



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

*Promoción de una alimentación saludable en familias con niños
obesos mediante la metodología de Investigación-Acción-
Participación*

*Healthy eating promotion in families with obese children through
Research-Action-Participation methodology*

Autor:

Eva Bruna García

Director/es:

Elena Lobo Escolar

Teresa Sanclemente Hernández

Universidad de Zaragoza, Campus de Huesca
Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte

Grado en Nutrición Humana y Dietética

12/09/2017, Huesca 2017

RESUMEN

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa. La obesidad infantil es uno de los problemas más graves del siglo XXI, y que conlleva diferentes repercusiones. Su etiología es compleja pero, el tipo más frecuente en nuestra sociedad es debida a un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. El entorno de desarrollo de un niño puede ser crucial en la aparición de la obesidad.

Para intentar resolver este problema se han realizado actuaciones individualizadas, y actualmente se ha optado por estrategias poblacionales.

Desde el Centro de Salud Perpetuo Socorro de Huesca, se ha detectado que en determinados colectivos, incluida la población gitana, las intervenciones nutricionales individuales parecen no ser efectivas. Por ello, se ha creado una estrategia denominada “Pío se mueve”. Esta estrategia intervenir en familias gitanas, a través de la metodología investigación-acción-participación (IAP). El proyecto cuenta con un equipo multidisciplinar, incluyéndose un dietista-nutricionista.

El objetivo principal del estudio fue fomentar unos correctos hábitos alimentarios en las familias de niños obesos de cultura gitana en el marco del proyecto “Pío se mueve”.

Se realizó una etapa inicial de pre-investigación y diagnóstico, para obtener información del grupo de trabajo. Una segunda etapa de trabajo de campo, con cinco sesiones, y una etapa final de conclusiones y propuestas.

Se han podido identificar posibles hábitos relacionados con la obesidad, pudiendo incidir en ellos y poder así lograr pequeñas modificaciones de sus hábitos alimentarios.

La promoción de unos correctos hábitos alimentarios a través de la metodología IAP y sostenida en el tiempo puede lograr la modificación del estilo de vida de estas mujeres, en concreto sus hábitos alimentarios y, en consecuencia, la de sus hijos.

Palabras clave: Obesidad infantil, Metodología IAP, Proyecto “Pío se mueve”, Hábitos alimentarios.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	1
1.1. Definición de obesidad. Obesidad infantil	1
1.2. Causas de la obesidad.....	2
1.3. Actuaciones para reducir la obesidad en España.....	4
1.3.1 Actuaciones individualizadas	4
1.3.2 Actuaciones globales.....	5
1.4. Justificación.....	7
2. OBJETIVOS.....	8
3. DESARROLLO DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA: METODOLOGÍA Y RESULTADOS.....	9
3.1 Aspectos generales de la Metodología Investigación-Acción-Participación.....	9
3.2 Etapas iniciales de la Investigación-Acción-Participativa: Pre-investigación y diagnóstico	10
3.3 Etapa de programación de la Investigación-Acción-Participación: Trabajo de campo.....	14
3.3.1 Características generales de la Metodología IAP	14
3.3.2 Sesión inicial: Toma de contacto.....	15
3.3.3 Segunda sesión: Cuestionario de hábitos y “azúcares”	16
3.3.4 Tercera sesión: Visita al supermercado.....	26
3.3.5 Cuarta sesión: Las raciones	27
3.3.6 Quinta sesión: “Merienda en familia”	29
3.4 Etapa final de la Investigación-Acción-Participativa: Conclusiones y propuestas	30
4. DISCUSIÓN.....	34
4.1. Metodológica.....	34
4.2 Resultados	35
5. CONCLUSIONES.....	37
6. BIBLIOGRAFÍA.....	38
7. ANEXO.....	41

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Definición de obesidad. Obesidad infantil

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ¹, la obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Ambas patologías son diagnosticadas en función del Índice de Masa Corporal (IMC). Este parámetro se calcula en función del peso corporal y la talla con la siguiente fórmula: $IMC = \text{peso [kg]} / \text{talla}^2 [\text{m}^2]$

En el caso de los adultos, la OMS considera el sobrepeso con un IMC igual o superior a 25 y la obesidad con un IMC igual o superior a 30 ¹.

La obesidad infantil se define en función de los valores de IMC referenciados a cada edad y sexo. Se fijan unos valores equiparables a los 25 y 30 kg/m² utilizados en adultos, pudiendo así definir la presencia de sobrepeso u obesidad, respectivamente. Los valores de referencia se presentan en las Figuras 1A y 1B ².

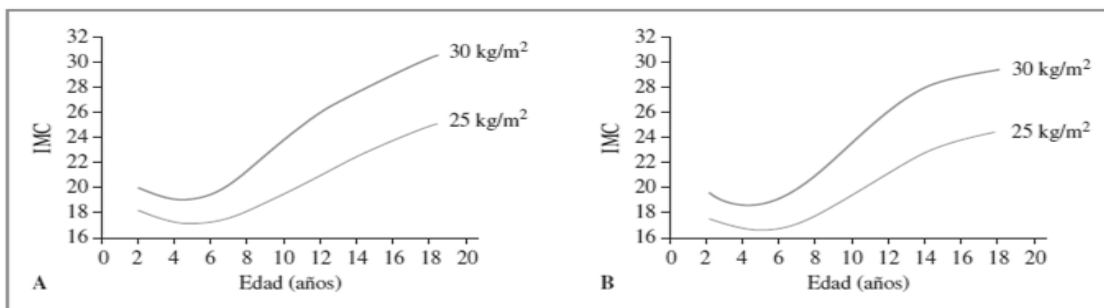


Figura 1. Valores de referencia de IMC para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad:

A) Niños y B) Niñas ².

Según la OMS, la obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI que, actualmente, está afectando a países de altos ingresos, pero también progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobretodo en el medio urbano. Si se consideran dentro de un mismo país, diferentes aspectos sociodemográficos se puede determinar la población en riesgo de malnutrición, entre los que se encuentran los inmigrantes y la población de cultura gitana. Este aumento ha hecho que también se afiance en España el término de “obesidad epidémica”. Según la AECOSAN, el 26% de la población infanto-juvenil tiene sobrepeso y el 18% son obesos. En comparación al resto de países mediterráneos, España presenta cifras mucho más elevadas de sobrepeso y obesidad ³.

El exceso de grasa corporal durante la infancia conlleva repercusiones metabólicas, fisiopatológicas, y psicológicas importantes en la edad adulta. Se estima que 40%, o más, de los niños, y 70% o más de los adolescentes con obesidad, llegarán a ser adultos obesos, con un impacto negativo en la salud ⁴. Con la creciente prevalencia de la obesidad pediátrica, se ha comenzado a identificar muchas de las mismas enfermedades crónicas y factores de riesgo que se observan en la población adulta. En general, las consecuencias de la obesidad pediátrica pueden agruparse en categorías psicosociales y físicas. Las complicaciones psicosociales incluyen la insatisfacción corporal, síntomas de depresión, pérdida de control al comer, comportamientos de control de peso poco saludables y extremos, disminución de las relaciones sociales y de la calidad de vida, baja autoestima y depresión entre otros ⁵. A largo plazo, puede tener consecuencias físicas graves como la hipertensión, dislipidemia, resistencia a la insulina, prediabetes, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad hepática y otras complicaciones cardiovasculares, osteoarticulares, pulmonares y dermatológicas ⁵ y además, puede reducir la esperanza de vida de una persona con esta enfermedad en hasta diez años ⁶.

Este problema, no solo afecta a la calidad de vida del individuo sino que también incrementan el costo individual, de la sociedad, costos de salud y baja productividad.

1.2. Causas de la obesidad

La obesidad es una enfermedad compleja, cuya etiología está todavía por esclarecer debido a los múltiples factores implicados: neuroendocrinos y metabólicos, genéticos, conductuales y de estilo de vida, ambientales ⁶ e incluso la interacción entre estos factores. La interacción de los factores implicados en la obesidad se encuentra enmarcados en la Figura 2.



Figura 2. Factores implicados en la aparición de la obesidad ⁷

Por tanto, es importante diferenciar la obesidad ocasionada por anomalías genéticas de aquellas formas comunes. La obesidad exógena o común, es la más frecuente en nuestra sociedad ⁸.

El tipo común es debida a un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, que está influido por los factores vistos y las interacciones que entre ellos se producen. Este fenómeno es consecuencia de un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa y un reemplazo de las dietas tradicionales por otras dietas con una mayor densidad energética y más azúcar añadido en los alimentos, unido a una disminución de la ingesta de carbohidratos complejos y de fibra. Estos cambios alimentarios se combinan con cambios de la conducta que suponen una reducción de la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización, cuyo principal resultado es un balance de energía positivo, que se va acumulando en forma de grasa. Además, el número de horas que los niños y adolescentes dedican a jugar con ordenadores y videojuegos ha aumentado de forma considerable. Por otro lado, algunos de los hábitos dietéticos adquiridos desde la niñez, se encuentran asociados a que el acto de comer adquiere un valor de gratificación y como un “premio” independientemente de las necesidades calóricas de cada persona ⁹.

Aunque se desconoce todavía por qué la prevalencia de obesidad infantil ha aumentado de manera tan marcada, parece estar claro que el cambio de los contextos sociales y ambientales juegan un papel importante ¹⁰ y, por tanto, el entorno en el que se desarrolla un niño puede ser un fenómeno crucial en la aparición de la obesidad ya que, influye tanto en la dieta seguida por el niño como en los niveles de actividad física que se realizan.

Por otro lado, hay que destacar que en determinados colectivos la prevalencia de la obesidad infantil se puede encontrar aumentada. Estos colectivos hacen referencia a la población considerada más vulnerable y en riesgo de exclusión social debido a un peor nivel educativo, acceso limitado a información, recursos económicos limitados y estilos de vida muy arraigados. Entre estos colectivos merece prestar atención la población de cultura gitana. Según el Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, hay un alto porcentaje de población infantil gitana y mujeres de más de 18 años con obesidad, en comparación al total de la población española. La alimentación en la población gitana sigue unas costumbres muy arraigadas y que en su gran mayoría es desequilibrada ¹¹ lo que sugiere que los factores sociales y psicológicos citados anteriormente, principalmente el entorno familiar, puede tener un importante peso en estos casos y en la aparición de obesidad.

1.3. Actuaciones para reducir la obesidad en España

Desde el punto de vista de la Salud Pública, como ya se ha indicado anteriormente, se considera que el sobrepeso y la obesidad son ya una epidemia mundial y que además, están aumentando de manera alarmante. Por ello, se han destinado numerosos recursos económicos, intelectuales y asistenciales para intentar resolver el problema. Entre las intervenciones puestas en marcha, las más frecuentes han sido destinadas al tratamiento individualizado, pero, desde hace varios años se enfatiza el papel de los determinantes sociales sobre las causas, y el progreso de esta enfermedad para lo que se han puesto en marcha varias estrategias poblacionales.

1.3.1 Actuaciones individualizadas

Un proyecto de intervención nutricional individual sobre alimentación y actividad física en niños oscenses (PIANO), pretendía desarrollar y evaluar una intervención centrada en el ámbito escolar y planificada desde atención primaria, a través de la que se pudiera promocionar unos hábitos alimentarios saludables y un aumento de la actividad física intentando conseguir una mejora en la composición corporal y una reducción en la prevalencia de obesidad y sobrepeso de los escolares. Tras la realización del proyecto en tres centros escolares de Huesca, se pudo concluir que la implantación de medidas preventivas y educación nutricional desde edades tempranas de la vida puede frenar la aparición de la obesidad. La prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil es mayor en el colegio oscense con más etnicidad (incluida la gitana). Este estudio concluyó que es necesaria la implementación de programas comunitarios de prevención de obesidad infantil, promocionando una alimentación saludable y un aumento de la actividad física, con especial énfasis en los grupos de riesgo y las minorías étnicas ¹².

Otro estudio realizado en Huesca pretendía analizar cambios producidos en el desayuno de una muestra de población infantil del programa NEREU. El programa NEREU se centraba en la prevención y tratamiento de la obesidad infantil mediante la prescripción de ejercicio físico y alimentación saludable para niños de 6 a 12 años y familias oscenses. Se analizaron los hábitos alimentarios sobre el tipo de desayuno ingerido pre y post-intervención para evaluar los posibles cambios. Los resultados obtenidos fueron positivos al compararlos con el análisis pre-intervención, aunque solamente existe una significación en el consumo de lácteos pre y post- intervención. La baja existencia de significación estadística entre el consumo de alimentos pre y post intervención, pudo ser debida al bajo tamaño de la muestra o la duración de la intervención ¹³.

Estas actuaciones individuales muestran resultados positivos, pero no alcanzaron las expectativas u objetivos propuestos.

1.3.2 Actuaciones globales

Para la resolución de esta epidemia, se pueden encontrar otras estrategias que tienen como objetivo la promoción de hábitos de vida saludables con el fin de prevenir el sobrepeso y obesidad, pero enfocados de manera más integral o global.

La estrategia “5 al día” surgió en Estados Unidos en el año 1991 a través de la asociación americana contra el cáncer y otras entidades americanas, y que actualmente se considera movimiento internacional que cuenta con el apoyo de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, la FAO y el Instituto Europeo para la Investigación del Cáncer. Esta estrategia tiene como objetivos informar sobre los beneficios para la salud del consumo diario de al menos 5 raciones de frutas y hortalizas frescas, influir en la mejora de los hábitos alimenticios de nuestra sociedad, divulgar el mensaje "Frutas y Hortalizas: 5 al día! Bueno para la salud" e incrementar el consumo per cápita de frutas y hortalizas frescas de la población española hasta alcanzar el nivel recomendable. Ofrece un programa pedagógico elaborado por reconocidos profesionales y que, adaptado a los diferentes niveles de educación primaria, permite ofrecer a sus alumnos las claves de una buena alimentación ¹⁴.

La estrategia NAOS tiene como meta fundamental fomentar una alimentación saludable y promover la actividad física para invertir la tendencia ascendente de la prevalencia de la obesidad y, con ello, reducir sustancialmente la morbilidad y mortalidad atribuible a las enfermedades crónicas. Pretende realzar la importancia que supone adoptar una perspectiva a lo largo de toda la vida en la prevención y control de la obesidad mediante el desarrollo de acciones o intervenciones, en base a la evidencia científica en todos los ámbitos y con todos los sectores (públicos y privados) de la sociedad. El público objetivo principal son los niños y adolescentes, ya que sus hábitos alimentarios y de actividad física aún no están consolidados y pueden modificarse. Esta estrategia abarca cuatro ámbitos en los que actuar: familiar y comunitario, escolar, empresarial y sanitario. La estrategia NAOS ha podido lograr que aumente del interés y la concienciación social sobre la problemática de la obesidad, y haya sido capaz de poner en marcha actuaciones de tipo normativo. No obstante, se sigue combinando con las estrategias más locales e incluso individuales, habiendo nuevos planteamientos que tratan de actuar sobre este problema desde otra perspectiva ⁹.

En consonancia con la estrategia NAOS, se puede encontrar el Plan Havis. Esta estrategia desarrollada por la AECOSAN y la Fundación Alimentum, tiene como objetivo cooperar en la organización de un plan de comunicación sobre hábitos de vida saludable, orientando al fomento de una alimentación equilibrada, variada y moderada y de la práctica regular de la actividad física. Se trata de una campaña de comunicación en medio televisivo, que se concreta en dar visibilidad a mensajes y leyendas dirigidos a la promoción de una alimentación saludable y de la práctica de actividad física ¹⁵.

En la Comunidad Autónoma de Aragón, se puede encontrar una estrategia realizada por el Gobierno de Aragón del 2013 al 2018 para la Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables. Esta estrategia tiene como finalidad establecer un marco para el desarrollo de políticas intersectoriales que fomenten el desarrollo de la alimentación y la actividad física saludables en Aragón mediante la creación de alianzas entre las instituciones públicas, las entidades de la sociedad civil y las empresas del sector privado. De este modo, como objetivos en salud se encuentran: Disminuir la incidencia de las enfermedades relacionadas con la dieta e invertir la tendencia de obesidad en niños y adolescentes. Esta estrategia se plantea en cinco ámbitos: Comunitario, educativo, sanitario, laboral y empresarial ¹⁶.

Por tanto, las intervenciones multicomponentes que cambian el comportamiento que incorporan la dieta, la actividad física y el cambio de comportamiento pueden ser beneficiosas para lograr pequeñas reducciones a corto plazo en el IMC, y el peso en niños ¹⁷, por lo que podrían ser una buena alternativa para lograr reducir la prevalencia de obesidad en determinados colectivos.

1.4. Justificación

En el barrio Perpetuo Socorro de la ciudad de Huesca se encuentra una alta tasa colectivos vulnerables, incluyéndose una gran población de cultura gitana.

Desde el Centro de Salud Perpetuo Socorro se ha detectado que en los colectivos más vulnerables, especialmente en la población gitana, hay una escasa efectividad en la intervención nutricional individualizada. Este hecho junto con la inquietud de un equipo de profesionales de pediatría del Perpetuo Socorro que atienden a un número importante de individuos de esta etnia, ha hecho que se planteen nuevas estrategias para la resolución de los problemas, de modo que se logren mejores resultados. Por ello, se habrían podido poner en marcha nuevas intervenciones de atención comunitaria, especialmente en los colectivos más vulnerables o en riesgo, que apuesten por dirigirse al individuo como motor del cambio.

Así, se formó un grupo de trabajo el cual ha puesto en marcha una estrategia denominada “Pío se mueve” la cual engloba a familias con niños obesos del colegio Pio XII de la ciudad de Huesca. Se pretende intervenir en éstas familias de un modo más participativo a través de la metodología investigación-acción-participación (IAP). El objetivo de esta metodología es promover procesos de transformaciones de hábitos de vida en función de las necesidades del colectivo al que se dirige. Es importante identificar las necesidades que un determinado colectivo demanda para poder intervenir de manera adecuada y lograr que esos hábitos puedan modificarse.

Inicialmente, este proyecto comenzó con una sesión de actividad física para las madres de éstas familias, las cuales indicaron que querían realizar actividad física mediante el baile. Poco después, tras una muy buena acogida y el interés mostrado sobre la posibilidad de realizar estas sesiones más días en la semana, se ampliaron los días del proyecto. Estas sesiones han sido impartidas por profesionales de la actividad física y el deporte y por la trabajadora social del colegio Pio XII. Además de las sesiones de actividad física, los martes realizaban sesiones teóricas de una hora y media de duración en el Colegio Pio XII, en las que se trataban temas fundamentalmente para trabajar la promoción de actividad física y algún tema relacionado con la alimentación.

Debido a la demanda de las familias de aprender ciertos puntos para alimentarse de una forma más saludable, se planteó intervenir en los hábitos alimentarios de este colectivo a través de la integración en el grupo de trabajo de un dietista-nutricionista de modo que se incorporaran aspectos relacionados con la alimentación.

2. OBJETIVOS

El objetivo principal del estudio fue fomentar unos correctos hábitos alimentarios en las familias de niños obesos de cultura gitana en el marco del proyecto “Pio se mueve”, mediante la Metodología Investigación-Acción-Participativa (IAP).

Para ello se plantearon los siguientes objetivos específicos:

- Identificar los hábitos alimentarios y culturales de las familias que pudieran estar relacionados con el desarrollo de la obesidad y consensuar los objetivos de intervención.
- Capacitar a las familias para lograr pequeñas modificaciones de sus hábitos alimentarios, dirigidos a una alimentación saludable, mediante la puesta en marcha de diferentes actividades.
- Evaluación del proceso de Metodología IAP valorando el grado de satisfacción y aceptación de las familias.

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN-PARTICIPATIVA: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

3.1 Aspectos generales de la Metodología Investigación-Acción-Participación

La metodología utilizada para la fomentar unos correctos hábitos alimentarios de las familias, fue la metodología denominada: metodología investigación-acción-participativa (IAP). Tal y como explica Ezequiel A-E en su libro acerca de la metodología IAP ¹⁸, el objetivo de ésta metodología es promover procesos de transformaciones esto es más que “valorar” que se deciden a partir de lo que interesa a un grupo de personas. Se trata de estudiar los problemas que las personas involucradas consideran importantes porque tienen que ver con cuestiones que conciernen a sus propias vidas. La población participa activamente con el investigador en el análisis de la realidad y en las acciones concretas para modificarla. Es una metodología que persigue recoger las demandas de los participantes implicados con el fin de transformar la conducta existente.

Los elementos constitutivos de la IAP son:

- En tanto “investigación”, se trata de un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que tiene por finalidad estudiar algún aspecto de la realidad, con una expresa finalidad práctica.
- En cuanto “acción”, significa o indica que la forma de realizar el estudio es ya un modo de intervención y que el propósito de la investigación está orientado a la acción, siendo ella a su vez fuente de conocimiento.
- Por ser “participativa”, es una actividad en cuyo proceso están involucrados tanto los investigadores (equipo técnico o agentes externos), como las mismas gentes destinatarias.

Una de las características principales de esta metodología es que exige formas de comunicación entre iguales que establecen una serie de relaciones con el propósito de realizar un trabajo en común. La igualdad viene dada porque se comparten los mismos objetivos y similares responsabilidades, que se maduran y desarrollan a través de una relación de diálogo y un trabajo en común. Por tanto, es necesario que tanto el investigador como las personas implicadas adquieran un compromiso.

Además, esta metodología sólo puede aplicarse efectivamente a escala micro social, es decir, a una escala relativamente reducida, de lo contrario, la participación de las personas implicadas dentro del proceso investigativo se hace muy difícil y, con frecuencia, el uso de esta metodología a una escala macro social, es imposible.

Según Joel M ¹⁹, el diseño de las fases y la duración de esta metodología, varían en cada contexto, pero sí se pueden identificar unos ejes centrales que constituyen el esqueleto de la metodología IAP. En primer lugar, se delimitan unos objetivos a trabajar que responden a la detección de determinados síntomas. A continuación, le siguen unas fases de “apertura” a todos los puntos de vista existentes en

torno a la problemática y objetivos definidos, es decir, se trata de elaborar un diagnóstico y recoger posibles propuestas que salgan de la propia práctica participativa y que puedan servir de base para su debate y negociación entre todos los participantes implicados. Esta negociación da lugar a la última etapa de cierre, en la que las propuestas se concretan en líneas de actuación y en la que los participantes implicados asumen un papel protagonista en el desarrollo del proceso. La puesta en marcha de estas actuaciones, abre un nuevo ciclo en el que se detectan nuevos síntomas y problemáticas, y en el que cabe definir nuevos objetivos a abordar.

Por tanto, según este autor, las etapas y fases principales de una IAP podrían establecerse del siguiente modo:

- Etapa de pre-investigación. Síntomas, demanda y elaboración del proyecto: Detección de los síntomas y realización de una demanda de intervención y planteamiento de la investigación.
- Primera etapa. Diagnóstico: Recogida de la información ya existente, diseño del plan de trabajo tras averiguar lo que se quiere e inicio del trabajo de campo.
- Segunda etapa. Programación: Trabajo de campo, análisis de textos y discursos y realización de talleres.
- Tercera etapa. Conclusiones y propuestas: Organización de las propuestas y elaboración del informe final.

La investigación-acción-participativa supone la simultaneidad de conocer y de intervenir, e implica la participación de los participantes involucrados en el programa de estudio y en la acción, pudiendo adaptarlo a las necesidades del programa.

3.2 Etapas iniciales de la Investigación-Acción-Participativa: Pre-investigación y diagnóstico

En primer lugar, como señala Joel M ¹⁹, es necesaria una fase en la que se produzca la detección de unos síntomas y la realización de una demanda desde una institución de intervención y, poder así, llevar a cabo un planteamiento para la investigación (negociación y delimitación de la demanda y elaboración del proyecto). Antes de comenzar un proceso participativo, el planteamiento general debe contestar fundamentalmente a las siguientes cuestiones: ¿Pará quién se hace? ¿Quién lo hace? ¿Por qué? ¿Cómo? ¿Cuándo?.

Para llevarlo a cabo, inicialmente, había que aclarar qué era lo que se pretendía con la demanda, y cuáles eran sus fines, para a continuación, delimitar la problemática a trabajar y los objetivos generales e iniciar con las familias un proceso de auto-reflexión y negociación de la demanda que se está realizando por parte del C.S.

Finalmente, aunque la metodología IAP supone un diseño flexible y constituido progresivamente a lo largo del proceso, es importante que se establezcan unos objetivos que van a ser perseguidos.

Una vez definido el proyecto, hay que recopilar y trabajar con información específica y general sobre el tema y la población que se está estudiando. Es necesario indagar sobre hechos anteriores a nuestro proyecto a nivel nacional y a nivel regional, que puedan servir para conocer cuáles son los elementos de motivación, interés y movilización de la población sobre alimentación, y sobretodo conocer de un modo más amplio a la población que se encuentra dentro del proyecto.

Un estudio del estilo de vida de la comunidad gitana realizado en 2008 indica que la población de etnia gitana tiene en común una cultura muy característica y muy arraigada. Con respecto a la alimentación de estas familias, se observa que las pautas de consumo alimentario en la comunidad gitana no sólo están determinadas culturalmente, sino que además, la división económica entre “los que pueden” y “los que no pueden” es frecuente, principalmente en la población más joven. La economía condiciona el consumo de determinados alimentos. Por otro lado, es importante destacar que las mujeres son las que llevan el control de la alimentación familiar, lo que confirma su relevancia como agentes de cambio. Esta responsabilidad genera muchas tensiones en lo que respecta a la alimentación de los hijos porque cada vez la perciben más fuera de su control y porque no parecen contar con el suficiente apoyo de la autoridad paterna. La alimentación de los niños, e incluso de los jóvenes, sí parece ser una constante fuente de disgustos y problemas. La sensación que reproducen sus madres es que “la batalla está perdida con los hijos” porque si no les gusta la comida que hay, no comen, y comen otras cosas. El dinero está para gastar y se dedica a los placeres de la vida, no parece tampoco ponerse freno a las exigencias de los niños, con lo que se generaliza la idea de que “mientras podamos permitirnoslo, vamos a disfrutarlo”²⁰. Por tanto, es necesario tener en cuenta que el proyecto está enfocado a una población con una cultura alimentaria específica en cuanto a costumbres, economía y organización familiar.

Como ya se ha comentado en el apartado 1.4 Justificación, desde el C.S. Perpetuo Socorro se impulsó un nuevo proyecto a través del cual se pretendía reducir la tasa de obesidad en un colectivo vulnerable, mediante la identificación de los hábitos de vida que podían estar relacionados con el desarrollo de esta enfermedad, utilizando la metodología IAP. El proyecto denominado “Pio se mueve” iba dirigido principalmente a familias de cultura gitana en las que la intervención individualizada llevada a cabo desde el centro de atención primaria Perpetuo Socorro no lograba los resultados esperados por los profesionales.

La invitación a participar en el proyecto a las familias que reunían los criterios de inclusión establecidos, fue llevada a cabo desde los pediatras del Centro de Salud Perpetuo Socorro. Todas las familias a las que se les propuso eran de cultura gitana y los niños de estas familias, escolarizados en el Colegio Pio XII y presentaban obesidad.

Se informó a las diferentes familias de las actividades que se pretendían realizar en función de las demandas de las participantes y la finalidad del mismo.

La información recogida sobre las características de las madres que participan en el proyecto fueron: edad, número de hijos, y edad de estos (Tabla 1), y fue recopilada por los pediatras. Hubo tres personas sobre las que, a fecha de finalización de este trabajo, no se tiene la información completa ya que no quisieron proporcionarla.

NOMBRE	EDAD	NÚMERO DE HIJOS	EDAD DE LOS HIJOS
Madre 1	ND	5	No disponible
Madre 2	36	2	14 y 11
Madre 3	ND	3	ND
Madre 4	39	3	15, 14 y 8
Madre 5	38	2	4 y 7
Madre 6	44	1	8
Madre 7	No disponible	2	No disponible
Madre 8	58	3 (Se incorpora al proyecto por su nieto)	39,38 y 31 Nieto: 10
Madre 9	32	4 y embarazada	12,10, 6 y 13 meses
Madre 10	42	1	7
Madre 11	31	2	3 y 6

Tabla 1. Descripción de las madres implicadas en el proyecto.

Con respecto al equipo investigador, hay que tener en cuenta que no es un equipo estático, sino que puede implicar progresivamente a otros sectores, pero es importante que no sea ni lo suficientemente grande ni pequeño para que las dificultades de coordinación no impidan el intercambio de diferentes puntos de vista. Además, debe ser heterogéneo para que la dinámica del grupo se encuentre enriquecida, pero sin que esta heterogeneidad provoque un choque en las distintas formas de trabajar.

Inicialmente se contaba con dos profesionales de la actividad física y del deporte, una trabajadora social y los pediatras del Centro de Salud.

La incorporación de un dietista-nutricionista se realizó una vez el proyecto ya había comenzado y llevaba varias semanas de actividades. La inclusión de esta persona en el proyecto fue debida a las demandas de las madres de las familias y su interés por conocer cómo alimentarse de una forma adecuada.

Por tanto, el equipo investigador que va a componer el proyecto va a implicar a profesionales del ámbito de las ciencias de la salud y del deporte (Diplomados en Ciencias de la actividad física y del deporte, Pediatras del Centro de Salud Perpetuo Socorro y Dietista-Nutricionista) y una trabajadora social del colegio Pio XII (Figura 3).

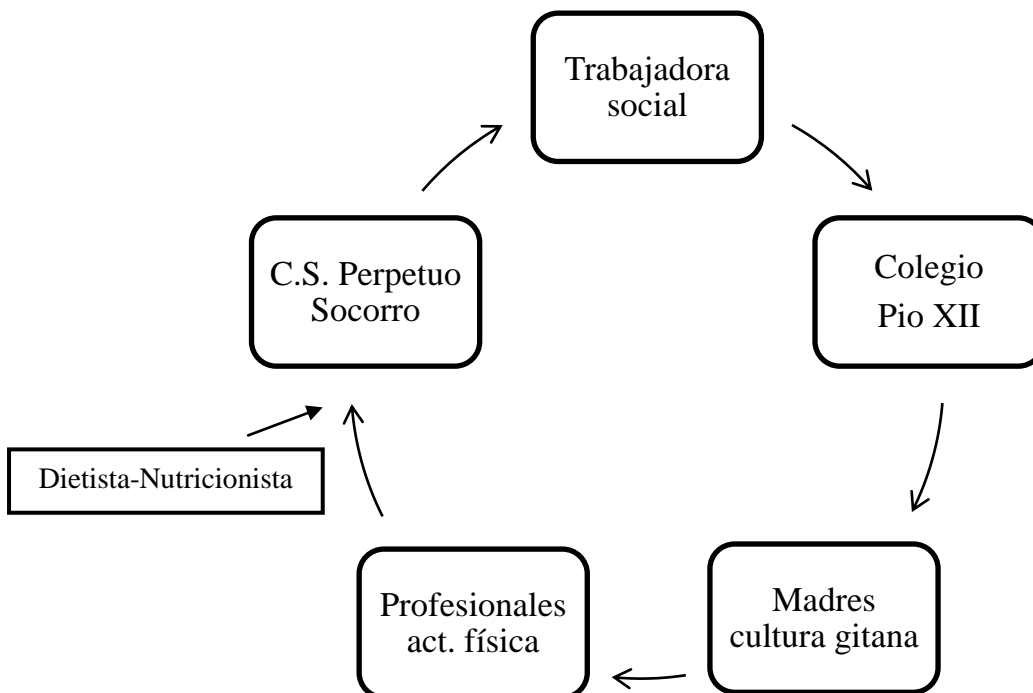


Figura 3. Personas implicadas en el proyecto “Pio se mueve”

3.3 Etapa de programación de la Investigación-Acción-Participación: Trabajo de campo

3.3.1 Características generales de la Metodología IAP

Tras la demanda de las familias por trabajar el ámbito de la nutrición y la alimentación, se lleva a cabo un proceso de apertura a todos los conocimientos y puntos de vista existentes, utilizando diferentes métodos.

Los estudios de tipo cuantitativos utilizan la encuesta como herramienta fundamental de recogida de análisis y presentación de datos, pero no permiten profundizar en el por qué se dijeron tales o cuales cosas, en las motivaciones y estrategias llevadas a cabo ²¹. Por tanto, en este trabajo se va a optar por un enfoque cualitativo. Este enfoque pretende dar protagonismo a la persona o al grupo y recoger sus opiniones e imágenes respecto a la realidad, profundizando en lo que motiva a las personas y los grupos, yendo más allá de las primeras opiniones más habituales. Además, el enfoque participativo, suele dar prioridad a los talleres operativos, conlleva a la devolución de la información a la misma población para que, mediante técnicas adecuadas, sea ésta la que profundice, priorice y planifique sus propias estrategias de superación ²¹.

Es importante adoptar una técnica de observación participante durante todo el proceso. Ésta técnica consiste en no dejar escapar ningún detalle en cualquier tipo de método utilizado, pudiendo tomar notas sencillas que complementen la visión general que se está conociendo. Además, no se debe olvidar intentar mantener el interés de los participantes por el proceso a lo largo de todo el trabajo de campo, y para ello es necesario crear un ambiente de confianza.

La técnica más frecuente en la metodología IAP es la utilización de dinámicas de trabajo grupal. El objetivo principal de ésta técnica es generar procesos de auto-reflexión y para lograrlo, es necesario que el grupo se encuentre moderado por una o dos personas interviniendo lo menos posible.

En este proyecto, se utilizaron dinámicas de trabajo grupal en las que parte del equipo eran profesionales que llevaron a cabo, además, observación participante a través de la cual se pudieron recoger diferentes resultados. Para ello, se procedió a la recogida de notas de comentarios que las participantes realizaban a lo largo de la sesión y algunos datos relevantes. Además, se grabaron alguna de las sesiones para después transcribirlas, pero era demasiado complicada la transcripción ya que no se respeta el turno de palabra, y por tanto se optó por la recogida de anotaciones en papel.

La sistemática planteada para llevar a cabo estas sesiones fue la misma que con las de promoción de actividad física: un día a la semana (martes), una hora y media de sesión en horario aproximado de 14:30 a 16:00, en la biblioteca del Colegio Pío XII.

3.3.2 Sesión inicial: Toma de contacto

El objetivo principal de esta sesión era conocer a las madres de estas familias y que expresaran qué les gustaría saber acerca de la alimentación y la nutrición. A esta sesión asistieron seis de las once madres incluidas en el proyecto, los dos profesionales de la actividad física y del deporte, la trabajadora social y dos nutricionistas.

La sesión estuvo marcada por la participación completa de todas las participantes y por el diálogo entre los profesionales implicados y madres, y tuvo una duración de una hora y media.

Previo a esta sesión, se consideró que sería adecuado que las madres prepararan algún material para trabajar en la misma. y que sirviera como toma de contacto. Para ello, los profesionales que ya formaban parte del proyecto pidieron a las madres que cocinaran y fotografiaran diferentes platos que ellas habitualmente utilizaban. Estas imágenes fueron impresas y se expusieron sin conocer exactamente a qué familia pertenecía cada preparación, para poder así dialogar sobre ellas.

Se mostraron una gran cantidad de fotografías de diferentes platos: paella, sopas, pavo con especias, ensaladas, pan, salchichas tipo Frankfurt, merluza enharinada, pollo asado, pasta con salsa de tomate, bocadillos de diferentes carnes procesadas, zumos envasados, bizcocho y otros postres.

A simple vista, la mayoría de las mujeres presentaban obesidad y admitían que “no tenían tiempo para comer porque tenían que atender a sus hijos y su marido” y que, además, “yo no como tanto como para estar tan gorda”.

Al comentar los platos que había sobre la mesa, la primera cuestión que llamó la atención fueron las raciones. Se les preguntó por las raciones, ya que no se indicaba si era una ración o varias, con el fin de observar y comentar el tamaño del plato que se consume en las diferentes familias. Estas raciones eran excesivas tanto para niños como para mayores. Afirmaban que “mi hijo si no le pongo ese plato se queja y me pide más” “mi hijo necesita todo eso porque si no se queda con hambre” “mi marido necesita media barra de pan para comida” “¿cómo va a comer mi hijo menos que eso?”. Al proponerles la posibilidad de reducir los tamaños de las raciones en función de la edad del miembro de la familia, ellas indicaron que no lo consideran posible porque “si le pongo al pequeño menos que al mayor, se monta el lio”.

En ninguna de las imágenes que se mostraron aparecía fruta e incluso indicaron que meriendan bollería industrial porque “si no ya está el lio montado”. Además, afirmaban que consumen zumos, coca-cola y leche durante las comidas y muy pocas veces usan el agua como bebida para la comida. Eso sí, “sin pan no podemos comer”, “yo compro tres barras diarias para mi familia” y “el pescado no lo compro porque es muy caro”.

Mientras se observaban y comentaban las fotografías, surgieron múltiples temas de conversación. Se interesaron por temas como: “¿Qué es eso de la digestión?”, ¿porqué unos alimentos nos sacian más

en un momento pero luego volvemos a tener hambre y necesitamos más? (ejemplo de un plato de verdura y de bollería industrial), ¿cuál es la cantidad de azúcar que podemos consumir y la que consumimos?. Además, con respecto a los hábitos establecidos para comer y organizar las comidas, hay que destacar que las madres de estas familias no se sientan a comer, “yo voy de un lado para otro a la hora de la comida y me voy comiendo lo que se dejan mis hijos”; “tengo que atender a todos mis hijos y a mi marido, no puedo sentarme a comer con ellos”. Por otro lado, no realizan una planificación de la alimentación de las familias, “yo voy a comprar casi todos los días” “no llevo nunca lista de la compra”, “compro lo que puedo en función del día del mes”.

En resumen, de esta sesión se pudieron obtener los siguientes resultados:

- En general, a juzgar por la información aportada a lo largo de las diferentes conversaciones llevadas a cabo en la sesión, los hábitos alimentarios de las madres de éstas familias, se puede considerar que no se ajustan a las recomendaciones establecidas como saludables.
Las raciones que se instauran para toda la familia, mediante valoración cualitativa, se consideran excesivas, por lo que puede considerarse como uno de los hábitos alimentarios que pueden estar relacionados con la aparición de obesidad.
Además, no hay organización de menú semanal y no se controla el consumo de ciertos alimentos que están considerados como de consumo ocasional.
Por otro lado, hay que destacar que existe una preferencia por los productos preparados y un exceso de consumo de pan industrial.
- Se puede observar una gran disposición al cambio de ciertos hábitos alimentarios ya que se muestran interesadas en diferentes temas relacionados con la nutrición y, además, están dispuestas a realizar diferentes actividades en función de temas que puedan surgir.
- El grado de satisfacción y aceptación de la metodología IAP que muestran las familias es elevado ya que se considera que todas participaron activamente en toda la sesión.

3.3.3 Segunda sesión: Cuestionario de hábitos y “azúcares”

Esta sesión contó con la participación de siete madres, uno de los hijos de las familias, dos profesionales de la actividad física y del deporte, la trabajadora social y una nutricionista.

Tuvo una duración de aproximadamente una hora y media repartida en tres partes diferenciadas: preliminares, realización de un cuestionario y una actividad sobre azúcares.

❖ PRELIMINARES:

Al principio de la sesión, se mantuvo una breve charla por parte de todos los participantes del proyecto, sobre el ejemplo que los padres son para los hijos en todos los aspectos. Una madre comentaba que “desde que os conozco mi vida ha cambiado”, “yo me he dado cuenta que la primera que tengo que cambiar soy yo, porque si yo no cambio mis hijos no lo van hacer, asíque la primera que se ha quitado cosas de comer y de comprar he sido yo”, “si no hay dulces en mi casa no se come”. El resto estaban de acuerdo, pero otra decía: “mis hijos si no les doy a todos lo mismo de comer se enfadan, pero sí tienes razón”. Uno de los profesionales implicados explicó, que la conducta de los niños es algo que se adquiere desde niños, “por ejemplo, si a ti te han enseñado a comer con coca-cola desde pequeño en vez de con agua, de mayor es muy difícil que ese hábito se modifique” o “si a ti no te han inculcado realizar actividad física todos los días, es muy raro que lo hagas cuando eres adulto”.

También se habló sobre cuatro talleres de cocina a los cuales podían apuntarse si lo deseaban. Hubo discusión acerca del tema de las verduras ya que muchos de los platos, o casi todos los platos, tenía como ingrediente principal o como guarnición la verdura. “¿Pero la verdura que es? Jajajaj” ¿Es que todos platos tienen que llevar verdura?” “¿Pero cómo voy hacer una hamburguesa de legumbre?”, pero no obstante, todas estaban dispuestas a participar en los talleres de cocina.

❖ REALIZACIÓN DE UN CUESTIONARIO:

A continuación, se pidió a todas las asistentes que rellenaran, de forma anónima, el “Nuevo cuestionario de hábitos alimentarios” diseñado y validado por Castro Rodríguez *et al.*²² y que se muestra en el Anexo 1, con varias finalidades:

1. Valorar los hábitos alimentarios más o menos saludables de las madres del proyecto, a partir de la puntuación global del cuestionario.

Cada pregunta tiene 5 posibilidades de respuesta, las preguntas número 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 32, 33 y 34 se codifican asignándoles un valor de 1 a 5 del modo siguiente: “nunca” = 1; “pocas veces” = 2; “alguna frecuencia” = 3; “muchas veces” = 4; “siempre” = 5. Las preguntas 6, 13, 14, 25, 26, 27, 28, 29, 30 y 31 se codifican en forma inversa, del siguiente modo: “nunca” = 5; “pocas veces” = 4; “alguna frecuencia” = 3; “muchas veces” = 2; “siempre” = 1. Las preguntas 20, 21, 22, 23 y 24 se valoran del siguiente modo: a la respuesta “con alguna frecuencia” se le da el valor 5; a las respuestas “pocas veces” y “muchas veces” se les asigna el valor 3, y a las respuestas “nunca” y “siempre” se les da un valor de 1. Por último, las preguntas 35 y 36 se valoran como sigue: “nunca” = 5; “una vez al mes” = 4; “una vez por semana” = 3; “varias veces por semana” = 2; “a diario” = 1²². La puntuación total del cuestionario y de cada uno de sus factores puede obtenerse como el promedio de las puntuaciones de cada una de las preguntas incluidas.

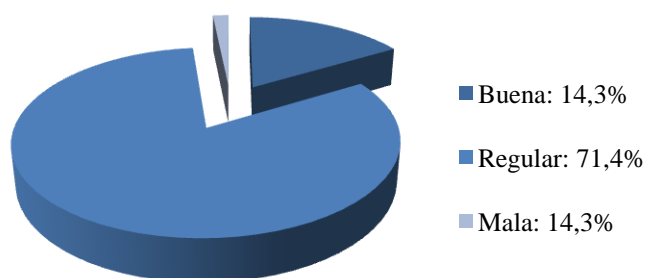
En la tabla 2, se indican las puntuaciones obtenidas sobre el total de puntos que se pueden obtener (180 puntos) sobre las 7 madres que contestaron el cuestionario. Según el diseño del cuestionario, mayores puntuaciones se asocian con unos hábitos más saludables. Por lo que, las madres que lograron una mayor puntuación, podrían tener unos hábitos alimentarios más saludables.

	Puntuación total/180 puntos
Cuestionario nº1 (C1)	112
Cuestionario nº2 (C2)	131
Cuestionario nº3(C3)	136
Cuestionario nº4 (C4)	86
Cuestionario nº5 (C5)	119
Cuestionario nº6 (C6)	128
Cuestionario nº7 (C7)	146

Tabla 2. Puntuación total cuestionario de hábitos

2. Analizar la valoración subjetiva que las participantes hacen de su propia dieta.

La pregunta número 36 hace referencia a la creencia que el encuestado tiene acerca de su dieta: “Mala”, “Regular”, “Buena”, “Muy buena” o “Excelente”. Como se observa en la Gráfica 1, la mayoría de las participantes considera que su dieta es regular. Cinco de las participantes la califica como regular, una la califica como buena y una la califica como excelente (Gráfica 1).



Gráfica 1. Valoración de la dieta

3. Poder identificar hábitos alimentarios destacables de las participantes y poder obtener puntos en común.

Para ello se valoró la puntuación de cada uno de los factores y la información que se recoge en el cuestionario (Tabla 3), y que muestra los percentiles obtenidos en función de las puntuaciones de esos factores específicamente ²².

Factor (preguntas)	Información que recogen
Consumo de azúcar (25-28)	-Postres dulces - Alimentos ricos en azúcares -Frutos secos -Bebidas azucaradas
Alimentación saludable (1-9)	-Cocina con poco aceite -Verduras -Fruta -Ensaladas -Carne y pescado al horno o plancha -Carnes grasas -Cambio de comidas -Alimentos ricos en fibra -Alimentos frescos
Ejercicio físico (32-34)	-Programa de ejercicio -Ejercicio regularmente -Tiempo para ejercicio diario
Contenido calórico (15-19)	-Reviso etiquetas -Miro calorías de las etiquetas -Picoteo bajo en calorías -Tentempiés bajos en calorías -Bebidas bajas en calorías
Bienestar psicológico (29-31)	-Picoteo si estas bajo de ánimo -Picoteo si tengo ansiedad -Hambre cuando estoy aburrido
Tipo de alimentos (20-24)	-Pastas -Carne -Pescado -Féculas -Legumbres
Conocimiento y control (10-14)	- Control para comer -Ser consciente del exceso de comida -Elección de restaurantes -Como sin pensar si engorda o no -Comer sin control de la cantidad
Consumo de alcohol (35-36)	-Baja graduación alcohólica -Alta graduación alcohólica

Tabla 3. Factores e información que el cuestionario recoge

Por tanto, en función las puntuaciones obtenidas de los factores que los autores del cuestionario de hábitos alimentarios ²² consideran como aspectos positivos, se pueden obtener los siguientes resultados:

- Consumo de azúcar: 5 de las 7 madres se clasificaron en el P50 o inferior, es decir, obtuvieron puntuaciones bajas en este factor por lo que se podría considerar un aspecto a considerar relacionado con los problemas de peso de estas mujeres (Tabla 4).
- Alimentación saludable: 4 de las 7 madres encuestadas se clasificaron en este factor en un P50 o inferior, pero por el contrario, 2 encuestadas se clasificaron en el P75-90. Por tanto, este es un factor que no comparten todas las madres implicadas en el proyecto.
- Ejercicio físico: Dos de las participantes indican que realizan ejercicio físico siempre ya que obtienen un P>90 y, por otro lado otra de las participantes destaca por indicar que nunca realiza actividad física clasificándose en el P10-25 (Tabla 5).
- Contenido calórico: 3 de las 7 madres se clasificaron en el P50 o inferior, es decir, obtuvieron puntuaciones bajas en este factor por lo que se podría considerar un aspecto a considerar relacionado con los problemas de peso de estas mujeres (Tabla 6).
- Bienestar psicológico: 4 de las 7 participantes obtienen buenas puntuaciones clasificándose con un P50-75 o mayor, en el resto de las encuestadas se puede destacar que optan de manera habitual al “picoteo”, por lo que podría ser un factor relacionado con el sobrepeso (Tabla 7).
- Tipo de alimentos: Por lo general, las encuestadas indican que consumen de manera ocasional el pescado, féculas y legumbres, obteniéndose un P50 o inferior.
- Conocimiento y control: 3 de las 7 madres se clasificaron en el P50 o inferior, es decir, obtuvieron puntuaciones bajas en este factor, pero las otras 4 madres se clasificaron por encima de P50, por lo que este es un punto que no comparten en común (Tabla 8).
- Consumo de alcohol: Todas las encuestadas indican que nunca consumen alcohol de baja o alta graduación, clasificándose en un P>90.

	Postres dulces	Alimentos ricos en azúcares	Frutos secos	Bebidas azucaradas	Suma consumo azúcar	Percentil
C1	4	4	2	4	14	“25-50”
C2	4	4	3	4	15	“50”
C3	3	4	4	5	16	“50-75”
C4	4	1	4	2	11	“10-25”
C5	3	3	3	2	11	“10-25”
C6	3	4	3	1	11	“10-25”
C7	5	5	5	5	20	“>90”

Tabla 4. Consumo de azúcar y percentiles obtenidos

	Programa de ejercicio	Ejercicio regularmente	Tiempo para ejercicio diario	Suma ejercicio físico	Percentil
C1	3	3	2	8	“50-75”
C2	5	5	5	15	“>90”
C3	5	4	3	12	“75-90”
C4	1	1	1	3	“10-25”
C5	4	3	3	10	“75-90”
C6	4	4	4	12	“75-90”
C7	5	5	5	15	“>90”

Tabla 5. Ejercicio físico y percentiles obtenidos

	Reviso etiquetas	Miro calorías de las etiquetas	Picoteo bajo en calorías	Tentempiés bajos en calorías	Bebidas bajas en calorías	Suma contenido calórico	Percentil
C1	4	4	4	4	4	20	“75-90”
C2	5	1	5	1	5	17	“75”
C3	4	1	3	3	5	16	“50-75”
C4	1	1	1	1	2	6	“<10”
C5	1	1	4	3	3	12	“10-13”
C6	1	1	4	1	1	8	“10-25”
C7	5	5	5	5	5	25	“>90”

Tabla 6. Contenido calórico y percentiles obtenidos

	Picoteo si estas bajo de ánimo	Picoteo si tengo ansiedad	Hombre cuando estoy aburrido	Suma bienestar psicológico	Percentil
C1	4	3	2	9	“50”
C2	5	5	5	15	“90”
C3	4	4	5	13	“75-90”
C4	1	1	4	6	“25”
C5	3	3	3	9	“50”
C6	3	3	5	11	“50-75”
C7	5	5	4	14	“75-90”

Tabla 7. Bienestar psicológico y percentiles obtenidos

	Control para comer	Ser consciente del exceso de comida	Elección de restaurantes	Como sin pensar si engorda o no	Comer sin control de la cantidad	Suma conocimiento y control	Percentil
C1	3	4	1	2	1	11	“10-25”
C2	3	1	1	5	5	15	“50”
C3	4	5	3	3	5	20	“75-90”
C4	2	2	1	3	1	9	“10”
C5	3	5	1	3	4	16	“50-75”
C6	3	5	4	3	3	18	“75”
C7	5	2	5	1	5	18	“75”

Tabla 8. Conocimiento y control y percentiles obtenidos

En conclusión, del cuestionario de hábitos alimentarios se pueden deducir los siguientes aspectos interesantes, por poder ser considerados como malos hábitos:

- El consumo de azúcar de las madres de estas familias es elevado.
- En general, las madres de las familias realizan ejercicio físico o participan en un programa de ejercicio físico.
- El contenido calórico elevado podría considerarse un aspecto relacionado con los problemas de peso de estas mujeres.
- El consumo de alimentos que se consideran de consumo habitual, las madres lo califican como que los consumen de manera ocasional (pescado, féculas y legumbres).
- Con respecto a la elección de los alimentos, hay discrepancias entre las madres.

Es importante señalar que las madres presentaron dificultades para responder al cuestionario. De manera general, se puede establecer que las mayores dificultades surgieron de las siguientes preguntas: *6. Como carnes grasas, 16. Miro en las etiquetas de los alimentos cuántas calorías tienen, 19. Las bebidas que tomo son bajas en calorías, 33. Hago ejercicio regularmente.* Para poder resolver las preguntas que no se entendían, los profesionales implicados en el proyecto tuvieron que intervenir para poder ayudar a alguna de las participantes y poder así completar todo el cuestionario. Además, la realización del cuestionario de manera conjunta en un mismo aula supuso un cambio de opiniones de tal modo que unas a otras se preguntaban “¿y tú que has puesto en esta pregunta?” lo cual alargó de manera considerable la realización del cuestionario.

❖ ACTIVIDAD SOBRE AZÚCARES:

Para tratar principalmente uno de los temas que surgieron a lo largo de la sesión anterior y que fue demandada por las madres en las sesiones de la actividad física, se optó por la realización de una actividad centrada en los azúcares que los alimentos pueden contener.

En primer lugar, se expuso de manera muy básica qué son los hidratos de carbono, qué grupos lo conforman y en qué alimentos podemos encontrarlos. Además, se contó con imágenes extraídas de la página web *sinazucar.org*, en las que se mostraba la cantidad de azúcar que contienen ciertos alimentos que tienen incorporados en su vida habitualmente y su utilización en el organismo.

A continuación, la nutricionista lanzó una serie de preguntas abiertas acompañadas de imágenes, a través de las cuales las madres pudieron expresar sus propias opiniones:

1. “¿Qué es lo primero que pensáis si os digo azúcar?” a lo que se respondió, “Pues lo que echamos al café” “El azúcar de toda la vida”. Se mostró una foto de azúcar blanco y moreno (Imagen 1), a lo que todas afirmaron, “sí, a ese azúcar”.



Imagen 1. Azúcar blanco y azúcar moreno.

2. “¿Y estos alimentos llevan azúcar?”. Los alimentos que se mostraron se encuentran enmarcados en la Imagen 2.

Ante esta pregunta, las madres debatieron diferentes opiniones: “Hombre, si lo pones ahí seguro que si llevan azúcar” “¿La leche tiene azúcar?” “¿Esas verduras enserio tienen azúcar?” “No sabía yo que esos alimentos tuvieran azúcar” “Pero entonces la leche engorda mucho, si lleva tanto azúcar...”

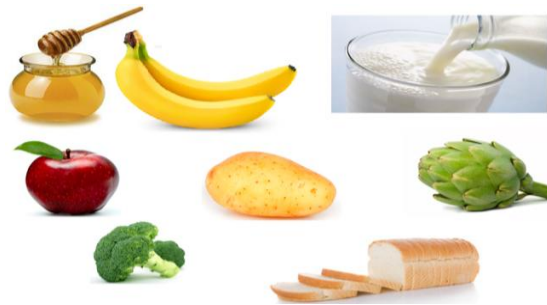


Imagen 2. Alimentos con contenido en hidratos de carbono

3. ¿Todos los azúcares de esta imagen (Imagen 2) son iguales?, a lo que se respondió: “Hombre pues no, la miel lleva más, ¿no?” “La de la fruta será más sana seguro”. “Pues yo a mis hijos les pongo el bocadillo con pan de molde, ¿eso no está bien?” “¿Y sin pan de molde, como hago los bocadillos?” “Pues es que el café sin azúcar está muy malo, y yo sin café no puedo estar”.

Tras este pequeño debate sobre los alimentos que tienen un cierto contenido en azúcar, se enseñaron diferentes alimentos de la página sinazucar.org. Ésta página es un proyecto artístico que pretende mostrar mediante la fotografía la cantidad de azúcar libre que tienen en su composición muchos de los alimentos que consumimos habitualmente.

Las imágenes elegidas de esta web se encuentran enmarcadas en la Imagen 3.



Imagen 3. Alimentos extraídos de la página websinazucar.org

Ante estas imágenes con tanto azúcar, reconocieron “sí que consumimos mucho azúcar sí” “claro, todo eso lleva mucho azúcar”, pero, “¿no será tan malo no?” “siempre hemos comido cosas con azúcar” “¿los niños tampoco pueden comer cosas con azúcar?”. El hijo que formó parte de la sesión debido a no poder acudir a una de sus clases de educación física en el colegio, se mostró muy sorprendido ante las imágenes que estaba visualizando: “Mamá, ¿has visto todo el azúcar que tiene la coca-cola?”.

Tras finalizar la intervención de la nutricionista, las madres se interesaron por posibles alternativas para sustituir el azúcar del café y el pan de los bocadillos. “¿Y qué hacemos para no comer tanto azúcar?” “Pero, es que la sacarina está muy mala”. Se enseñaron diferentes estrategias para reducir el azúcar:

- Hacer los bocadillos y desayunos con pan de panadería no industrial.
- Sustituir en su café el azúcar por sacarina líquida, ante lo que se respondió “Pues que sepas Eva que voy a probar la sacarina líquida esa que me dices”, decía una madre al finalizar la sesión.
- Controlar el consumo de leche y frutas ingeridas a lo largo del día. “Es que mis hijos se comen todo lo que pillan, siempre tienen hambre, les da igual 3 plátanos, que 3 bollos, que 5 yogures, se lo comen todo”.

Esta sesión se realizó en un ambiente ameno y participativo, en el que las madres se sorprendieron de lo mucho que les queda por aprender con respecto a la alimentación de toda la familia.

De la parte de la sesión donde se trató el tema de los azúcares se pudieron obtener los siguientes resultados:

- El consumo diario de azúcar probablemente está por encima de las recomendaciones nutricionales.
- La merienda de los niños de estas familias está claramente dominado por el consumo excesivo de azúcares.
- Existe un claro desconocimiento por los alimentos que contienen azúcar, cómo se debe controlar y las repercusiones que tiene el consumo excesivo.
- Se observó una actitud adecuada para lograr que se produzcan pequeñas modificaciones en los hábitos alimentarios de las familias mediante el cambio de determinados alimentos por otros considerados más saludables o con una cantidad menor de azúcares.

3.3.4 Tercera sesión: Visita al supermercado.

Se realizó una visita al supermercado con el fin de adquirir una lista de productos para realizar unos menús saludables que previamente habían sido establecidos y escogidos por las participantes para la realización de los talleres de cocina. A través de esta sesión se pudo conocer las inquietudes que surgen a las madres de las familias a la hora de realizar la compra. Se pudieron tratar temas relacionados con el presupuesto, la cantidad, la elección diferentes alimentos y la elaboración de una lista antes de ir al supermercado y las horas más apropiadas para realizar la compra.

Estos talleres fueron realizados posteriormente a ésta sesión, y fueron impartidos por profesores de la Escuela de Hostelería de Huesca con la finalidad de que las familias puedan aprender a cocinar menús saludables y económicos.

El recorrido hasta el supermercado se realizó andando, fomentando así la práctica de la actividad física en la vida diaria. En la visita, se adquirieron productos no perecederos con total libertad para moverse por el supermercado y tuvo una duración de una hora y media. A esta sesión únicamente acudieron cinco de las once madres, dos profesionales de la actividad física y del deporte y un nutricionista.

Todos los profesionales que se encontraban en la sesión hicieron especial hincapié en la necesidad de establecer una lista de alimentos que se necesitan adquirir para evitar la compra de aquellos productos que no son necesarios y, además, la importancia de ir a comprar en las horas no anteriores a las comidas principales ya que está demostrado que se adquiere una mayor cantidad de comida innecesaria.

Al permitir moverse por el supermercado con una lista de productos además, se pudieron observar diferentes conductas y tendencias que las participantes tienen a la hora de realizar la compra diaria. “Estas albóndigas están de buenas” “Yo compro para desayunar estas galletas que como son con fibra serán mejores”.

Además, se inició una charla sobre el etiquetado nutricional de alguno de los productos. “Si pone bajo en sal, ¿es mejor no?” “Y de todas las cosas esas que pone ahí, ¿qué es lo que tenemos que mirar?”.

Resultados obtenidos:

- Existe una tendencia al consumo de productos procesados y listos para su consumo.
- No se establece una lista de la compra y se desconocen muchos productos económicamente asequibles.
- Existe un desconocimiento de lectura del etiquetado nutricional.
- Se pudieron exponer pequeñas pautas para la realización de la compra, a través de las cuales las madres de estas familias pueden adquirir una conducta más adecuada a la hora de realizar la alimentación diaria de toda la familia.

3.3.5 Cuarta sesión: Las raciones

La demanda para la realización de una nueva sesión vino determinada tanto de las madres implicadas en el proyecto que indicaban que “necesito saber cuánto tengo que comer”, como por diferentes profesionales que afirmaban que “comen mal, pero es que además, comen mucho”, siendo además, un problema que ya había sido detectado en la sesión inicial tras la muestra de las fotografías de los diferentes platos. Por tanto, se concluyó que era necesaria e importante una sesión en la que el objetivo fuera hacer hincapié en la importancia de las diferentes raciones que se deben establecer en función de la edad y situación fisiológica de cada miembro de la familia, además de la calidad del alimento.

Tuvo una duración de aproximadamente una hora y con un número de participantes menor con respecto a la sesión inicial, asistiendo únicamente cinco de las madres, una de las profesionales de la actividad física y del deporte y una nutricionista.

Esta sesión estuvo marcada por la constante intervención de alguna de las participantes sobre otros temas que se alejaban del tema principal, por lo que era necesario estar redirigiendo el diálogo.

Se comenzó preguntando qué es lo que se entiende por una dieta sana y equilibrada, a lo que se contestó: “comer bien y sano”, “comer como la pirámide de la comida”, “comer fruta y verdura”. Tras un breve debate entre lo que es “comer bien” y “comer mal”, se concluyó que una para poder llevar a cabo una dieta equilibrada es importante conocer qué debo comer, pero también es importante saber cuánta cantidad de cada alimento debo comer.

Además, se explicaron las características de las que depende la cantidad de raciones que se deben consumir: edad, sexo y situación fisiológica. Por tanto, se les lanzó la siguiente pregunta: ¿El tamaño de la ración importa?, a lo que se contestó que “yo no debería comer lo mismo que mis hijos ya lo sé” “pero, si los niños no comen tanto y están todo el día moviéndose”, “además, es que yo no puedo darles diferente plato porque se quejan”.

Uno de los grandes debates que surgió fue la relación de la alimentación con la actividad física. “Los niños se mueven mucho” “ por un día que coma mucho no pasa nada” “yo no veo a tantos niños gordos” “muchos niños gordos sí que hacen deporte” “yo no puedo pagar un gimnasio” “me puedo volver loca si me llevo a todos mis hijos a pasear”. Fue complicado explicar que no todos los miembros de la familia tienen las mismas necesidades y por tanto, no todos deben de comer la misma cantidad de comida.

Además, volvieron a remarcar que las mujeres son las que llevan el control de la alimentación familiar ya que “mi marido no puede entrar en la cocina” “siempre somos nosotras las que tenemos que preparar la comida y la mesa, no tengo tiempo de sentarme a comer”, por lo que no tienen hábitos de alimentación saludables.

Con respecto a los ejemplos que se pusieron para identificar las raciones que necesitaban cada miembro de la familia (judías verdes, pasta, lomo, salmón, pan), aparecieron discrepancias entre las diferentes participantes. “Como va a comer mi hijo solo un puñado de macarrones, eso no es comer” “hombre, si es fruta, puedo comer la que quiera, ¿no?” “¿sólo ese trozo de pan para cada comida?”. Y, se volvió a abrir el debate de la economía familiar y la lista de la compra. “El pescado es muy caro, yo no puedo comprarlo” “igual si fuera con la lista de la compra sólo compraría lo necesario”. Además, al preguntar las técnicas culinarias que se usan habitualmente, predominaron aquellos considerados no-saludables: “el horno en mi casa se usa muy poco” “las patatas sólo están buenas fritas” “¿cómo voy hacer las croquetas al horno?, eso no está bueno” “la ensalada nos la comemos con mucha sal y mucho aceite, si no, no nos gusta” “el horno lo usamos para hacer pizza y poco más”.

Por otro lado, se les indicaron una serie de “trucos” para reducir las raciones de la familia:

1. Reducir el tamaño de la vajilla.

Las respuestas más representativas ante este método fueron: “Vamos a tener que sacar la vajilla de juguete” “mi marido me va a decir que le ponga un plato grande, que eso qué es”.

2. Reducir las raciones poco a poco.

3. Sustituir unos alimentos por otros. Por ejemplo, el pan tipo bimbo sustituirlo por pan tipo hogaza para merendar. Modificar las técnicas culinarias. Por ejemplo, cocinar patatas al horno o hacer la tortilla de patata al microondas.

4. Elaborar un menú semanal e ir a comprar sólo lo imprescindible (“si no lo tengo no lo como”), y en caso de no poder comprar semanalmente, establecer una lista de la compra diaria.

Las respuestas más representativas ante las diferentes estrategias fueron: “Vamos a tener que sacar la vajilla de juguete” “mi marido me va a decir que le ponga un plato grande, que eso que es”, “¿ese pan para merendar esta bueno? Yo sin pan no puedo comer” “las patatas al horno no pueden estar buenas”,

“sí que deberíamos preparar una lista por la mañana y comprar sólo eso”, “pero es que, ¿y si compro poco y luego tienen hambre?”.

Tras la realización de la sesión se pudieron obtener los siguientes resultados:

- Existe un desconocimiento de la importancia de la cantidad de consumo de determinados alimentos en función de la etapa de la vida.
- Predominan las técnicas culinarias no-saludables.
- Los hábitos alimentarios de las madres de estas familias no siguen las recomendaciones debido a los malos hábitos adquiridos con respecto a las raciones establecidas.
- La motivación de las familias para lograr reducir los tamaños de las raciones no es la adecuada, y las madres consideran que es una tarea muy difícil de realizar.

3.3.6 Quinta sesión: “Merienda en familia”

Todas las sesiones sobre nutrición estaban dirigidas a las madres de las familias ya que se considera que son ellas las que tienen la responsabilidad en sus familias de organizar la alimentación de todos los miembros de la familia, pero debido a que las madres indicaron que “¿cómo hago yo esto que me dices con mis hijos?” o “esto deberías decírselo tú a ellos”, se propuso realizar una sesión conjunta con madres, padres e hijos. La idea inicial de esta sesión era proponer que elaborasen en casa una merienda habitual de la familia y la llevasen a la sesión. La sesión se realizaría en un parque cercano al Colegio Pio XII donde, en primer lugar, todos los miembros del proyecto jugarían y luego se merendaría cada uno lo que hubiera elaborado en casa. Se pretendía analizar la merienda y explicar de un modo simple el ejercicio que un niño o un adulto debería realizar para consumir las calorías que han ingerido.

Esta interesante actividad no pudo llevarse a cabo debido a que el plan se retrasó y a fecha de finalización del trabajo no se había llevado a cabo.

3.4 Etapa final de la Investigación-Acción-Participativa: Conclusiones y propuestas

Según Joel M, para la evaluación del proyecto se pueden proponer indicadores que permitan valorar cuál es la situación de partida, la situación actual y la situación previsible en relación con la propuesta. Estos parámetros variarán en función de los objetivos y las actuaciones a desarrollar, pero lo que realmente interesa es comparar un antes y un después del mismo.

Los aspectos que se valoraron son:

1. Los resultados: De cada una de las sesiones en las que se trabajó con las madres se pueden extrapolar diferentes resultados, pero de forma general, cabe destacar que las madres de estas familias han aprendido pautas esenciales para lograr pequeñas modificaciones en los hábitos alimentarios (Tabla 9).

Hay que destacar, que en la población en la que se encuentra enmarcado el proyecto, pequeñas modificaciones en los hábitos alimentarios pueden suponer un gran logro. Las madres de estas familias antes de la sesión de los azúcares, no sabían qué cantidad de azúcar podía tener determinados alimentos y al finalizar la sesión, fueron capaces de interiorizar la importancia de la reducción de esos alimentos.

2. El proceso y el método de trabajo: La metodología llevada a cabo ha sido de gran utilidad a la hora de poder modificar exactamente las inquietudes de cada una de las familias, pero, ha sido necesario organizar las sesiones sobre alimentación en función de otras sesiones o actividades incluidas en el programa. Los métodos que se han utilizado para seguir las diferentes sesiones y la obtención de los resultados han sido los siguientes:

- Estudio de la metodología IAP.
- Constitución del Grupo de IAP.
- Planteamiento de la investigación.
- Recogida de información y diagnóstico.
- Inicio del Trabajo de campo.
- Realización de talleres y actividades mediante sesiones grupales.
- Realización de la evaluación de las conclusiones y discusión

Sesión	Lugar y tiempo de duración	Número de participantes	Procedencia de la demanda	Resultados obtenidos en función de los objetivos específicos
Sesión inicial	Colegio Pio XII 14:00-15:30	11	Mediante los profesionales integrados en el proyecto	Consumo elevado de productos procesados. Raciones ingeridas excesivas mediante valoración cualitativa. Disposición al cambio de hábitos Participación activa en la sesión.
Segunda sesión	Colegio Pio XII 14:30-15:30	7	Mediante una de las profesionales de la actividad física y del integradas en el proyecto	Resultados de los cuestionarios: Tablas 2-8 y Gráfica 1. Consumo de azúcar probablemente elevado. Existe un desconocimiento de alimentos que contienen grandes cantidades de azúcar. Aptitud adecuada al cambio.
Tercera sesión	Supermercado Alto Aragón de Huesca 14:00-15:30	5	Realización de los talleres de cocina	La compra se realiza a diario y sin establecer una lista de la compra. No hay conocimiento acerca del etiquetado de alimentos. Tendencia por alimentos procesados. Adquisición de conductas adecuadas para realizar la compra.
Cuarta sesión	Colegio Pio XII 14:00-15:30	5	Mediante la sesión inicial	No hay diferencias de ración en función de la edad, sexo y situación fisiológica de los diferentes miembros de la familia. No existe organización diaria ni semanal de los alimentos necesarios. Predominan técnicas culinarias no-saludables.

Tabla 9. Resumen de las sesiones realizadas

3. La producción de conocimiento útil para las participantes: En general, el nivel educativo de las madres de estas familias es elemental/básico debido a su situación familiar y nivel educativo, por lo que las sesiones debían ser llevadas a cabo con un lenguaje muy claro y preciso para evitar confusiones. Es decir, explicar nociones muy básicas o no dar por sabido nada sin haberlo antes explicado.
4. La valoración de los profesionales implicados: A través de los profesionales implicados en el proyecto se ha podido obtener una valoración de la intervención nutricional mediante metodología IAP. La valoración que se ha obtenido, ha sido la referente a pequeñas modificaciones que los dos profesionales de la actividad física y del deporte y la trabajadora social del colegio Pio XII han observado en las familias, así como información que las participantes les han transmitido, además, la valoración personal de éstos profesionales.

Uno de los profesionales afirmaba que “En general, las participantes se muestran muy contentas con todo lo que se les ha mostrado. Admiten que han intentado llevar a cabo algunas cosas como por ejemplo, las pautas del azúcar, comer menos pan (una dijo que antes sólo comía una barra entera y ahora la mitad), varias han eliminado la coca-cola de las comidas. La sesión de los azúcares les impactó y uno de los hijos que asistió a la sesión le dijo a su madre: pero mamá, ¿viste cuánto azúcar tenía la coca-cola?”. Por otro lado, éste mismo integrante del grupo de trabajo expresaba que: “Afirman que no les ha costado cambiar algunos hábitos, asunto con el que no estoy de acuerdo ya que luego no lo demuestran. Por otro lado, alguna de las meriendas a las que han asistido, sí que llevan merienda saludable pero con unas raciones excesivas. Por otra parte, los días cuando vamos a los talleres de cocina, muchas de ellas vienen sin desayunar, y cuando hacemos un descanso, piden café con churos, tortas, etc.”

Respecto a otro integrante del equipo, concluía que “La valoración final sería muy positiva. Ellas han percibido y han sido conscientes de aspectos que hasta el momento creo que les resultaban resbaladizos. Alguna de ellas ha manifestado que ha reducido su ingesta de leche y otra que ya no bebe coca-cola (sólo algún vaso de manera ocasional). También he escuchado que escondían determinados productos por casa o que simplemente ya no los compraban. En ese sentido, han manifestado una mayor concienciación, que quizás no es cierto, pero al menos dicen que han incorporado cambios.”

Finalmente, el otro profesional decía: “No soy consciente de actitudes que hayan cambiado, pero sí que han tomado conciencia de cosas que están realizando mal como por ejemplo el tema de los azúcares. Les gustó mucho ver visualmente a qué equivalía el azúcar de algunos productos y se dieron cuenta que los zumos azucarados no son saludables, pero no por eso los han evitado. Es muy difícil cambiar un ámbito tan arraigado. Primero tienen que ser conscientes, luego

interiorizarlo, ponerlo ellas en práctica y creérselo. Hay que dar pasos pequeños, visuales y documentados”.

5. La implicación de las participantes en el proceso y en la programación de las actividades: Durante todo el proceso las madres de las familias de etnia gitana acogieron positivamente la llegada de una nueva persona al programa para tratar con ella aspectos relacionados con la alimentación. Desde la primera sesión el diálogo entre la nutricionista y las madres fue muy fácil y agradable. No se percibió incomodidad por parte de ninguna de las madres para a expresar la realidad de sus familias, como mostraban sus comentarios: “yo no te voy a mentir, esto es lo que hay”.

4. DISCUSIÓN

4.1. Metodológica

La metodología IAP a través de la cual se encuentra enmarcado el proyecto “Pio se mueve” puede considerarse una buena herramienta de trabajo puesto que su objetivo es promover procesos de transformaciones que se deciden a partir de lo que interesa a un grupo reducido de personas. Pero esta metodología presenta una serie de limitaciones en determinados campos de actuación. La IAP es una metodología sólo realizable con la efectiva participación de la gente pero, no sólo se plantea el problema de ofrecer canales de participación, también es necesario proporcionar instrumentos para que la gente pueda participar realmente¹⁸. El aprendizaje que proporciona esta metodología es uno de los aportes más útiles y peculiares de la IAP, para que la gente, a través del conocer, participe del "poder hacer"¹⁸. Es decir, ha sido necesario que la población implicada en el proyecto participe activamente y que además, se ofrezcan los medios necesarios para que puedan participar. Por otro lado, ha sido necesario que se establezca un grupo de trabajo con características similares para que todos ellos puedan participar del mismo modo¹⁸.

Las fases teóricas que están establecidas para la metodología IAP según Ezequiel A-E, deben ajustarse en función de las necesidades del estudio que se realice. La programación de las sesiones no ha podido establecerse cronológicamente desde el inicio de la intervención nutricional mediante IAP ya que no había la existencia de demandas por parte de las participantes. Fue necesario indagar sobre las inquietudes de las madres en repetidas ocasiones para poder así llegar al “poder hacer”. Pero, participación de las madres de las familias y del equipo de profesionales implicados en las sesiones realizadas, cabe destacar que ha sido elevado y sincero y por tanto, se han podido identificar muchos de los problemas que pueden estar relacionados con la aparición de obesidad en estas familias.

Por otro lado, una de las grandes limitaciones a la hora de realizar las sesiones a través de ésta metodología han sido las continuas interrupciones en las sesiones y los cambios de temas. Ha sido necesario redireccionar la sesión en varias ocasiones y ordenar el turno de palabra puesto que todas ellas querían intervenir de manera conjuntay, por tanto ha sido muy complicado transcribir las sesiones que han sido grabadas, siendo preferible tomar notas en las sesiones. Además, incluso siendo un grupo pequeño, no ha habido unanimidad de todas las participantes a todas las sesiones, bien sea por motivos personales o laborales, lo cual ha impedido el poder proporcionar la misma información a todas ellas.

Por otra parte, al enmarcarse esta actuación dentro de los requisitos de un Trabajo de Fin de Grado, una limitación que se ha encontrado es que no se han podido acabar todas las sesiones y fases, por lo que quedan fuera del contexto del trabajo y no se pueden plasmar aquí sus resultados completos. No se han podido obtener resultados de la merienda conjunta entre padres, hijos y profesionales implicados en el proyecto, y no se ha podido obtener una valoración completa de las madres de todo el proceso realizado mediante la metodología IAP.

4.2 Resultados

Se han realizado un total de cuatro sesiones a través de las cuales se han podido obtener diferentes resultados (3.4 y 3.5) que pueden responder a los objetivos establecidos.

Tal y como se explica en el Manual de metodologías participativas ¹⁸, para la identificación de hábitos alimentarios y culturales que pueden estar relacionados con la aparición de obesidad, es necesario crear un ambiente de confianza entre todos los participantes implicados en el proyecto, tanto como profesionales como las madres de las familias.

Uno de los principales hábitos alimentarios, encontrados a través de las diferentes sesiones, que puede estar involucrado en el desarrollo de la obesidad es la ingesta elevada diaria. Tanto los niños como los padres de las familias indican que las raciones que se establecen en cada comida son elevadas y desproporcionadas y además, no hay diferencias según edad. Además, la organización de menú semanal no es posible debido a que muchas de las familias implicadas no pueden realizar una compra semanal y deben acudir al supermercado diariamente, siendo por tanto, una ingesta no controlada. Las estrategias que se ofrecieron para poder reducir las raciones de las familias no fueron bien acogidas por las participantes puesto que no consideran que sea posible implantarlas en su familia, y por tanto, no puede considerarse que se capacitara a las participantes para reducir las raciones. Sería preciso investigar conjuntamente con ellas qué pasos dar, enfocados a dicha reducción de la ingesta.

Otro gran problema que se ha podido identificar es el consumo elevado de pan industrial y productos preparados. Indican que consumen una cantidad mucho mayor de pan y presentan un desconocimiento de las repercusiones que puede originar el consumo habitual de refrescos y alimentos preparados industrialmente en el desarrollo de la aparición de la obesidad. Ante este problema, se ha tratado de disminuir el consumo de refrescos y de pan industrial mediante diferentes sesiones, no obstante, es un punto en el que se debe seguir incidiendo ya que las madres de estas familias exponen que es un hábito muy arraigado.

La cultura de las familias gitanas difiere con otras culturas. Como se ha citado anteriormente, las madres son las encargadas de realizar todas las tareas relacionadas con la alimentación, y consideran que deben estar al servicio de su familia durante la hora de la comida.

Esta actitud conlleva repercusiones en las madres puesto que no realizan una comida con todos los miembros de la familia y de manera pausada, si no que van “picoteando” y no realizan una comida completa. Por tanto, éste hábito puede estar relacionado con la aparición de obesidad en las madres, y es importante seguir trabajando en ello.

A través del cuestionario, se pudo establecer que la mayoría de las participantes son conscientes de que su alimentación no es la adecuada y se obtienen puntuaciones que así lo confirman con respecto a la población en general.

Con respecto a la sesión de los azúcares cabe destacar que ha sido la más impactante para las familias y sobre la que más se ha discutido, debido a las imágenes mostradas para la realización de la actividad y al desconocimiento previo existente. A través de esta sesión se pudo capacitar a las madres de las familias para que poco a poco pudieran sustituir productos con exceso de azúcar por otras opciones más saludables.

Además, con la visita al supermercado se pudo explicar de manera muy simple qué es importante mirar en el etiquetado nutricional, lo cual puede llevar a la adquisición de productos económicamente aceptables y más saludables.

No hay ninguna referencia a otros estudios referentes a la metodología IAP, pero existen estudios, como por ejemplo el Diagnóstico social de la comunidad gitana en España, cuyo objetivo general es conocer la cultura gitana en cuanto a estilo de vida se refiere. En ellos, se destaca el papel que las madres tienen en la alimentación de toda la familia, es ella quien se encarga de adquirir, preparar y organizar la alimentación. Además, no son conscientes de la alimentación desequilibrada que la familia lleva a cabo, muchas veces por desconocimiento y otras porque resulta más fácil o más económica.

Los profesionales implicados en el proyecto indican que es necesaria la intervención del nutricionista en este colectivo y que las madres indican que se encuentran satisfechas con las pequeñas modificaciones que han podido adquirir, pero, éstos profesionales no están muy seguros de que vayan a llevarlas a cabo en su vida diaria.

Por otro lado, hay que destacar que la limitación fundamental de la intervención ha sido el tiempo de realización, ya que sólo se puede dar una valoración a medio plazo y sería necesaria que la intervención sobre alimentación fuera constante y a largo plazo. Hay muchos aspectos en los que se debe incidir de manera más concisa para que puedan lograrse modificar los hábitos alimentarios.

5. CONCLUSIONES

1. El proyecto “Pio se mueve” supone una gran oportunidad para fomentar unos correctos hábitos alimentarios a través de una metodología que anteriormente no ha sido utilizada para lograr reducir la obesidad en un colectivo vulnerable porque hay una participación real de las familias.
2. A través de la realización de diferentes sesiones con un grupo reducido de participantes mediante la metodología IAP, se ha podido lograr crear un ambiente en el que todas las participantes puedan expresar sus inquietudes pudiendo capacitarlas para que logren pequeñas modificaciones en sus hábitos alimentarios.
3. La identificación de los hábitos alimentarios y culturales que estas familias tienen y que puedan estar relacionados con la aparición de obesidad, son principalmente el exceso de ingesta diaria y el consumo de alimentos preparados e industriales. Se puede concluir que el grupo de mujeres con las que se ha trabajado no es consciente de las repercusiones que una inadecuada alimentación puede tener en la edad infantil.
4. Los resultados finales tras la intervención para valorar la alimentación de las familias con niños obesos del colegio Pio XII es positiva, fundamentalmente en cuanto a concienciación y motivación para el cambio. Con las sesiones realizadas se han podido lograr pequeñas modificaciones, las cuales pueden ser un gran logro en éste colectivo. Pudiendo destacar, la concienciación de las madres sobre el consumo excesivo de azúcar y la necesidad de la reducción de las raciones.
5. Es fundamental la necesidad de su continuidad del proyecto para lograr que las familias de cultura gitana dejen de considerarse un colectivo vulnerable y con una alta tasa de obesidad. El proyecto es sostenible continuarlo siempre y cuando las familias estén dispuestas al cambio, ya que en caso contrario, lograr modificaciones del estilo de vida supone un gran reto.
6. Es importante que se trabaje con un equipo multidisciplinar para poder lograr la modificación del estilo de vida de éstas familias. Por tanto, poder colaborar con un equipo de profesionales del deporte que puedan aportar experiencia y recalcar la importancia del binomio actividad física-nutrición puede suponer que las modificaciones puedan desencadenarse de un modo más rápido.

Por tanto, la promoción de unos correctos hábitos alimentarios a través de un grupo multidisciplinar, con la metodología IAP y sostenida en el tiempo puede lograr la modificación del estilo de vida de estas mujeres, en concreto sus hábitos alimentarios y, en consecuencia, la de sus hijos.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso. Obtenido el Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
2. Luis A. M, Margarita A. Ciencias de la Salud. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica Universidad de Zaragoza. Universidad de Valladolid. SEGHNPAEP Pag.319-323 2010.
3. Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España [portal en internet]. (Citado: 02/08/2017) Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/home/aecosan_inicio.htm
4. Liria R. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. Rev. PeruMedExp Salud Publica. 2012;29(3):357-60.
5. Rankin J, Matthews L, Copley S, Han A, Sanders R, Wiltshire HD, Baker JS. Psychological consequences of childhood obesity: psychiatric comorbidity and prevention. Adolesc Health Med Ther. 2016 Nov 14;7:125-146.
6. Chueca M, Azcona C, Oyarzábal M. Obesidad infantil. ANALES Sis San Navarra 2002;Vol. 25(Supl.1):127-141.
7. Hernandez S. Fisiopatología de la obesidad. Gac Méd Méx; Vol. 140, Suplemento N°. 2. 2004.
8. Tejero ME. Genética de la obesidad. Medigraphic Artemisa en línea. 2008; Vol. 65.
9. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad [portal en internet]. (Citado: 30/4/2017). Disponible en: <http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/estrategianaos.pdf>
10. Lee H. The role of local food availability in explaining obesity risk among young school-aged children. SocSciMed; 2012.
11. Diagnóstico social de la comunidad gitana en España. Un análisis contrastado de la Encuesta del CIS a Hogares de Población Gitana 2007. Informes, estudios e investigación ministerio de sanidad, política social e igualdad. Madrid; 2011.

12. Romero A, Rodríguez G, Fuertes J, Rodríguez M, Lorente T, González G, et al. Proyecto de intervención educativa sobre alimentación y actividad física en niños oscenses (PIANO). Prevalencia inicial de obesidad. Revista Española de Obesidad. 2009;Vol 7,Núm.3:166-172.
13. Ayuso MC. Estudio de los cambios producidos en el desayuno de una muestra de población infantil del programa NEREU en Huesca tras una intervención educativa. 2015.
14. Frutas y hortalizas frescas 5 al día [portal en internet]. (Actualizado: 26/4/2017; Citado: 26/4/2017). Disponible en: <http://www.5aldia.org/index.php>
15. Plan Havis. Hábitos de vida saludables (Citado: 26/4/2017). Disponible en: <http://www.habitosdevidasaludables.com/home.php>
16. Estrategia Promoción de Alimentación y Actividad Física Saludables en Aragón 2013-2018 [portal en internet]. (Citado: 26/4/2017). Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Ciudadano/12_Salud_Publica/02_Programas_de_Salud/Estrategia%20prom%20alim%20y%20act%20fis%20salud%20Aragon%202013%202018.pdf
17. Mead E, Brown T, Rees K, Azevedo LB, Whittaker V, Jones D, Olajide J, Mainardi GM, Corpeleijn E, O'Malley C, Beardsmore E, Al-Khudairy L, Baur L, Metzendorf M-I, Demaio A, Ells L J. Diet, physical activity and behavioural interventions for the treatment of overweight or obese children from the age of 6 to 11 years. Cochrane Database Syst Rev. 2017.
18. Ezequiel A-E. Repasando la Investigación-Acción-Participativa. Grupo editorial Lumen Hvmanitas. Cuarta edición: 2003.
19. Martí J. La investigación-Acción Participativa. Estructura y fases. Universidad Complutense, Madrid.
20. Gutierrez M. Estilos de vida de la comunidad gitana. Alimentación, Actividad física y Seguridad en la carretera y en el hogar. MSC-FSG Madrid; 2008.

21. Alberich T, Arnanz L, Basagoiti M, Belmonte R, Bru P, Carmen Es, Néstor G, Sabina H, Pedro H, Dolores H, Concha L, Pedro M, Manuel M, Tomás R. V, Alicia T. Manual Metodologías participativas. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible. Madrid; 2009.

22. Castro P, Bellido D, Díaz S. Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con sobrepeso y obesidad. *EndocrinolNutr.* 2010;57(4):130–139.

7. ANEXO

Castro Rodríguez P, Bellido Guerrero D, Pertega Díaz S y Grupo Colaborativo del Estudio
Elaboración y validación de un nuevo cuestionario de hábitos alimentarios para pacientes con
sobrepeso y obesidad. *EndocrinolNutr.* 2010;57(4):130–139.

Cuestionario de hábitos alimentarios enmarcado en la Figura 1, Pag. 137.