

# LA MUJER OBESA DE LOS SECTORES POPULARES. UNA EXPERIENCIA DE TRABAJO EN SALUD

Tulia María Uribe Jaramillo\*

## Resumen

*El artículo describe el desarrollo de una experiencia de trabajo con un grupo de cincuenta mujeres obesas, residentes en un sector popular del municipio de Medellín. Se analiza la condición de género de estas mujeres desde las dimensiones física, afectiva, participativa y moral y su relación con la obesidad y con algunas prácticas cotidianas asociadas con la salud. El análisis sirve de fundamento para el diseño de una propuesta de carácter integral, con base en un trabajo conjunto de reflexión-acción, según la metodología de la investigación acción participativa. Se muestra cómo la obesidad es el resultado de una realidad de género en la cual intervienen patrones socioculturales que favorecen su desarrollo y perpetúan la subordinación de la mujer en el ámbito de lo doméstico y la carencia de oportunidades de participación en la esfera pública. Los hallazgos indican un perfil caracterizado por malnutrición, poca actividad física, comportamientos compulsivos hacia los alimentos, autoconcepto poco saludable, insatisfacción en el cumplimiento de sus roles, bajos niveles de autonomía y participación. La propuesta contempla acciones asistenciales y educativas que propician cambios favorables en el autoconcepto, la autonomía, la organización social y las prácticas de salud de estas mujeres.*

---

\* Enfermera Licenciada, Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

**Palabras claves***Obesidad**Desarrollo humano**Participación comunitaria**Autocuidado***Introducción**

El problema de la obesidad afecta a un alto número de mujeres de diferentes clases sociales, y especialmente de las bajas.<sup>1</sup> Socialmente la obesidad en mujeres de los sectores populares, es una de las consecuencias de la situación en que viven: dedicadas al trabajo doméstico y con pocas oportunidades laborales, recreativas, políticas y de salud. Los oficios del hogar, la elaboración de alimentos y los hábitos alimenticios generan vínculos constantes con la comida que unidos a una disminución de la actividad física deportiva y la permanencia constante en el hogar, propician un desequilibrio entre el aporte calórico y el consumo energético. Para la salud integral de la mujer la obesidad es significativa al crear un desequilibrio biopsicosocial debido a varias alteraciones: orgánicas, en el autoconcepto y por el rechazo social que reciben.

En el contexto donde se ubica esta experiencia de trabajo, la obesidad es un problema prioritario en las mujeres mayores de quince años como se identificó a través del desempeño profesional, en los diagnósticos de salud y mediante las determinaciones masivas de peso y talla, además de ser una necesidad sentida entre las mujeres. Estas razones motivaron al desarrollo de la investigación con un grupo de cincuenta mujeres obesas habitantes de la zona nororiental de Medellín en el área de influencia del hospital infantil Concejo de Medellín, con el fin de reflexionar con ellas su problemática como mujer y como obesa y diseñar conjuntamente una propuesta de desarrollo humano encaminada a propiciar cambios graduales en la condición actual de estas mujeres.

La ejecución de la propuesta mostró transformaciones significativas en las distintas esferas del desarrollo tales como: toma de conciencia de su condición de mujer entendida desde el enfoque de género y la comprensión de la obesidad como un problema de salud integral y no sólo de orden estético, cambios en el autoconcepto, al lograr una mayor aceptación de la imagen corporal y de la capacidad para intervenir y expresar sus propios

critérios, participación en actividades recreativas, culturales y en la organización comunitaria con poder de decisión y representatividad.

### **Objetivo general**

Analizar estructuralmente el fenómeno de la obesidad femenina mediante el reconocimiento de las dimensiones física, afectiva, participativa y moral, en las mujeres del área de influencia del hospital infantil Concejo de Medellín, como base para diseñar una propuesta educativa y para el desarrollo humano de la mujer obesa.

### **Objetivos específicos**

—Diferenciar los factores socioculturales que inciden en la constitución y desarrollo de la obesidad femenina.

—Identificar las necesidades humanas individuales y colectivas de la mujer obesa.

—Construir una propuesta de atención integral que proporcione cambios graduales en su condición física, afectiva, moral y organizativa.

#### **Marco teórico**

Varios autores definen la obesidad como una enfermedad crónica, de etiología multicausal, cuyo signo común es el exceso de peso, por acumulación excesiva de grasa.<sup>2</sup>

Desde el punto de vista etiológico se considera como el resultado de la interacción entre una posible predisposición a la obesidad, y la influencia de diversos factores fisiológicos-psicológicos, culturales y sociales.

Se considera obesidad cuando el porcentaje de peso se encuentra por encima de un 20% del peso ideal. Es normal una oscilación del 10% por encima o por debajo del peso normal para la talla y el sexo. Con base en esta estandarización Popov clasifica la obesidad en los siguientes niveles: sobrepeso del 1 al 10%, obesidad ligera del 10,1 al 30%, obesidad media del 30,1 al 50% y obesidad grave más del 50% por encima del peso normal para su talla y sexo.<sup>3</sup>

Algunos estudios demuestran una mayor asociación del problema con el sexo femenino<sup>4</sup> y con la edad, especialmente después de los cuarenta y cinco años. La obesidad y el sedentarismo juegan un papel importante en la elevación de los niveles séricos de colesterol y lipoproteínas, lo que posibilita la formación de ateromas que estrechan la luz arterial. La obesidad aparece como el principal factor de riesgo de la diabetes mellitus tipo II, que se manifiesta por insulinoresistencia. Otro factor importante es el de los estímulos externos, la mayoría de los obesos responden más frecuentemente a la vista y olor de los alimentos que a estímulos internos como el hambre.<sup>5</sup>

Para comprender la obesidad femenina como un problema asociado con su condición de mujer, el estudio se basa en los lineamientos propuestos por Susie Orbach quien sostiene que la obesidad es una consecuencia de la situación social en que ha vivido la mujer: unas relaciones de poder con el dominio del hombre, confinada al hogar, dedicada al trabajo doméstico y a la crianza de los hijos, tiene menores oportunidades laborales, recreativas, políticas y de salud. Esta situación genera altos niveles de inseguridad, conformismo y ansiedad que la predisponen a comer compulsivamente para llenar vacíos provenientes de su situación, lo que resulta finalmente en obesidad.<sup>6</sup>

Culturalmente la mujer obesa es rechazada por apartarse del modelo impuesto, —ser delgada—. La sociedad emite juicios severos que influyen en su adaptación y aceptación, esto trae como consecuencia la inconformidad con su propio cuerpo, menoscabo de su valía personal y deformación de su imagen corporal, lo que origina un autoconcepto distorsionado.

El contexto socioeconómico bajo, presenta condiciones físicas y socioculturales particulares relacionada con la carencia de infraestructuras que propicien la salud mental y contrarresten el sedentarismo y las costumbres alimentarias las cuales se caracterizan por altos consumos de carbohidratos y bajas fuentes de proteínas, vitaminas y minerales.

La propuesta de desarrollo humano para este grupo de mujeres, se apoya en el "Desarrollo a escala humana" de Max Neef y colaboradores<sup>7</sup> y en el "Modelo Cinde", descrito por Glen Nimnicht y Martha Arango,<sup>8</sup> ambos proponen un modelo que propicia un desarrollo sano, autoindependiente y

participativo, fomenta la solidaridad y el crecimiento personal y colectivo. Para lograr este propósito, los modelos se basan en los siguientes enunciados.

—El interés radica en el desarrollo de las personas y no de las cosas.

—Manejan una concepción integral del desarrollo, el cual comprende al ser humano en su totalidad y respeta su pluralidad.

—Parten de la satisfacción de necesidades humanas como la forma de alcanzar un desarrollo integral y armónico de las capacidades físicas, sociales, éticas y trascendentales.

—Dan gran valor a la dimensión moral como aspecto indispensable para una convivencia social armónica e involucra el desarrollo de una autonomía moral, como elemento fundamental para determinar la escala de valores en la satisfacción de las necesidades humanas.

## **Metodología**

La investigación se inició en julio de 1989, con un seguimiento durante 30 meses a un grupo de 50 mujeres obesas. La mayoría de estas mujeres eran madres de familia entre los 20 y 70 años de edad, con una escolaridad de primaria completa o algunos años de bachillerato, de existencia social dentro del hogar, amas de casa dedicadas al trabajo doméstico, sólo algunas de ellas poseían un trabajo extra con remuneración ocasional.

En la actualidad el programa se desarrolla con un grupo aproximado de 80 mujeres.

La metodología de la investigación se enmarca dentro de un enfoque crítico social con algunos componentes de la investigación acción participativa; al situar a las mujeres en una posición crítica frente a su realidad, prácticas transformadoras y participación directa en algunas etapas del estudio.

El proyecto se realizó en dos etapas: en la primera se hizo un análisis cualicuantitativo de los aspectos: físico, nutricional, afectivo, participativo y moral como elementos del desarrollo humano para establecer un diagnós-

tico social y de salud de las mujeres del estudio. El análisis cuantitativo fue descriptivo y se utilizaron proporciones y cruce de variables. El análisis cualitativo fue de tipo hermenéutico para llegar a la búsqueda de sentido y a la comprensión de los hechos que acompañaron la vida cotidiana de las mujeres de acuerdo con su historia y su cultura.

Durante la segunda etapa se elaboró una propuesta innovadora con base en el diagnóstico y análisis de los hallazgos.

La experiencia de trabajo se desarrolló en cuatro momentos con acciones encaminadas a la motivación, la participación, la educación y la asistencia, con el fin de propiciar la reflexión y toma de conciencia, elementos básicos para la transformación. Estos momentos fueron: momento previo, momento de investigación, momento de la acción y momento de reflexión. La figura 1, muestra los diferentes momentos metodológicos con sus fases y actividades correspondientes.

### **Categorías y variables investigadas**

Desde el punto de vista cuantitativo con el fin de identificar la salud física, se investigaron las siguientes variables.

—Obesidad, factores de riesgo asociados y otras prácticas relacionadas con la salud, mediante los siguientes indicadores:

#### **Indicadores**

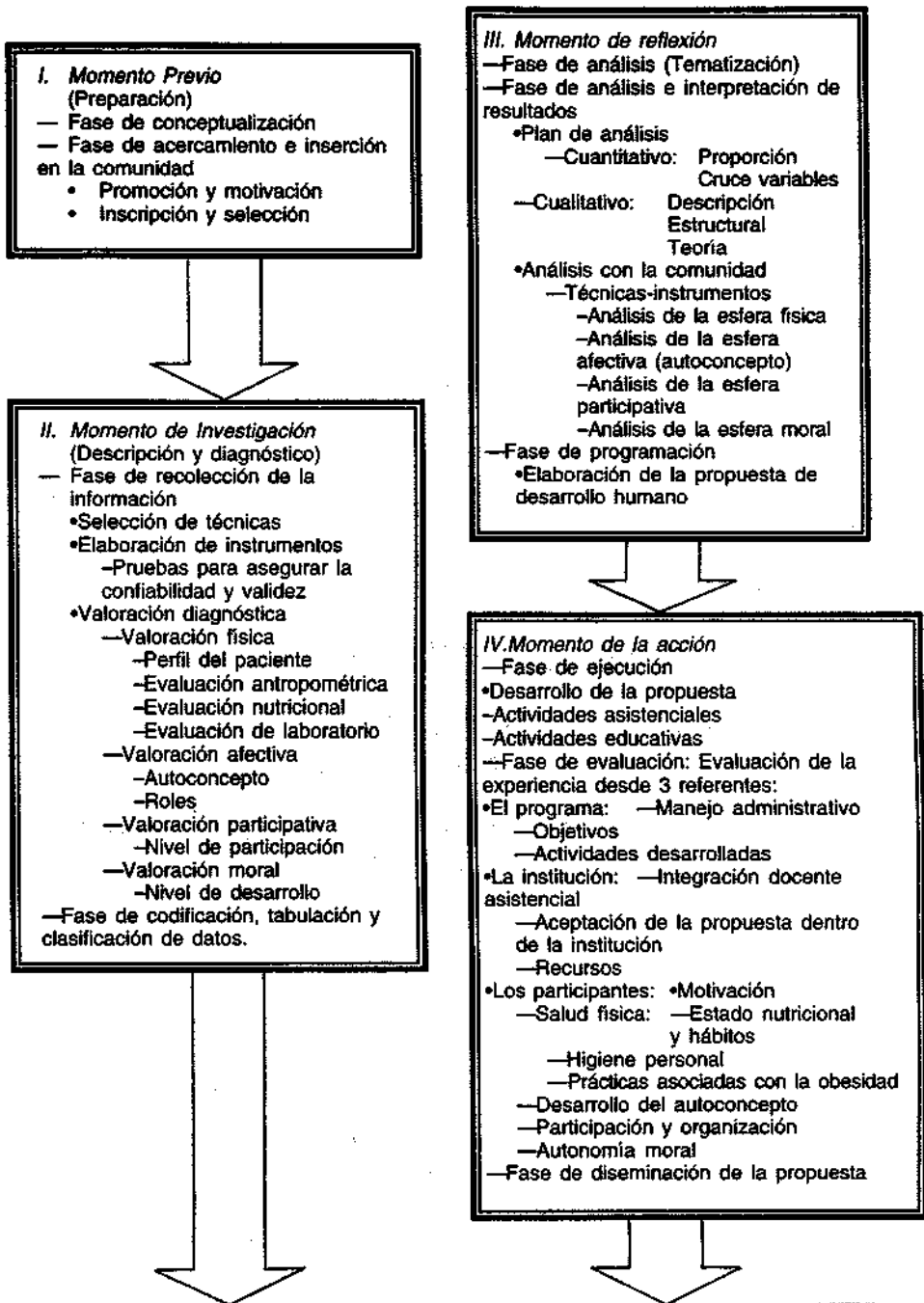
—Antecedentes personales y familiares de obesidad, hipertensión arterial y diabetes.

—Etapa del ciclo vital en el que se desarrolló la obesidad.

—Estado nutricional según índices establecidos: sobrepeso, obesidad ligera, media y grave.

—Problemas degenerativos asociados con la obesidad: hiperlipidemias, diabetes.

—Prácticas cotidianas asociadas con la obesidad: actividad física, patrón de sueño, reposo nocturno y diurno.



**Figura 1** . Diseño metodológico para la propuesta. Desarrollo humano de la mujer obesa

—Prácticas nutricionales según frecuencia y consumo por grupos de alimentos.

—Presencia de comportamientos compulsivos hacia los alimentos, para determinar este indicador se realizaron ajustes al test de Cage, versión Hospital Mental de Antioquia diseñado para el diagnóstico de alcoholismo.<sup>9</sup>

Las demás prácticas cotidianas asociadas con la salud se evaluaron mediante indicadores sobre higiene oral, hábitos intestinales, práctica de citología vaginal, autoexamen de los senos, planificación familiar, consumo de drogas psicoactivas, alcohol, cigarrillo, café y las prácticas lúdicas realizadas en el tiempo libre.

Para el análisis cualitativo se consideraron las categorías afectiva, moral y participativa y se analizaron mediante la identificación del autoconcepto, el desempeño de roles, el nivel de autonomía moral y de participación.

En el análisis del autoconcepto se tuvo en cuenta la imagen corporal y el grado de autoestima basados en los planteamientos de Natividad Anda.<sup>10</sup> En el desempeño de roles se analizó el autotelismo o grado de motivación intrínseca en su logro y la correspondencia en su desempeño.

El nivel de autonomía moral se determinó según los enunciados de Piaget quien la define como un proceso de desarrollo que va desde la heteronomía hasta la autonomía con los siguientes indicadores:

—Desarrollo moral heterónomo, es decir toma de decisiones por criterios ajenos, se maneja la norma por deber u obligación, existe un manejo unilateral del respeto y se ejerce el poder en forma autocrática, con una interacción, dominio-subordinación.

—Desarrollo autónomo, o toma de decisiones por criterios propios, la norma es manejada por interiorización y convicción, hay respeto mutuo, el poder se ejerce democráticamente con una interacción de cooperación-complementación.<sup>11</sup>

—El desarrollo participativo se analizó con base en los conceptos de Oakley y Marsden, quienes hablan del proceso de la participación desde un nivel incipiente caracterizado por una participación inducida, pasiva, baja auto-



nomía, liderazgo y organización grupal hasta la participación avanzada donde ésta es espontánea, hay iniciativa, decisiones grupales, mayor autonomía y poder de decisión.<sup>12</sup>

## **Técnicas e instrumentos de recolección de la información**

La información sobre los aspectos relacionados con la obesidad y factores de riesgo asociados, las prácticas nutricionales y otras prácticas cotidianas relacionadas con la salud, se recolectaron mediante:

- Un cuestionario aplicado individualmente
- Anamnesis alimentaria para determinar la frecuencia en el consumo por grupo de alimentos.
- Valoración antropométrica completa para determinar el estado nutricional.
- Dos exámenes de laboratorio para determinar colesterol total y glicemia.

La información relacionada con el autoconcepto, el desempeño de roles, nivel de autonomía y participación, se obtuvo mediante observación participante, durante los diferentes eventos desarrollados con el grupo, tales como: talleres con guías estructuradas, juegos, dinámicas, análisis de historias, asambleas, reuniones informales y salidas de campo.

La confiabilidad y validez de la información se aseguró mediante la discusión y análisis conjunto de los instrumentos entre la investigadora y las mujeres del grupo para determinar la comprensión, el sentido, el lenguaje y la claridad de la información, se realizó una prueba piloto y se confrontaron los instrumentos con los aplicados en dicha prueba, los instrumentos fueron validados lógicamente por expertos en el tema y en investigación.

## **Análisis e interpretación de resultados**

Los hallazgos sobre la problemática de la obesidad, los factores que han influido en su desarrollo y en la condición de género del grupo de estudio se agrupan en seis categorías.

## ***1. Problemática de las mujeres obesas en estudio***

El 71,2% desarrollaron su obesidad en la edad adulta, en un 46,2% coincide con el periodo posterior a la maternidad. El 71% presentan una obesidad ligera y media.

Una característica sobresaliente fue la actividad física disminuida. El 66% de las mujeres antes de ingresar al programa no realizaban ningún tipo de ejercicio físico o recreativo fuera de las actividades de la vida diaria y el 44% dormían más de 8 horas al día.

El consumo de alimentos es un factor coadyuvante, las prácticas nutricionales muestran una malnutrición por sobresaturación de nutrientes, relacionado con un desbalance en la ingesta de nutrientes, poca variabilidad de alimentos, un alto consumo de grasas y carbohidratos y un bajo consumo de alimentos reguladores —frutas y verduras—, y agua.

Los niveles de colesterol, triglicéridos y glucemia, se encontraron dentro de los límites normales con porcentajes 71%, 62% y 98% respectivamente.

La compulsión por comer es un rasgo común, el 71% son comedoras compulsivas o están en riesgo de serlo. La búsqueda de alimentos como forma de compensar estados de ansiedad sugiere la presencia de situaciones emocionales conflictivas relacionadas con un autoconcepto distorsionado, sentimientos de soledad, trastornos en la imagen corporal y ambientes familiares violentos, los cuales generan estados de ansiedad que desencadenan dicho comportamiento.

La aparición de la obesidad en el periodo posterior a la maternidad, hace pensar en una asociación de la obesidad con este fenómeno por la acción hormonal que interviene en la función procreadora, que predispone a la producción y almacenamiento de grasa.<sup>13</sup>

La descripción muestra un contexto favorable al desarrollo de la obesidad en el sentido de vivir una cotidianidad limitada al trabajo doméstico y a la crianza de los hijos con vínculos constantes con la comida y una existencia social dentro del hogar.

## **2. Autoconcepto y obesidad**

La información recogida muestra una marcada tendencia hacia la percepción de una imagen corporal distorsionada: fea, extravagante, sin ningún atractivo físico a causa de la obesidad, la cual es responsable de deformar las diferentes partes del cuerpo. Se ven a sí mismas como personas anormales, pues la obesidad afea sus cuerpos y obstaculiza un desempeño adecuado en su vida cotidiana para desplazarse, amarrarse los zapatos, subir o bajar de los buses, entre otros.

La obesidad juega un importante papel en la distorsión de su imagen corporal, al desdibujar una apreciación positiva de su cuerpo y dejar de reconocer en él otros aspectos que ofrecen autosatisfacción. La valoración del cuerpo, desde lo estético, de acuerdo con el modelo establecido por los medios de comunicación genera una percepción negativa a causa de la obesidad, al constituirse en la responsable de que su cuerpo sea demasiado grande y voluminoso, lo que afecta la armonía entre sus diferentes partes, obstaculiza la conquista del hombre y desencadena rechazo por su imagen corporal. La obesidad genera sentimientos de subvaloración manifiestos en una baja autoestima y rechazo de la autoimagen, lo cual se materializa con negaciones, complejos y vergüenza de su propio cuerpo.

## **3. El desempeño de roles y su influencia en la dimensión afectiva**

El ambiente familiar predominante en el cual la mujer obesa desempeña sus roles es tradicionalmente machista, el trabajo doméstico y la crianza de los hijos continúan siendo patrimonio exclusivo de la mujer, es un ambiente de represión, desigualdad y marginamiento con apropiación exclusiva de la mujer por parte del hombre.

Esta correspondencia del rol continúa con el fomento de unas condiciones de desigualdad y marginación en donde el trabajo doméstico la ocupa la mayor parte del tiempo y obstaculiza su participación en actividades extrahogareñas que propicien su desarrollo y el control de su obesidad.

En su motivación en el desempeño de roles sobresalen dos tendencias: la autotélica y la heterotélica.

Para algunas mujeres el hecho de sentirse madres, esposas o amas de casa, son razones verdaderamente autotélicas o automotivantes, hay disfrute y placer en el cumplimiento de sus roles, pues estos las hacen sentir importantes y con cierto poder dentro del hogar.

En otras mujeres se observa una insatisfacción en el cumplimiento de estos roles, especialmente por el sentido de obligatoriedad originado por las normatividades sociales. La insatisfacción se manifiesta a través de rechazo, resignación y conformismo en el cumplimiento del rol por el displacer que ocasiona el asumirlo con un carácter de obligatoriedad, especialmente en el trabajo doméstico.

El cumplimiento del rol de esposa y madre es igualmente insatisfactorio para algunas mujeres, las cuales sienten su desempeño como una experiencia difícil, insegura, que puede llegar a producir inestabilidades emocionales.

#### ***4. Desarrollo de la autonomía***

La información muestra una tendencia dominante heterónoma, caracterizada por fidelidad a las normas culturales que perpetúan la discriminación con unas relaciones de dominación hacia la mujer donde, el hombre logra obediencia y respeto a cambio de una estabilidad familiar. Existe un manejo unilateral del respeto, es ella quien debe respetar las órdenes para conservar al esposo, accediendo a todos sus deseos. Esta situación genera en la mujer una actitud de conformismo y subvaloración que le dificulta tomar conciencia y el reconocerse como persona capaz de tomar sus propias decisiones frente a los demás.

Se dan tendencias secundarias que indican un grado más avanzado en el desarrollo de la autonomía, y se percibe por comportamientos independientes y maduros como el reconocimiento del diálogo, componente fundamental en la vida de pareja, igualdad de derechos y oportunidades, toma de decisiones en aspectos de su vida personal, derecho a la opinión y a tener sus propias actuaciones.

#### ***5. Desarrollo participativo***

Predomina una participación incipiente, caracterizada por una baja autonomía para organizarse en torno a intereses comunes que propendan por el

beneficio de todas. La iniciativa de organización surge a partir de motivaciones externas, con una participación pasiva e inducida por agentes externos, mayor preocupación por el beneficio individual que por el grupal, dificultades en la toma de decisiones, insuficiente liderazgo y sentido de organización.

## **Conclusiones**

La obesidad es un problema de salud que afecta el equilibrio biopsicosocial de la mujer al interferir en las diferentes esferas de desarrollo humano.

La obesidad presente en este grupo de mujeres es consecuencia de una interacción de factores fisiológicos y socioculturales tales como la maternidad, los malos hábitos nutricionales, la disminución de la actividad física, la dedicación exclusiva al trabajo doméstico y la exposición a situaciones emocionales que desencadenan la compulsión por comer, todos ellos han generado un ambiente propicio al desarrollo de la obesidad.

Continúa el predominio de ambientes familiares en donde la mujer sigue ejerciendo en forma exclusiva el trabajo doméstico y la crianza de los hijos.

La apariencia corporal es un punto central de su existencia, la deformación del cuerpo ocasionada por la obesidad favorece el rechazo de la autoimagen, distorsiona su autoconcepto y autoestima.

La compulsión por comer es un rasgo común, lo cual sugiere la presencia de situaciones emocionales, fuente de conflictos como: sentimientos de soledad, trastornos de la imagen corporal, ambientes familiares y sociales tensionantes, los cuales generan estados de ansiedad.

Existen bajos niveles de autonomía y participación, relacionados con las condiciones de desigualdad, división social y sexual del trabajo, condiciones que generan en la mujer unas características de subordinación, conformismo y dependencia, y le impiden tomar conciencia de su situación, al considerarla como fenómeno normal.

Las acciones desarrolladas durante el proceso investigativo han generado una serie de cambios relativos, por tratarse de una realidad compleja y dinámica, sin embargo se adoptaron conductas y comportamientos favorables al desarrollo humano de estas mujeres.

## **Propuesta de trabajo para el desarrollo integral de la mujer obesa**

De acuerdo con los intereses, las necesidades y los resultados de la investigación, se elabora una propuesta de atención integral centrada en un modelo de desarrollo humano con énfasis en el autocuidado individual y colectivo que propicie la transformación y mejoramiento físico, afectivo, social y cultural de este grupo de mujeres, con el fin de posibilitar un cambio en su calidad de vida.

Para abordar las necesidades y problemas se realiza un análisis conjunto de la situación real y un debate democrático que propicie la búsqueda, elección y jerarquización de posibles soluciones y de acciones concretas, encaminadas al mejoramiento de la situación.

Simultáneamente se realizan acciones de motivación y gestión para la organización comunitaria que posibiliten la participación de las personas en la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades.

### ***Objetivo general***

Diseñar una propuesta de desarrollo humano para la mujer obesa de los sectores populares mediante prácticas de autocuidado, dirigidas al mejoramiento de su salud física, mental y social como alternativa no convencional de atención a sus problemas.

### ***Objetivos específicos***

Establecer programas nutricionales y de acondicionamiento fisioterapéutico.

Promover la salud mental mediante prácticas lúdicas y el desarrollo de un autoconcepto y una autoestima saludables.

Promover niveles de organización comunitaria que propicien en la mujer obesa el desarrollo de procesos de autogestión.

Desarrollar programas educativos relacionados con la salud y los valores morales, culturales y sociales.

### ***Dimensiones del desarrollo humano, involucradas en el proyecto***

Se involucran las dimensiones humanas más afectadas por el problema de la obesidad en sus aspectos biopsicosocial.

Las áreas del desarrollo humano involucradas en el proyecto muestran cómo a través de prácticas de autocuidado se puede llegar al desarrollo humano al lograr el mejoramiento de la calidad de vida.



**Figura 2** Áreas del desarrollo involucradas en el proyecto de desarrollo humano para la mujer obesa

### ***Estrategias generales para la acción***

El desarrollo eficiente y eficaz de las acciones se garantizan a través de:

—El trabajo interdisciplinario.

—Coordinación inter e intrainstitucional para la consecución y canalización de recursos.

—La participación comunitaria en todas las etapas del proyecto, lo cual significa que la comunidad asuma y desempeñe ciertos roles y funciones tradicionalmente asignados a otras personas.

—El fortalecimiento de la organización comunitaria para posibilitar la apropiación y el desarrollo del proyecto por parte del grupo.

—El desarrollo de procesos educativos con contenidos relevantes, metodologías participativas y participación de los integrantes del grupo como agentes educativos.

—El respeto por las costumbres, los valores, las estructuras y la identidad cultural del grupo.

### ***Metodología***

El proyecto se desarrolla mediante una metodología activa, participativa, personalizada, crítica y contextualizada.

Activa, en cuanto busca que las personas dinamicen, inicien y ejerciten las acciones propuestas. Participativa en el sentido de propiciar la adopción de responsabilidades en los diferentes momentos, al asumir procedimientos de protagonismo y autogestión.

Personalizada al tener en cuenta su vida personal y social con el fin de entender su problemática, respetar su diversidad y fortalecer sus habilidades. Contextualizada porque respeta y tiene en cuenta las costumbres, valores, intereses y cotidianidad de las personas.

### ***Acciones y actividades involucradas en la propuesta***

Las actividades están relacionadas con el desarrollo humano en su dimensión física, psicológica y social, como se puede apreciar en el siguiente cuadro.



**Tabla 1**

---

<i>ACCIONES</i>	<i>ACTIVIDADES</i>
ATENCIÓN EN SALUD	—Atención médica, odontológica y de enfermería para la identificación y seguimiento de problemas de salud y factores riesgo. —Exámenes de laboratorio: colesterol total y glicemia.
ATENCIÓN NUTRICIONAL	—Valoración antropométrica completa (peso, talla, índice de masa corporal). —Anamnesis nutricional al ingreso. —Control y seguimiento nutricional en caso de obesidad media y grave.
ACTIVIDAD FÍSICA	—Cultura física terapéutica. —Actividades deportivas. —Caminatas programadas
DESARROLLO LÚDICO	—Actividades recreativas: paseos, fiestas, celebraciones, juegos.
DESARROLLO DEL AUTOCONCEPTO Y AUTOESTIMA	—Dinámicas de autoconocimiento; desarrollo de potencialidades, ejercicios de afectividad y autoestima.
DESARROLLO CULTURAL	—Actividades folclóricas, visitas a museos conciertos etc.
ORGANIZACIÓN COMUNITARIA	—Motivación, acompañamiento, asesoría jurídica, conformación de comites, elaboración de planes de desarrollo para el grupo.
CAPACITACIÓN	—Capacitación básica en: nutrición, prácticas de autocuidado, desarrollo afectivo moral y participativo. —Capacitación complementaria: en aspectos elegidos por las participantes de acuerdo con sus intereses y necesidades.
DESARROLLO DE PROYECTOS PRUDUCTIVOS Y AUTOGESTIONARIOS	—Actividades tendientes a la consecución de un patrimonio autónomo como el reciclaje de productos de desecho (plásticos, vidrios etc.).

---

## *Impacto social*

Se dieron avances en el protagonismo de los sujetos para realizar su propia opción de desarrollo. Hubo cambios relativos al desarrollo social y humano, en relación con transformaciones en su estilo de vida, como todo proceso el cambio ha sido gradual con avances de diversos grados, en las distintas esferas del desarrollo.

Los cambios cualitativos se relacionan con:

—Toma de conciencia sobre sus condiciones actuales como mujer obesa y comprensión del fenómeno de la obesidad como un problema de salud integral y no sólo de orden estético. Esta comprensión ha permitido la apropiación del problema de la obesidad con un sentido de integralidad y ha estimulado su motivación y participación en las actividades programadas.

—Compromiso y asunción del autocuidado al realizar prácticas no incluidas en su cotidianidad y entender su responsabilidad frente al cambio. Los logros en el autocuidado se manifestaron en: disminución gradual de peso y porcentaje de grasa; identificación de comportamientos que afectan positiva o negativamente su peso corporal, cambio cultural en las prácticas alimentarias al aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir los carbohidratos. Toma de: citologías vaginales, exámenes de laboratorio, búsqueda de atención odontológica, vinculación al programa de planificación familiar, con un sentido preventivo y no curativo.

—Cambios en el autoconcepto: se observó una mayor aceptación de la imagen corporal y su condición de obesidad, al valorarse y reconocerse a sí mismas como personas —uso de trajes deportivos y vestido de baño independientemente del que dirán—. Desarrollo de la capacidad para exponer sus propios criterios en los talleres, asambleas y reuniones.

—Cambios en la salud mental al participar en actividades recreativas, culturales y sociales poco frecuentes en su vida diaria: visitas a museos, asistencia a conciertos, conformación de un equipo de baloncesto, participación en torneos interbarrios.

—Organización social y desarrollo de los niveles de participación: se dieron cambios significativos, en la conformación y organización del grupo,

elaboración de estatutos, fundación de un grupo asociativo —ASMHOA— (Asociación de Mujeres y Hombres Obesos de Antioquia). Participación como asociación en un encuentro popular de mujeres, mayor apropiación de la asociación en la dirección y administración del programa —promoción del proyecto, inscripciones, decisión de horarios, consecución de fondos, búsqueda de recursos, programación de actividades, entre otros—. Desarrollo del sentido de pertenencia, e identificación con el grupo —uso de uniformes, elaboración de pancartas, búsqueda de sede para la asociación—. Estas acciones han generado mayor motivación para continuar y afirmar el proceso de transformación personal y social.

La experiencia de trabajo en salud descrita, constituye un aporte para el desarrollo de la mujer y como tal es susceptible de modificaciones como de profundización en cualquiera de los aspectos que aborda.

### Referencias bibliográficas

1. GOLBLATT, P.B. MOORRE, M. E. and STUNKARD, A.J. "Social factor in obesity." En: *Consideraciones básicas en el tratamiento de la obesidad. Clínicas Médicas de Norteamérica*. México: Interamericana. Julio 1977. p. 787.
2. MITCHEL, Helen S., RYNBERGEN, Henderika y otros. *Nutrición y dieta de Cooper*. México: Interamericana. 16 ed. 1978 p. 248.
3. POPOV, S.N. "La cultura física terapéutica." En: *Pueblo y Educación*. Ciudad de la Habana. 1988 p. 147.
4. *Op. cit.*
5. PARKE DAVIS Y CIA, "Obesidad: aspectos del comportamiento." En: *Publicación médica. Notas terapéuticas ilustradas*. No. 10, 1981 Bogotá p. 3.
6. ORBACH, Susie. "La obesidad, una perspectiva feminista." En: *Salud y Medicina*. 1980 p. 440-473.
7. MAX NEEF, Manfred. *Desarrollo a escala humana, número especial*. 1986 Suecia Fundación Dag Hammaraskold. p. 21-51.
8. ARANGO, Marta, NIMNICHT Glen y DÍEZ Humberto. Reflexión sobre el proyecto promesa. Informe sobre las bases conceptuales del proyecto y modelo emergente que responde al desarrollo social Cinde. 1983 p. 3-32.

9. HOSPITAL MENTAL DE ANTIOQUIA. Servicio de Farmacodependencia. Manual de aplicación, calificación e interpretación. *Segundo taller sobre aplicación de instrumentos clínico-investigativos en la adicción*. Bello. Septiembre 29-39 1988. p. 83-88.
10. DE ANDA, Natividad. West Laboratory for educational research and development.
11. KAMII, Constance. "La autonomía como objetivo de la educación, implicaciones de la teoría de Piaget." En: *Infancia y aprendizaje*. (Traducción Pilar López) 1982. 18, p. 3-32.
12. OAKLEY, Peter y MARSDEN, David. Consideraciones en torno a la participación en el desarrollo rural. Publicado en nombre del grupo de trabajo del CAC. Para el desarrollo rural. Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra. 1985. p. 1-38.
13. *Op. cit.*

*CORTESIA DE*  
*Nestlé de Colombia S.A.*

