

PRÁCTICAS ALIMENTICIAS DE MUJERES DE LA TERCERA EDAD DE UNA POBLACIÓN URBANA Y PERCEPCIÓN SOBRE OBESIDAD Y SALUD

María Luisa Ponce López*
Alberto Rivera Márquez**

RESUMEN

Es importante conocer las prácticas alimentarias y la percepción que tienen sobre la obesidad, repercusiones y su relación con la salud en una comunidad de mujeres de la tercera edad de un área urbana y zona metropolitana. La primera etapa de este estudio se realizó en 111 mujeres de una población de 60 años y más de la Delegación Gustavo A. Madero, realizando un estudio antropométrico donde se evaluó el estado de nutrición con índice de masa corporal (IMC), índice cintura (IC) e índice cintura cadera (CC) utilizando los estándares propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Norma Oficial Mexicana (NOM). Se aplicó un cuestionario sobre hábitos de alimentación y recordatorio 24 horas. En la segunda etapa se seleccionaron seis mujeres a las que se realizó una entrevista semiestructurada, explorando las prácticas de salud personales, familiares y los hábitos y preferencias alimenticias. Se indagó sobre el conocimiento y percepción de la obesidad, sus manifestaciones, consecuencias y relación con enfermedades crónicas. Las sesiones se grabaron y se entrevistaron varias veces hasta poder transcribir adecuadamente la información, para su análisis de acuerdo a los objetivos de la investigación.

El estado de nutrición observado fue 24.2 % normal, 42.9% con sobrepeso y 32.2 % con obesidad, en los resultados del índice cintura cadera, el 28.6 % normales y el 71.4% con riesgo de obesidad tipo androide y la obesidad central se presentó en un 58%. Se observa una alta frecuencia de sobrepeso y obesidad sin embargo se ignoran las causas reales de esta ganancia de peso. En la actualidad los medios de difusión promueven la obesidad como un mal hábito de salud, por consecuencia existe información sobre este problema de salud, sin embargo no se considera una enfermedad y no hay conciencia de sus consecuencias, se desconocen las enfermedades crónicas, los factores determinantes, efectos y complicaciones que pueden generar. La obesidad está asociada directamente con la maternidad, el momento en que se casaron y tuvieron hijos y la percepción actual de imagen corporal es diferente a la real. El tipo de dietas que ellas y sus familias consumen son alimentos a base de cereales y de origen animal, hay un desequilibrio en el balance energético ideal. El objetivo de alimentarse es satisfacer su necesidad de hambre y apetito, más no la nutrición. Estas prácticas alimentarias no son solo hábitos repetitivos y mecánicos, sino que también obedecen a una consecuencia de conductas culturales y de la disponibilidad de alimentos, ya que la mayoría de ellas viven en condiciones desfavorables de desigualdad social sin poder satisfacer sus necesidades reales de salud.

Influir en la conciencia sobre la relación de las prácticas alimentarias y los factores determinantes de la obesidad y sus consecuencias a la salud constituye un gran reto para los trabajadores de la salud, el poder construir puentes entre lo biomédico y lo socio-cultural podrá modificar determinadas prácticas en beneficio de la salud.

Palabras Claves: *Prácticas alimentarias, mujeres, tercera edad, obesidad.*

Feeding practices by older women in an urban population and perception about obesity and health

ABSTRACT

It is important to know the feeding practices and perception about obesity and its relationship to health impact in a community of older women in an urban area. The first phase of this study was conducted in 111 women from a population older than 60 years on Delegation Gustavo A. Madero. This anthropometric study assessed the nutritional status with body mass index (BMI), waist (CI) and waist-hip ratio (CC) using the standards proposed by the World Health Organization (WHO) and the Mexican Standard Official (NOM). We applied a questionnaire measuring feeding attitudes, and 24 hour recalls. In the second stage six women were selected in which a semistructured interview, exploring the personal health practices, family and habits and dietary preferences. Research was conducted about knowledge and perception of obesity, its manifestations and consequences related to chronic diseases. The sessions were recorded and the interviews repeated several times to properly transcribe the information for analysis according to the research.

The nutritional status was normal 24.2%, 42.9% were overweight and 32.2% obese, the results of the waist-hip ratio, 28.6% normal and 71.4% at risk for android fat deposit and central obesity was presented at a 58%. There is a high prevalence of overweight and obesity but the real causes of this weight gain are not know. Today the media promote obesity as a bad health habit, consequently there is information about this health problem, however it is not considered a disease and therefore people is not aware of the consequences, if they are chronic, the determinants, effects and complications that can generate. Obesity is directly associated with motherhood, when they married and had children and the current perception of body image is different from real. The type of diet that they and their families consume is based on cereals and animal products, there is an imbalance in the ideal energy balance. The purpose of eating is to satisfy their need of hunger and appetite, but not nutrition. These dietary practices are not only repetitive and mechanical habits, but also due to a consequence of cultural behaviors and food availability, since most of them live under non-favorable social conditions unable to meet their real health needs.

The become fully aware about the relationship of feeding practices and the determinants of obesity and its health consequences is a major challenge for health workers, the power to build bridges between the biomedical and sociocultural practices that may bring health benefits.

Key Words: *Feeding practices, older women, obesity.*

ARTÍCULO RECIBIDO EL 07 DE MAYO DEL 2009 Y ACEPTADO EL 24 DE AGOSTO DEL 2009.

*Carrera de Médico Cirujano, FES Zaragoza, UNAM.

E-mail: mlponcel@hotmail.com

** Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco

INTRODUCCIÓN

En nuestro país se han presentado recientemente cambios en los perfiles demográficos, epidemiológicos y nutricionales. En cuanto a la población se observa entre los 1990 y 2000 la población mexicana creció de 81 a 97 millones (20%), mientras el número de hogares paso de 16 a 22 millones (40%). Muchos de estos hogares se conforman con individuos de edad avanzada ya sea como integrantes de estas familias o de forma unipersonal, hecho que apunta a importantes transformaciones socioeconómicas que implica el proceso de envejecimiento inminente en México observándose un modelo económico donde las desigualdades tienen un efecto directo en la salud y esto se incrementa con la edad. El colectivo de personas mayores tiene deficiente acceso a recursos relacionados con los modos de vida (salud, hábitat, educación, alimentación.); lo cual condiciona a menores oportunidades de integración en la sociedad. Estas condiciones y estilos de vida, constituyen importantes factores que determinan la presencia de enfermedades crónicas degenerativas. Se ha señalado que el envejecimiento es un proceso natural que no está ligado necesariamente a un deterioro del ser humano, sin embargo la falta de acceso a recursos afecta en forma diferente a los diversos grupos sociales. Por otro lado, en los cambios presentados en los perfiles epidemiológicos y nutricionales, la Organización Mundial de la Salud advierte que en México hay 32 millones de adultos con sobrepeso y obesidad, de los cuales cinco millones están en riesgo de convertirse en pacientes diabéticos en los próximos cinco años. La obesidad está considerada como la epidemia del siglo. El 62 por ciento de los mexicanos mayores de 20 años tienen sobrepeso. En relación con las cifras en México dadas a conocer, las mujeres adultas encabezan la lista de obesidad y sobrepeso, el 29 por ciento de ellas contra el 19 por ciento de hombres¹.

Los tiempos cambiaron, llegaron los avances tecnológicos y una nueva forma de vida, una nueva dinámica en la actividad física y sin embargo, la población sigue comiendo igual que antes a pesar de que el requerimiento calórico es mucho menor por la poca actividad física que implica una nueva forma de vida, además de una modificación de los hábitos de consumo, generado principalmente por la creciente globalización, por la influencia que los medios de comunicación ejercen sobre la población, y por una cultura de no prevención que genera el desinterés de la gente en adquirir una alimentación sana².

Son todos estos determinantes los que provocan que la obesidad se presente en forma ascendente, desde una vida sedentaria, genes que determinan el metabolismo del cuerpo (factores hereditarios), los hábitos alimenticios, factores psicológicos, ambientales y socioeconómicos y si no se modifican estos hábitos de consumo, en diez años el 90% de la población sufrirá sobrepeso y obesidad. Algunas personas tienen la percepción de que mientras más “gorditas estén las personas están más sanas, y como no tienen síntomas no se atienden”³.

México se ha convertido en un país con malos hábitos alimenticios, ya sea por nuestra cultura o por economía o por la

falta de información, el hecho es que debido a estos factores, no sólo se han desencadenado problemas alimentarios, sino toda una serie de enfermedades provocadas por una nutrición de baja calidad. La gravedad radica en que la obesidad es el principal factor determinante de riesgo cardiometabólico y de una serie de enfermedades que pueden desencadenar a través de este padecimiento como afecciones respiratorias, dermatológicas, gastrointestinales, osteoarticulares, psicológicas, ginecológicas, hasta ciertos cánceres⁴.

La persona obesa tiene repercusiones psicológicas y sociales, ser obeso constituye en la actualidad un estigma social en donde la medicina ha contribuido significativamente a extender el descrédito social, que han venido a motivar el culto por la estética y la delgadez y rechazo a la obesidad, no se motiva la verdadera causa por la cual una persona debe conservar su peso adecuado, ni la práctica en forma cotidiana de hábitos que conservan la salud del individuo, este enfoque se concentra en motivaciones estéticas del culto de la delgadez como sinónimo de éxito⁸.

La modernidad alimentaria, aunada al poder de la sociedad industrial en las áreas de la tecnología y la economía, ejercen su control sobre la información que se genera a la sociedad, adoptan la imposición de una serie de valores en donde se ha construido una definición de un modelo para instaurar la “normalidad dietética” en los comportamientos humanos ante la comida, pero hay que señalar que la alimentación constituye una de las múltiples actividades de la vida cotidiana de los grupos sociales, la comida no es una mera actividad biológica, sino que tiene una función psicológica y sociocultural⁵. Abordar el problema desde una perspectiva socio-antropológica médica, considera al conocimiento como un proceso desde el propio individuo desde su cultura, considerando como objetos de estudio, los significados que se dan, los valores, sentidos no únicamente su padecimiento sino a su salud como elemento base de su calidad y estilo de vida.

Entendiendo como cultura al conocimiento compartido de sistemas de significados y sentidos, comunicados mediante el lenguaje natural y otros sistemas de símbolos con funciones representacionales, directivas y afectivas donde se ven influenciadas, las conductas, actitudes, creencias, normas y valores de la vida cotidiana de las personas^{6,7}.

Se considera necesario profundizar en las prácticas alimentarias de cada grupo en particular, así como la percepción que tienen sobre la obesidad para poder influir informando adecuadamente y ejercer cambios benéficos para la conservación de la salud de la población.

¿Existe entre las mujeres de la tercera edad de una comunidad urbana una preocupación por su alimentación? ¿Las mujeres modifican su práctica alimentaria con el fin de conservar su imagen corporal? ¿Las mujeres modifican sus prácticas

alimenticias con el fin de conservar su salud? ¿Como se percibe la obesidad y sus consecuencias? ¿Cómo perciben sus cuerpos?

El presente trabajo tuvo como objetivo conocer las prácticas alimentarias y la percepción que tienen sobre la obesidad, repercusiones y su relación con la salud en una comunidad de mujeres de la tercera edad de un área urbana y zona metropolitana.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo–cualitativo, exploratorio y descriptivo. El marco referencial utilizado para este estudio fue el modelo interpretativo: la comprensión de los hechos o fenómenos sociales que le proporcione un mayor nivel de comprensión personal de los motivos y creencias que están detrás de las acciones de las personas., la necesidad de comprender el significado de los fenómenos sociales, la subjetividad e interacción de los individuos a partir de conceptos de la hermenéutica y, eventualmente de fundamentos^{8, 9, 10}.

Las herramientas de investigación utilizadas fueron, la observación y las entrevistas a profundidad^{11,12}.

En la primera etapa se realizó en 101 mujeres de una población de 60 años y más de la Delegación Gustavo A. Madero y Zona metropolitana un cuestionario previa estandarización de los investigadores participantes, donde se recabaron de datos de composición familiar y aspectos socioeconómicos (Edad, estado civil, escolaridad, ocupación, acceso a servicios de salud, fuente de ingresos y/ o pensión); un estudio antropométrico donde se evaluó el estado de nutrición con índice de masa corporal (IMC), índice cintura (IC) e índice cintura cadera (CC) utilizando los estándares propuestos, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Grupo Nacional de el programa para el Estudio en colesterol (ATP III). Se aplicó un cuestionario sobre hábitos de alimentación y recordatorio 24 horas.

El análisis estadístico de los datos sociodemográficos y antropométricos, consistió en un análisis descriptivo para obtención de frecuencias absolutas, relativas.

En la segunda etapa se seleccionaron seis mujeres de esa población en quienes se realizó una entrevista semiestructurada. La guía de entrevista estuvo conformada por una guía temática, primero se indago sobre: a) hábitos y preferencias alimenticias, personales y familiares, cultura de salud, prácticas de salud personales, y después b) sobre el conocimiento de la enfermedad y autocuidado, estos ejes derivaron las preguntas. Posteriormente se hizo la evaluación de la imagen corporal mediante una plantilla de figuras, donde ellas identificaron su imagen corporal actual y su imagen en el pasado, en los días, lugar y horas que ellas establecieron, se grabando las sesiones, para después transcribir la información. El discurso transcrito es el texto sobre el cual se trabajo para el análisis de resultados, de acuerdo a las temáticas encontradas y a los objetivos de la investigación¹¹⁻¹².

RESULTADOS

Composición demográfica y económica

De las 101 mujeres estudiadas la edad promedio fue de 69 años, cuentan con pareja el 64.4%, el resto son mujeres que viven solas o viven con algún familiar, su escolaridad es primaria completa o menos de esta en el 88.5%, el 11.5% son mujeres sin educación escolar formal e incluso analfabetas funcionales. En cuanto a su economía, hay sin fuente de ingreso o pensión, 35.5% estas se apoyan en lo que los hijos o algún familiar proporcionan para sus necesidades básicas, sin acceso a servicios de salud el 44.2% quienes acuden a servicios asistenciales públicos o atención medica privada (Cuadro 1).

	Mujeres:	
	%	n
Edad promedio (años)	69	
Cuenta con pareja (% , n)	64.4	67
Primaria completa y menos (% , n)	88.4	78
Sin ocupación actual (% , n)	88.5	92
Sin fuente de ingreso o pensión (% , n)	35.5	37
Sin acceso a servicios de salud (% , n)	44.2	46

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población de estudio.

El promedio de edad de las seis mujeres a quienes se les realizaron les realizaron las entrevistas semiestructuradas es de 67 años, cuatro cuentan con pareja, y dos de ellas son viudas y viven solas, tuvieron seis a diez hijos promedio. Las seis se casaron en un promedio de 17-19 años.

En cuanto a escolaridad, cinco de ellas tienen primaria incompleta y completa y una de ellas es analfabeta. A pesar de que su educación fue elemental aprendieron a coser o cocinar lo cual les permitió subsistir de jóvenes hasta que se casaron y fueron amas de casa.

La economía familiar depende del trabajo de su esposo o de la pensión de este, sin embargo, cuatro de ellas trabajan vendiendo zapatos, cosas viejas, productos de belleza, preparando comida para vender y comercio ambulante, ninguna de ellas tiene pensión propia y dos de ellas viven de lo que sus hijos les proporcionan irregularmente, para cubrir sus necesidades elementales.

En cuanto el acceso a servicios de salud, dos de ellas carecen de servicio del sistema de seguridad social y esto repercute en su economía, el cuidado y oportunidades que tienen para el control de enfermedades crónicas que ellas padecen.

En los resultados se pueden observar como ha cambiado el papel de la mujer y la significación que tiene el trabajo en las mujeres entrevistadas, ellas juegan un papel importante como promotoras, además de cuidar a nietos y cuidar a su esposo, además trabajan.

Comentan que los esposos no se molestan como antes porque

trabajan, aunque su trabajo se ve como un apoyo a lo que ellos aportan al hogar, sin embargo ellas manifiestan que a pesar de su avanzada edad se ven en la necesidad de salir y trabajar por la situación económica, hasta que puedan hacerlo. Y que por no tener en su juventud un empleo fijo y dedicarse a cuidar a los hijos no tiene pensión propia ni servicios de salud, esto depende del esposo.

La mayoría de ellas expresa “ahora vivo mejor que cuando era joven, ahora tenemos aparatos electrodomésticos, un baño y una cocina, y puedo comer mejor, ya crecieron mis hijos y tengo amigas”.

Prácticas alimentarias, dieta habitual y significados que dan a los alimentos

Desde la mirada nutricional y cultural de las mujeres entrevistadas, y la manera en que perciben, sienten y piensan sobre las prácticas culinarias y los rituales de intercambio, el conjunto de sistemas clasificatorios y formas de organización simbólica que definen lo comestible y lo no comestible la posibilidad de combinación y los ritmos de consumo, de los resultados de la dieta habitual y recordatorio 24 horas se obtiene información de alimentos consumidos¹⁵. La dieta habitual, corresponde a los patrones de consumo regular de las familias respecto a lo que acostumbran comer en sus respectivos tiempos de ingestión de alimentos (desayuno, almuerzo, comida y cena) y costumbre en este caso lo que repiten más de tres veces por semana.

Se muestran (Cuadro II) los alimentos que conforman la dieta habitual en tres tiempos aunque algunas mujeres almuerzan alrededor del medio día, los tiempos de desayuno y comida son más abundantes y hay colación en ocasiones con galletas o

Platillos
Desayunos: a) Leche con pan de dulce y fruta. b) Café con azúcar, tortillas y un guisado de carne con verduras y frijoles refritos. c) Café con leche y azúcar, yogurt, o jugo verde, bolillo y huevo con jitomate, cebolla, jamón o salchicha.
Comidas: a) Sopa de pasta o/ y arroz, guisado de carne, frijoles, tortillas, refresco o agua. b) Sopa de verduras o caldos de res o pollo y verduras, guisado de carne, o huevo con chorizo, jamón o salchicha, tortillas, salsa, agua de sabor.
Cenas: a) Leche con pan bolillo o dulce. b) Lo que sobra de los guisados de la comida, tortillas, café con leche o agua de sabor. c) Leche con Chocomilk y pan (para los nietos).

Cuadro II. Dieta habitual de 101 mujeres entrevistadas.

algún antojo generalmente cereal, pero en general son los alimentos que consumen con mayor frecuencia. El consumo de refresco de manzana y de limón o el “boing” porque es jugo de frutas lo prefieren sobre la Coca Cola y el consumo de los platillos “típicos” (pozole, birria, barbacoa, “gorditas” pastel, tamales y atole, etc), alimentos de origen de cada región de procedencia de ellas, así como el alcohol, los consumen en ocasiones especiales, festejos o fines de semana a manera de gratificación personal y familiar. La dieta más generalizada contiene carne, leche, tortillas, pastas y chile¹⁶.

Desde la mirada cultural y nutricional cabe resaltar la presencia de alimentos tradicionales por región que incide en la cantidad de grasa y harinas que se consumen que han consumido durante toda su vida y de esa forma alimentan y gratifican a su familia.

- El concepto nutritivo es el contenido de vitaminas, las grasas y azúcares no son considerados como nutrimentos, sin embargo saben que son malos porque así lo han escuchado en las pláticas de salud y en la televisión y radio.
- Reconocen que en su vida de jóvenes jamás le consideraron importancia al consumo de verduras y nunca lo hicieron, tampoco las frutas porque no se acostumbraba a comer eso, solo caldos que son sumamente nutritivos o los guisados de carne o huesos y como premio o cuando había dinero un buen platillo típico con carne y refresco.
- Consumen escasamente verduras como platillo principal, aunque conocen que se deben comer y que tiene propiedades nutritivas y no tiene grasa, ellas manifiestan “la carne y los caldos tienen más alimento” y proporcionar estos alimentos es una forma de cuidar la salud de sus familias.
- Una de las causas de la ausencia de verduras en sus platillos diarios es porque a sus esposos o nietos no les gustan. Lo que utilizan como complemento de los guisados, es el jitomate, cebolla y chile, lechuga.
- Consideran que las verduras son la dieta para los diabéticos o enfermos.
- El concepto de dieta tiene una connotación restrictiva aísla a quien se prescribe, es difícil seguirla y atenta contra el gusto y la costumbre es para los enfermos o gordos
- Consumen frijol y otras verduras con menos frecuencia que en su vida pasada ya que las han sustituido con otros alimentos.
- El huevo con embutidos sustituye a la carne, chorizo, chicharrón u otros alimentos sólidos de origen animal.
- Las frutas no se perciben como alimento sino como postre, porque no tiene proteínas, la leche, la carne y el huevo son más nutritivos.
- Hay un cambio en el consumo de manteca por el de aceite vegetal, ya que durante su infancia se cocinaba de esta forma, aunque aun la utilizan ocasionalmente para la preparación de tamales, gorditas, cerdo o algún alimento tradicional de su región.

Cuadro III. Prácticas alimenticias y dieta habitual.

Lo que perciben, sienten y piensan sobre las prácticas culinarias, la forma de organización simbólica que define lo comestible y los ritmos de consumo.

- Una buena dieta se concibe en términos aspiracionales económicos y se asocia más a la carencia producida por factores económicos que nutricionales.
- La situación económica tiene un impacto sobre las dietas.
- Comer bien es comer lo que gusta a uno o sentirse llena y satisfecha.
- Las mujeres están más preocupadas porque la familia coma tres veces al día, sin importar que es la comida.
- La tendencia general es comer para llenarse. Los gustos y preferencias son importantes en la elección de un alimento no importando la calidad.
- No se asocia la calidad y cantidad de alimentos con la prevención/autocuidado de la salud, “las dietas son solo para los enfermos”.
- La carne es sobrevalorada en contraste con las verduras relegadas en el consumo doméstico. Porque comer bien es comer caldos o carne, las verduras no llenan.
- Se difunde poco el valor nutricional de los alimentos.
- La comida tradicional por región, lugar donde nacieron, incide en la cantidad de grasas y harinas que consumen.
- Las mujeres no alcanzan a percatarse de que ellas pueden contribuir a mejorar la calidad de los alimentos que se consumen, pues es lo que han comido cotidianamente durante años.
- Tienen información sobre alimentos “Light” y permitidos a través de la televisión y radio que las confunde, además tienen un alto costo económico.
- La comida chatarra y el refresco se incluyen en la dieta ya que son para festejar, alagar o gratificar a alguien aunque no haya posibilidades económicas suficientes.

Cuadro IV. Prácticas alimenticias.

Prácticas alimenticias

Se interrogó a las mujeres como seleccionan los platillos que preparan cada día, hay una tendencia general de comer hasta saciarse y no quedar con hambre, importa más la cantidad y el apetito o gusto que la calidad de los alimentos lo cual contribuye en gran parte en la selección de la dieta habitual. Además existen otros factores determinantes como: El aspecto económico que determina cuales son los alimentos que pueden comprar e impacta la practicas alimentarias, la saciedad y el hambre, la preferencia familiar por ciertos platillos, la rapidez de su elaboración y su valor nutritivo por ultimo.

Composición corporal y su percepción

Los resultados de la toma de Índice de masa corporal e índice cintura muestran que de las 101 mujeres, 13.9 % tiene un IMC normal, 44.6% tiene sobrepeso y 41.6 % obesidad, los resultados de el índice cintura u obesidad central muestran que el 36.6% no tienen obesidad central y el 60.4 % tienen obesidad central considerando que ese tipo de acumulación de grasa visceral es el que confiere el riesgo cardiometabólico (Cuadro V).

Un análisis antropológico social, de los modelos corporales comenta sobre la ambivalencia de las percepciones de la composición corporal del cuerpo y como esto influye en los comportamientos alimentarios de los individuos, dada la importancia que se da a la estética corporal¹⁶. En el presente estudio se utilizaron los términos “delgadas, medianas y robustas”, como conceptos de delgadas, normal, sobrepeso y obesidad, identificando ellas su imagen corporal en las figuras, en el pasado y en el presente y así clasificarlas de acuerdo a la imagen a cada una de ellas corresponde.

De acuerdo a la percepción que tenían las mujeres sobre su cuerpo en el presente y en el pasado (Cuadro VI) se aprecia que cuatro de ellas eran delgadas en su juventud, una era mediana y una robusta. Al casarse y tener hijos se perciben; cuatro medianas y dos robustas. En la actualidad una se percibe delgada ya que su índice de masa corporal coincide con el real, cuatro mujeres se perciben como medianas, correspondiendo su índice de masa corporal en solo tres de ellas al real, pues una de ellas es robusta y otras se perciben como robustas lo cual coincide con lo real, por lo tanto podemos observar que en la mayoría de las mujeres hay una imagen coincidente con la realidad de su imagen corporal y saben ellas que tiene sobrepeso u obesidad, y su cuerpo tiene que ver algo con su salud y atribuyen su ganancia de peso a cuando se casaron y tuvieron hijos.

Índice de Masa Corporal (IMC)*	%	101
IMC <18->24.9	13.9	14
IMC <25->29.9	44.6	45
IMC <30 42	41.6	42
* OMS		
Índice Cintura *	%	101
Sin riesgo	39.6	(40)
Con riesgo	60.4	(61)
* Circunferencia cintura: Mujeres > 88 cm, hombres >102 cm (ATP III).		

Cuadro V. Estado de nutricional de la población de estudio.

Tipode compleción	Antes de casarse	Al casarse y tener hijos	Ahora	IMC actual
Delgada (normal)	4	0	1	1
Mediana (sobrepeso)	0	4	4	3
Robusta (obesidad)	1	2	1	2

Cuadro VI. Percepción del cuerpo de un grupo de mujeres de la tercera edad.

A esa edad ya no les interesa estar delgadas o gordas aunque saben que el sobrepeso y obesidad no es benéfica para la salud sin embargo, no hacen dietas para bajar de peso, aunque comen menos cereales, ocasionalmente toman algunas cosas que anuncian en la televisión, como el té verde para quemar grasa, jugo de nopal con piña y sábila, pero generalmente no les da resultado. Todas atribuyen su ganancia de peso durante sus embarazos y así fueron ganado paulatinamente, dos de ellas perdieron peso recientemente ya que enfermaron, sin embargo no están en su peso ideal (Cuadro VII).

DISCUSIÓN

Lo anterior nos permitió comprender que las prácticas alimentarias no son solo actos, mecánicos y repetitivos de las poblaciones, sino que esto es consecuencia de conductas socioculturales, expresión de sus creencias y tradiciones y están ligados al medio geográfico y a la disponibilidad alimentaria. Nacen en la familia y se contrastan en la comunidad en contacto y con el medio social. Por mas adecuados o inadecuados que parezcan. En la actualidad sufren las presiones de la mercadotecnia y la publicidad ejercida por las empresas agroalimentarias y medios de comunicación. Los factores que

condicionan los hábitos alimentarios son de tipo económico, religioso, cultural, psicológico y pragmático, así se ha descrito desde la antropología de la alimentación y fue observado en las mujeres de las comunidades urbanas estudiadas, la alimentación reviste significados y se asocian a vivencias distintas para ellas, los alimentos además significan, las nutren y comunican.

Se puede observar que ellas tienen nuevas ideas sobre la alimentación actual en referencia a su pasado, cambios en las actitudes ideas y los valores, aun así en los estilos de vida, existe una nueva conciencia alimentaria aunque no hay información y educación suficiente o bien direccionada respecto a este tema. La industria de la moda y modernidad alimentaria controlan y ejerce su mensaje a la sociedad imponiendo su sistema de valores y transformando sus prácticas y representaciones alimentarias, sin embargo, no se expresa una información adecuada a la sociedad sobre las conductas alimentarias y sus repercusiones sobre la salud. La obesidad aún esta considerada prioritariamente como un mal estético, sin una verdadera conciencia de que se constituye como una enfermedad y principal factor determinante de una serie de enfermedades cardiometabólicas entre otras, siendo la preocupación mas de apariencia física que de alcanzar una buena salud.

Finalmente la integración cuantitativa-cualitativa proporciona un método de búsqueda complementaria a la investigación explorando la naturaleza de un proceso para una mejor toma de decisiones, estudia las maneras en que las personas le asignan significado a distintos objetos sociales o de cualquier tipo, está muy vinculada al análisis de lenguaje ya que los significados se acumulan en el lenguaje (el lenguaje es un reservorio objetivo de significado)¹⁸.

La entrevista semiestructurada es una técnica de investigación cualitativa que nos permite reconstruir acciones pasadas, estudia

- La mayoría se percibe con más peso que cuando eran jóvenes y con más peso de cuando se casaron.
- Ellas refieren “se sentían contentas y a gusto con su cuerpo” la mayoría era delgada o medianas y les resultaba mas agradable verse así.
- Nadie consulto al personal de salud para bajar de peso.
- Ellas no recuerdan que en algún momento de su vida alguien les haya hablado sobre alimentación y nutrición o que el “cuerpo tenga que ver algo con la salud y la alimentación”.
- Saben actualmente que el cuerpo tiene que ver con la salud y la alimentación.
- Las gorditas de toda la vida referían: “Hay personas que ya nacieron gordas y otras nacieron flacas y así se van a quedar toda la vida, pero también depende de la familia de cada una”.
- Ellas comentan “Para que me cuido si ya estoy vieja ya a quien le voy a gustar, bueno yo se que esto no es bueno para la salud, el doctor me dice que baje de peso , pero yo casi no como tortillas y pan y no bajo de peso, así ya me quede gorda”.
- En su pasado no había conciencia que el ejercicio o bajar de peso era bueno para la salud.
- Se manifiesta “Antes me sentía bien como era, no como ahora que estoy gorda, no me gusto y a veces me siento mal. Y ahora de vieja ya para que adelgazar”.
- Hay consenso en que el sobrepeso, obesidad se da por comer mucho, por no hacer ejercicio y que daña la salud y esto puede dañar la salud.
- No se concibe a la obesidad como enfermedad sino como un estado de estética corporal y se desconoce sus consecuencias.
- Es escasa la cultura de la prevención y el autocuidado en relación a este padecimiento.

Cuadro VII. Obesidad, salud y percepción del cuerpo de un grupo de mujeres.

VERTIENTES

representaciones sociales (sistemas de normas, valores, creencias, rutinas, etc.), permite modos y formas de pensar y hacer las cosas. El valor de la técnica radica en sus propiedades que indaga sobre la búsqueda y comprensión de como es el aspecto social: Esta técnica no es una serie de preguntas abiertas como en un cuestionario, es decir, se tratar de profundizar y explorar en las respuestas y se pueden agregar preguntas adicionales con el objeto de comprender de la mejor manera posible la lógica del comportamiento o la lógica del discurso del entrevistado¹⁹.

REFERENCIAS

1. <http://www.who.int/es/>
2. Rivera J. Prólogo. En: Rivera J, Barquera S, eds. *Sobrepeso y obesidad. Panorama epidemiológico. Evaluación clínica y tratamiento*. México: Edu Marketing, 2002:VI.
3. <http://www.todoendiabetes.org/diabe2/pdf/ensanut2006.pdf>
4. Barquera S, Rivera-Dommarco JA, Gasca-García A. Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. *Salud Publica Mex* 2001;43:1-14.
5. Pérez-Gil SE, Díez-Urdanivia S, Pérez L, Valdés S, Gutiérrez G. Embarazo y lactancia: experiencia de un grupo de madres de dos zonas rurales. *Rev Nutrición Clínica* 1999;2(3):116-126.
6. Gracia M. Comprender la modernidad alimentaria: desde y más allá de las normas. *Rev Int de Soc* 2005;40:7-30.
7. Gracia M. *Paradojas de la alimentación contemporánea*. Barcelona: Icaria, 1996.
8. Alvarez-Gayou JL. *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. Buenos Aires: Paidós Educador, 2004.
9. Denman C, Haro JA. Introducción: trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En: Denman C, Haro JA, comps. *Por los rincones. Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. México: El Colegio de Sonora, 2000:9-56.
10. Martínez M. *Comportamiento Humano. Nuevos métodos de investigación*. México: Trillas, 2002.
11. Blumer H. *Symbolic interactionism. Perspective and meted*. Englewood Cliffs: The Viking Press, 1969.
12. Castro R. En busca del significado: supuestos alcances y limitaciones del análisis cualitativo. En: Szasz I, Lerner S, comps. *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad*. México: El Colegio de México, 1996:57-88.
13. World Health Organization: *Definition Diagnosis and Clasification of Diabetes Mellitus*. Geneva, World Health Otg. 1999. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education.
14. Program (NCEP) Expert panel on detection, evaluation and treatment of high cholesterol. *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.
15. Bourges AH. *Costumbres, practicas alimentarios*. Cuadernos de nutrición 1990; 13(2): 17-32.
16. Aguirre J, Escobar M. Método de dieta habitual. En: Madrigal H, Martínez H, eds. *Manual de encuestas de dieta. Perspectivas en Salud Pública* 23. México: INSP, 1996:129-146.
17. Fischer C. *Gastronomía y gastronomía*. En: Contreras J, comp. *Alimentación y cultura. Necesidades, gustos y costumbres*. Barcelona: Universitat de Barcelona, 1995.
18. Ibáñez J. "Perspectivas de la investigación social: el diseño en la dialéctica", En: Alvira Ibáñez y García Fernando. *El análisis de la realidad social. Métodos y Técnicas de investigación*. Alianza Universidad, Madrid, 1980.
19. Martínez, M. *Ciencia y arte en la metodología cualitativa*. México. Editorial Trillas. 1era edición. 2004.