								
%GRASA								
C.CINTURA								
C. MUÑECA								
CONTEXTURA CORPORAL								
PESO IDEAL								
PESO AJUSTE								

C. Tercera parte Requerimiento Energético y cálculo de dieta

Cálculo de requerimientos:

Harris Benedict

$$H: 66 + (13,7 \times \text{peso kg}) + (5 \times \text{talla cm}) - (6,8 \times \text{edad})$$

RET: TMB _____ x Factor actividad física _____ x Factor térmico alimentos _____

Diagnóstico Nutricional:

Restricción calórica:

Prescripción energética:

Prescripción dietoterapéutica:

Justificación:

Prescripción dietética

	%	Kcal	Gramos
CARBOHIDRATOS			
PROTEINA			
GRASA TOTAL			
SATURADA		-	
POLIINSATURADA		-	
MONOINSATURADA		-	
GRASAS TRANS	2g/1000	-	
COLESTEROL	200	-	200
FIBRA	30	-	30

Plan de alimentación

Nutriente	CANT/D	DESAYUNO	MERIENDA	ALMUERZO	MERIENDA	CENA	Colación
FRUTAS							
LÁCTEO DESCREMADO							
VEGETALES							
CARBOHIDRATOS							
LEGUMINOSAS							
PROTEÍNA Baja en grasa							
Proteína Media grasa							
GRASA mono poli							
saturada							
AZUCAR							
AGUA							

Registro de consumo

Desayuno	
Merienda	
Almuerzo	
Merienda	
Cena	

Anexo 3. Técnica para la toma de peso porcentaje de grasa con balanza

OMRON HBF-514

Procedimiento de medición peso y porcentaje de grasa:

1. Súbase a la plataforma de medición y coloque sus pies en los electrodos de los pies de manera que su peso quede distribuido uniformemente. Permanezca quieto y no se mueva hasta que la medición de su peso finalice
2. Cuando aparezca “START” (Inicio) en la pantalla extienda los brazos hasta que queden rectos y formen un ángulo de 90° con respecto a su cuerpo. Como lo muestra la siguiente imagen:



Interpretación de resultados del porcentaje de grasa corporal Recomendada por OMRON

Para hombre adulto

Edad	Bajo (-)	Normal(0)	Elevado (+)	Muy Elevado (++)
20-39	< 8.0	8.0- 19.9	20.0- 24.9	≥ 25
40-59	< 11.0	11.0 - 21.9	22.0 - 27.9	≥28.0
60-79	< 13.0	13.0 - 24.9	25.0 - 29.9	≥30.0

Fuente: Gallagher y otros, American Journal of Clinical Nutrition (Publicación estadounidense especializada en nutrición clínica), Vol. 72, septiembre de 2000

Anexo 4. Clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC)

Clasificación del indicador de IMC, según OMS 2014

Clasificación del IMC	
Insuficiencia ponderal	< 18.5
Intervalo normal	$18.5 - 24.9$
Sobrepeso	≥ 25.0
Preobesidad	$25.0 - 29.9$
Obesidad	≥ 30.0
Obesidad de clase I	$30.0 - 34.9$
Obesidad de clase II	$35.0 - 39.9$
Obesidad de clase III	≥ 40.0

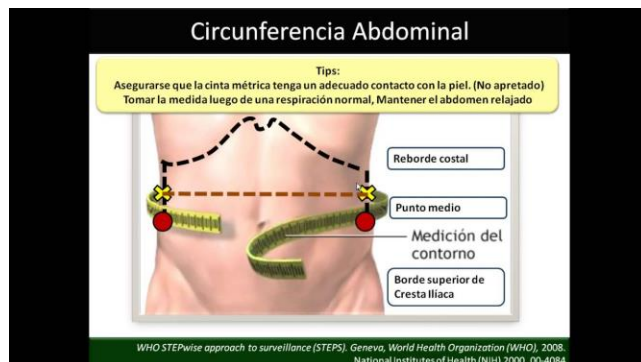
Anexo 5. Técnica de medición de Cintura

Para realizar la medición de circunferencia de cintura se necesitará una cinta métrica. Esta medición se realiza directamente sobre la piel.

La recomendación para la medición es realizarla al final de una respiración normal, el paciente debe tener los brazos a cada lado de su cuerpo con la palma de la mano hacia el abajo y relajados.

Procedimiento:

1. Colóquese a un lado del participante, localice el punto inferior de la última costilla y la cresta ilíaca (parte más alta del hueso de la cadera) y ponga unas marcas con bolígrafo fino.
2. Con una cinta métrica, encuentre el punto central entre esas dos marcas e indíquelo.
3. Coloque la cinta sobre el punto indicado en la etapa anterior y rodee al paciente con la cinta métrica.
4. Verifique que la cinta se encuentra en posición horizontal alrededor de todo el cuerpo del participante.
5. Pídale al participante que respire despacio y mida el perímetro de cintura.



**Anexo 6. Instructivo Sobre Conocimientos en causas y consecuencias del
exceso de peso y Prácticas en alimentación.**

Instructivo

El siguiente cuestionario esta elaborado para ser utilizado en un grupo de hombres adultos con exceso de peso. Su aplicación es para una entrevista grupal.

El objetivo del mismo es realizar un diagnóstico al inicio de la intervención con la finalidad de percibir cual es el grado de conocimiento que tienen los participantes sobre el exceso de peso, sobre prácticas de alimentación y actividad física, y además se aplicará al final del proceso pretendiendo identificar si la persona cuenta con mayor, menor o igual conocimiento al final de la intervención.

Dicho cuestionario cuenta con un total de 35 preguntas, divididas en tres partes.

La primera parte es la unidad de conocimientos sobre el exceso de peso y corresponde a las 10 primeras preguntas, con una calificación específica.

La segunda parte corresponde a las prácticas de alimentación y concierne a las preguntas de la 11 a la 30, de igual manera con una calificación específica.

La tercera etapa corresponde a las prácticas en actividad física, y son las restantes últimas 5 preguntas con su calificación.

El llenado de las preguntas se hará en sesión grupal, siendo la facilitadora quien dirige la lectura de la pregunta y debe dar tiempo prudencial para el participante responda, ya sea marque con X o respuestas breves, se debe de ser consiente en no dirigir las respuestas de los pacientes ya que la facilitadora debe ser imparcial y estar atenta a aclarar dudas si estas surgen.

Referente a la evaluación se detalla a continuación.

Evaluación

A. Primera parte

Para un total de 10 preguntas, con un valor de 50 puntos, donde cada pregunta correcta obtiene 5 puntos.

# pregunta	Respuesta correcta	Puntuación
1	Aumento de la grasa corporal, tener un peso mayor al que se debe para estar saludable.	5 pts
2	Si	5 pts
3	Si	5 pts
4	Alto	5 pts
5	Si	5 pts
6	Índice de masa corporal, es una manera de clasificación del peso, es una relación entre la edad y la estatura y el peso.	5 pts

7	Malos hábitos de alimentación, sedentarismo	5 pts
8	Si	5 pts
9	Unidad de medida, contenido energético de los alimentos.	5 pts
10	Cuidar alimentación y hacer ejercicio	5 pts

La calificación obtenida se clasificará de la siguiente manera

Puntos obtenidos	0-20 puntos	21-40 puntos	41-50 puntos
Total de preguntas	0-4 preguntas correctas	5-8 preguntas correctas	9-10 preguntas correctas
Clasificación	Poco conocimiento	Conocimiento moderado	Mucho conocimiento

B. Segunda Parte

Para un total de 18 preguntas correspondientes a prácticas sobre alimentación, cada pregunta vale 5 pts para un total de 90 puntos las siguientes son las respuestas correctas para cada ítem.

# pregunta	Respuesta correcta	Puntuación
11	Si	5 pts
12	Si	5 pts
13	Si	5 pts
14	Si	5 pts
15	Si responde	5 pts
16	4- 5 o 5-6 tiempos de comida 5 pts 3,4 tiempos de comida 2,5 pts 2-3 tiempos 1pts Menos 2	5 pts
17	Desayuno, merienda, almuerzo, merienda y cena 5pts Desayuno, almuerzo y cena 2,5 pts Menos de tres tiempos de comida 0pts	5pts
18	No	5pts
19	Ninguna	5 pts
20	No	5 pts
21	No	5 pts
22	No	5 pts

23	7 veces o más 5 pts 5-6 veces 2,5 pts 3-4 veces 1 pts 1-2 o Ninguna: 0 pts	5 pts
24	7 veces o más 5 pts 5-6 veces 2,5 pts 3-4 veces 1 pts 1-2 o Ninguna: 0 pts	5 pts
25	3-4	5 pts
26	3-4	5pts
27	Si la prepara y la sirve el mismo 5pts Si la prepara alguien más y la sirve El mismo 2,5pts Si en ambas lo realiza alguien más 0pts	
28	Si en ambas contesta que el mismo 5 pts Si en alguna de las 2 contesta que el mismo 2,5 pts Si en ambas contesta alguien más 0 pts	5pts
29	7-8 vasos 5 pts 5-6 2,5 pts 3-4 vasos 1 pt Menos de 3: 0 pts	5 pts
30	Despacio	5 pts

La evaluación se realizará de la siguiente manera:

Puntos obtenidos	0-35 puntos	36 -59 puntos	60-100 puntos
Total de preguntas	0-7 preguntas correctas	8-12 preguntas correctas	13-20 preguntas correctas
Clasificación	Prácticas alimentarias deficientes	Prácticas alimentarias regulares	Prácticas alimentarias buenas

C. Tercera parte

Un total de 5 preguntas relacionadas con la práctica de actividad física, para un total de 25 puntos, serán clasificadas de la siguiente manera

# pregunta	Respuesta correcta	Puntuación
31	Sentado 0 pts Caminando 5 pts Ambas 2,5 pts	5 pts
32	Si	5 pts
33	Conteste más de 3 veces 1 hora 5 pts 1-2 veces 1 hora 2.5 pts 30 min a la semana 1 pts Ninguna 0pts	5 pts
34	6 meses o más 5pts 3-5 mese 2,5 pts 1-3 mese 1 pts	5 pts

	Menos de 1 mes 0 pts	
35	Si , y anote al menos 1 beneficio de hacer actividad física.	5 pts

La evaluación se clasificará de la siguiente manera:

Puntos obtenidos	0-5 puntos	6-15 puntos	16-25 puntos
Total de preguntas	0,5 a 1 pregunta correcta	1,5 -3 preguntas correctas	3,5 -5 preguntas correctas
Clasificación	Sedentario	Prácticas actividad física deficientes	Prácticas actividad física buenas

**Anexo 7. Instrumento Sobre conocimientos, prácticas en alimentación y
actividad física**

Número de participante: _____

Instrumento

**Cuestionario sobre conocimientos y prácticas en alimentación y actividad física,
dirigido a hombres con exceso de peso en edades entre los 25 a 59 años.**

El siguiente cuestionario está elaborado para determinar el grado de conocimiento que tiene el participante sobre exceso de peso, sus causas y consecuencias, además de conocer sus prácticas tanto de alimentación como de actividad física que realiza.

La siguiente información es de carácter confidencial, utilizada únicamente con fines académicos e informativos de la consulta grupal en la cual Usted está participando.

Instrucciones: el cuestionario cuenta con un total de 33 preguntas, divididas en 3 temas principales: conocimientos, prácticas en alimentación y prácticas en actividad física. Este será llenado en grupo, durante la primera sesión.

El facilitador de la sesión leerá cada pregunta, aclarando si hay dudas y dará tiempo prudencial para que el participante responda.

El método de llenado consta de preguntas de selección única y de respuesta breve.

Nombre del participante:

Parte A. Conocimientos sobre el exceso de peso.

1. Para usted que es exceso de peso

2. Considera que tener exceso de peso es estar enfermo

Si ()

No ()

3. Conoce cuál es su peso en este momento:

Si () Cual es _____ No () pase a la 5 pregunta.

4. Si conoce su peso, Usted considera que esta:

Bajo () adecuado () Alto ()

5. Alguna vez ha escuchado hablar del IMC (índice de masa corporal)

Si () pase a la pregunta 6

No () pase a la pregunta 7

6. Defina con sus propias palabras que significa IMC

7. Podría usted mencionar las cosas más importantes que hacen que las personas aumenten de peso.

8. Considera usted que tener un peso mayor al que debería de tener perjudica

Si () ¿Por qué?

No () ¿Por qué?

9. ¿qué es una caloría?

10. ¿Cuál considera Usted que es la manera más efectiva para bajar de peso?

B. Segunda parte prácticas en alimentación

11. Se preocupa por cuantas calorías tiene la comida

Si () No ()

12. Revisa las calorías y los ingredientes de las etiquetas en los alimentos

Si () No ()

13. En algún momento de su vida ha realizado alguna dieta para bajar de peso

Si () No ()

14. Alguna vez ha asistido a consulta Nutricional

Si () pase a la pregunta 15 No () pase a la pregunta 16

15. Que piensa al respecto

16. ¿Cuántos tiempos de comida realiza al día?

1 a 2 tiempos () 2 a 3 tiempos () 3 a 4 tiempos () 4 a 5 tiempos () 5 a 6
tiempos ()

17. ¿Cuáles tiempos son?

18. Consume comida rápida, cuántas veces a la semana

Si () cuantas veces _____

No ()

19. Cuántas veces al día consume golosinas o snacks (papas fritas, maíz inflado,
platanitos, etc)

Ninguna () 1-2 veces () 3 a 4 veces () 5 veces o más ()

20. Consume gaseosas

Si () cuantas veces al día _____ cuantas veces a la semana: _____

No ()

21. ¿Cuándo esta aburrido cambia su alimentación?

Si () ¿cómo?

No ()

22. ¿Cuándo está ansioso cambia su alimentación?

Si () ¿cómo?

No ()

23. Cuantas veces a la semana consume vegetales y ensalada

Ninguna () 1 a 2 veces () 3 a 4 veces () 5-6 veces () 7 veces o más ()

24. Cuantas veces a la semana consume frutas

Ninguna () 1 a 2 veces () 3 a 4 veces () 5-6 veces () 7 veces o más ()

25. Cuantas veces a la semana consume carne roja

Ninguna () 1 a 2 veces () 3 a 4 veces () 5-6 veces () 7 veces o más ()

26. Cuantas veces a la semana consume carne blanca

Ninguna () 1 a 2 veces () 3 a 4 veces () 5-6 veces () 7 veces o más ()

27. La comida que consume quien la prepara y quien la sirve

Prepara: _____ Sirve: _____

28. ¿Quién compra los alimentos de la casa?

29. Cuantos vasos de agua consume al día

Ninguno () 1 a 2 vasos () 3 a 4 vasos () 5-6 vasos () 7 a 8 vasos ()

30. Cuando come lo hace

Despacio () o Rápido ()

C. Tercera parte Prácticas en actividad física

31. Qué tipo de trabajo realiza

Sentado () de pie () caminando () otro () _____

32. Realiza algún tipo de actividad física

Si () No ()

33. Si realiza actividad física, que tipo de ejercicio hace y cuánta duración

34. Cuánto tiempo tiene de practicar actividad física

35. Le gusta hacer actividad física
Si () porque

No () porque

Validación del Instrumento

Con respecto al cuestionario ¿tuvo alguna dificultad para contestar las preguntas?

¿Considera que alguna pregunta es muy confusa?

¿Existe alguna pregunta que Usted considere no debería de aparecer en este cuestionario y por qué?

Tiene alguna observación relacionada directamente con el cuestionario

Gracias por su colaboración

Firma del participante

Anexo 8. Matriz Educativa

- Tema:
- Problema:
- Objetivo general de la sesión:
- Grupo al que se dirige:

<u>Apertura/encuadre</u> Objetivo:					
<u>Exploración de lo cotidiano</u> Objetivo					
<u>Educación participativa</u> Objetivo:					
<hr style="border: 2px solid black;"/>					
<u>Discusión</u> Objetivo:					
<u>Planificación del cambio/cierre</u>					

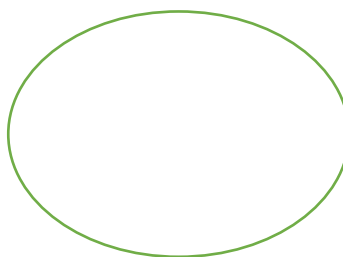
Anexo 9. Plantilla para Bitácora de Observador.

Nombre observador:

Sesión #____ Tema: _____

Fecha: _____

Distribución de los participantes



Anotaciones Sesión

Comentarios



Anexo 10. Bitácora de la facilitadora

Fecha: _____

Sesión # _____

Tema:

Anexo 12. Cuestionario sobre Etapas de Cambio

Número de paciente: _____

Cuestionario sobre etapa de cambio de estilo de vida de un grupo de hombres con exceso de peso que asisten al Instituto WEM.

Como parte del trabajo final de graduación de la Maestría en Nutrición Clínica de enfermedades crónicas no transmisibles de la Universidad de Costa Rica, y parte de la consulta grupal a la que se está participando, a continuación se presentan una serie de preguntas que debe responder según su situación personal.

Marque con una "x" la respuesta que considere apropiada. Debe Marcar solamente una respuesta por pregunta.

1. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe perder peso para mejorar su salud. Usted, ¿Con cuál frase se identifica?
 - a. No tengo la intención de hacerlo
 - b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando.
 - c. Ya empecé a realizar algunos cambios.
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses.
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

2. Suponiendo que también se le indica que debe realizar un plan de alimentación con porciones para ayudarse con la pérdida de peso. Usted, ¿con cuál frase se identifica?
 - a. No tengo la intención de hacerlo
 - b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando
 - c. Ya empecé a realizar algunos cambios
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

3. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe comer menos grasa para poder controlar su enfermedad. Usted, ¿Con Cuál frase se identifica?
 - a. No tengo la intención de hacerlo.
 - b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando.
 - c. Ya empecé a realizar algunos cambios.
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses.
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil.

4. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe comer menos azúcar, dulces y postres para poder mejorar su calidad de vida. Usted, ¿con cuál frase se identifica?
 - a. No tengo la intención de hacerlo.
 - b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando.

- c. Ya empecé a realizar algunos cambios.
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses.
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil
5. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe agregar menos sal a sus comidas y comer menos productos enlatados o envasados para poder controlar su presión arterial. Usted, ¿con cuál frase se identifica?
- a. No tengo la intención de hacerlo.
 - b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando.
 - c. Ya empecé a realizar algunos cambios.
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses.
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil
6. Si en este momento un profesional de la salud le indica que debe comer más frutas y vegetales para mejorar su calidad de vida, Usted, ¿con cuál frase se identifica?
- a. No tengo la intención de hacerlo.
 - b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando.
 - c. Ya empecé a realizar algunos cambios.
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses.
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil
7. Si se le indica que debe realizar actividad física con el objetivo de controlar su enfermedad y mejorar su calidad de vida. Usted ¿Con Cuál frase se identifica?

- a. No tengo la intención de hacerlo.
 - b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando.
 - c. Ya empecé a realizar algunos cambios.
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses.
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil
8. Si se le sugiere que debe de consumir más frijoles y granos enteros para mejorar su salud. Usted, ¿con cuál frase se identificaría?

No tengo la intención de hacerlo.

- b. Estoy considerando cambiar, lo estoy pensando.
 - c. Ya empecé a realizar algunos cambios.
 - d. Lo he estado haciendo por seis meses.
 - e. Ya lo hice y ahora me resulta fácil
9. En la siguiente escala marque con una X la opción que considere, califica mejor su capacidad o habilidad para lograr cambios necesarios en el estilo de vida, que le garanticen un buen estado de salud.

	(1) Ninguna capacidad para lograrlo
	(2) Poca capacidad para lograrlo
	(3) Suficiente capacidad para lograrlo
	(4) Mucha capacidad para lograrlo

Muchas gracias por su colaboración

Fuente: Guisselle Zuñiga (2014)

Anexo 13. Consentimiento informado

Anexo 14. Tabla de pérdida de peso (Kg) de los participantes

Tabla 2. Pérdida de Peso en Kg de los participantes

Paciente	Peso inicial (Kg)	Peso final (Kg)	Pérdida de peso (Kg)
1	146,5	-	-
2	67,0	62,9	4,1
3	71,5	68,1	3,4
4	112,3	106	6,3
6	102,1	97	5,1
7	105,5	104	1,5
8	95,7	93,6	2,1
9	90,8	89,5	1,3
10	79,1	77,5	1,6
11	83,7	81,1	2,6
12	91,2	87,2	4
13	88	82,9	5,1
14	88	81	7
15	91,1	88,6	2,5

Anexo 15. Tabla de comparación de IMC de los participantes al inicio y final de la investigación.

Tabla 3. *Índice de Masa Corporal (IMC) de los participantes en estudio.*

Número Participante	IMC (Kg/T ²) inicio	Interpretación	IMC (Kg/T ²) Final	Interpretación
1	51,3	Obesidad III	-	
2	25,1	Sobrepeso	23,5	Normal
3	25,5	Sobrepeso	24,8	Normal
4	34,1	Obesidad I	29,9	Sobrepeso
6	36,2	Obesidad II	33,9	Obesidad I
7	35,7	Obesidad II	35,2	Obesidad II
8	30,7	Obesidad I	29,5	Sobrepeso
9	29,8	Sobrepeso	29,4	Sobrepeso
10	25,9	Sobrepeso	25,6	Sobrepeso
11	29,3	Sobrepeso	28,3	Sobrepeso
12	29,1	Sobrepeso	27,8	Sobrepeso
13	29,4	Sobrepeso	27,7	Sobrepeso
14	29,7	Sobrepeso	24,1	Normal
15	28,8	Sobrepeso	28	Sobrepeso

Anexo 16. Tabla sobre porcentajes de grasa de los participantes al inicio y final de la investigación.

Tabla 4. Comparación porcentaje de grasa al inicio final del estudio.

Participante	Grasa corporal (%) Inicio	interpretación	Grasa corporal (%) final	Interpretación
1	42,6	Muy elevado	-----	
2	22,4	Elevado	20,5	Normal
3	22,4	Elevado	21,1	Normal
4	34,0	Muy elevado	32,3	Muy elevado
6	39,9	Muy elevado	38,4	Muy elevado
7	37,7	Muy elevado	36,8	Muy elevado
8	30,8	Muy elevado	29,6	Muy elevado
9	27,9	Elevado	25,7	Elevado
10	27,2	Muy elevado	25,4	Muy elevado
11	32,3	Muy elevado	29,3	Muy elevado
12	31,6	Muy elevado	29,1	Muy elevado
13	24,3	Elevado	23	Elevado
14	26,0	Elevado	22	Elevado
15	28,5	Muy elevado	26,4	Elevado

Anexo 17. Tabla de clasificación de cintura de los participantes al inicio y final de la investigación.

Tabla5. Circunferencia de cintura al inicio y final de la investigación

Paciente	Circunferencia cintura (cm)	Interpretación	Circunferencia cintura (cm)	Interpretación
	Inicio		Final	
1	112	RC	-----	---
2	92	NRC	89	NRC
3	103	RC	94	NRC
4	118	RC	114	RC
6	115	RC	106	RC
7	118	RC	114	RC
8	104	RC	100	NRC
9	108	RC	103	RC
10	102	RC	97	NRC
11	102	RC	97	NRC
12	100	NRC	98	NRC
13	101	NRC	96	NRC
14	104	RC	95	NRC
15	103	RC	96	NRC

RC: Riesgo cardiovascular

NRC: no riesgo cardiovascular

