

Obstáculos para modificar hábitos de alimentación en pacientes con cardiopatía isquémica en la unidad de hemodinamia del Hospital General del Sur Puebla

Jara Sánchez, Mirell

2014

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/1302>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA PUEBLA

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

OBSTÁCULOS PARA MODIFICAR HÉBITOS DE ALIMENTACIÓN EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA EN LA UNIDAD DE HEMODINAMIA DEL HOSPITAL GENERAL DEL SUR DE PUEBLA

DIRECTOR DEL TRABAJO

Dra. Luz del Carmen Montes Pacheco

ELABORACIÓN DE TESIS DE GRADO

que para obtener el Grado de
MAESTRÍA EN NUTRICIÓN CLÍNICA

presenta

MIRELL JARA SÉNCHÉZ

Índice

Resumen.....	4
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.1 Planteamiento del problema	6
1.2 Objetivos	7
1.2.1 Objetivo General	7
1.2.2 Objetivos Específicos.....	7
1.3 Justificación	7
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1 Cardiopatía isquémica.....	9
2.1.1 Causas.....	9
2.1.2 Clasificación.....	11
2.2 Hábitos de alimentación y educación en nutrición.....	13
2.2.1 Evaluación de los hábitos de alimentación	14
2.3 Diseño y características de la investigación	16
2.3.1 Principales acciones para llevar a cabo un estudio narrativo	17
2.3.2 Estudio de análisis por edición.....	18
2.3.3 Historia de vida.....	23
2.3.4 Muestreo.....	27
2.3.5 Eje temático	28
2.3.6 La guía	29
2.3.7 Interpretando historia de la vida	32
2.3.8 Proceso de análisis cualitativo	34
2.3.9 Procesamiento y organización de datos cualitativos	36
2.3.10 Desarrollo de un esquema de categorización.....	36
2.3.11 Codificación de datos cualitativos.....	38
2.3.12 Métodos para organizar datos cualitativos.....	39
2.3.13 Procedimientos analíticos	39
2.3.14 Panorama analítico general	39
2.3.15 Investigación cualitativa.....	40
2.3.16 Interpretación de resultados cualitativos	42
2.3.17 Sugerencias para el análisis de datos cualitativos	43
2.3.18 Análisis de tablas de vida y de historia de sucesos	44

2.3.19 Estudio de casos	45
2.3.19.1 Características	46
CAPÍTULO III. CONTEXTO.....	50
3.1 Panorama mundial de la cardiopatía isquémica	50
3.2 Cardiopatía isquémica en México	50
3.3 Hospital General de Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro”	51
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA	53
4.1 Criterios de selección de la población.....	53
4.1.1 Criterios de inclusión	53
4.1.2 Criterios de exclusión	53
4.2 Procedimiento de trabajo	54
4.2.1 Identificación de los obstáculos para la modificación de cambios de hábitos alimentarios reportados en otras investigaciones	54
4.2.2 Caracterización clínica del grupo de estudio.....	54
4.2.3 Se diseñó un instrumento para identificar los obstáculos de los pacientes con cardiopatía isquémica.....	55
4.2.4 Recolección de datos	56
4.3 Aspectos éticos.....	58
CAPITULO V. RESULTADOS.....	60
CAPÍTULO VI. DISCUSIONES.....	88
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES.....	94
REFERENCIAS.....	96
ANEXO 1. TÉCNICA DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA.....	99
ANEXO 2. CARTA DE CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE	101
ANEXO 3. HISTORIA CLÍNICA	104
ANEXO 4. EVALUACIÓN DE LOS HáBITOS DE ALIMENTACIÓN.....	106
ANEXO 5. LISTA DE ALIMENTOS A SUSTITUIR	107
ANEXO 6. EVALUACIÓN DE SERVICIO.....	108
ANEXO 7. IDENTIFICACIÓN DE OBSTÁCULOS	109

Resumen

En la poblaci3n mexicana no se cuenta con una cultura de prevenci3n ni de educaci3n en nutrici3n, esto trae como resultado el incremento de las enfermedades cr3nicas degenerativas, mismas que si no son controladas a tiempo pueden conducir a la muerte de manera r3pida. Lo anterior es propio de alg3n sector de la sociedad, ni de un grupo de edad, se da en todos los sectores y grupos de edad sin distinci3n alguna. El estilo de vida y los malos h3bitos de alimentaci3n en nuestro pa3s son algunas de las causas que conllevan a la aparici3n de dichas enfermedades; campa6as a nivel nacional est3n luchando para disminuir o erradicar el problema.

En el presente estudio se identificaron los obst3culos para modificar h3bitos alimentarios en pacientes con cardiopat3a isqu3mica en la unidad de hemodinamia del Hospital General del sur 3Dr. Eduardo V3zquez Navarro4 de la ciudad de Puebla. Se seleccionaron los pacientes que acudieron a consulta externa de cardiolog3a. El grupo de estudio estuvo conformado por ocho pacientes de 18 a 45 a6os. Fue un estudio observacional, descriptivo, longitudinal, heterod3mico.

Estudio observacional, prospectivo, heterod3mico. Se analizaron diversas historias cl3nicas, teniendo un total de 8 pacientes, se realizaron historias de vida de cada paciente, se proporcion3 orientaci3n alimentaria en base a cada historia de vida y se asociaron con la obstaculizaci3n de la modificaci3n de sus h3bitos de alimentaci3n.

En los 70 d3as posteriores a la primera consulta se cit3 al paciente a un seguimiento en un periodo de cada 15 d3as, mediante una amplia pl3tica con el paciente se identificaban las barreras u obst3culos que presentara el paciente,

Se ha de tomar en cuenta que también existen factores económicos, educativos, físicos, sociales, psicológicos, alimentarios y culturales, que influyen para esta modificación de hábitos de alimentación, pero el factor que más se repite es que la flojera a cambiar totalmente su alimentación, les representa algo que sale de su zona de confort y que implicaría una serie de transformaciones que afectarían de cierta forma su estilo de vida, tiempo y dinero.

CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En la población mexicana no se cuenta con una cultura de prevención ni de educación en nutrición, esto trae como resultado el incremento de las enfermedades crónicas degenerativas, mismas que si no son tratadas a tiempo pueden conducir a la muerte de manera rápida. Lo anterior no es propio de algún sector de la sociedad, ni de un grupo de edad, se da en todos los sectores y grupos de edad sin distinción alguna. El estilo de vida y los malos hábitos de alimentación en nuestro país son algunas de las causas que conllevan a la aparición de dichas enfermedades; campañas a nivel nacional están luchando para disminuir o erradicar el problema (1,2).

En México las enfermedades cardiovasculares son causa importante de muerte, en el fondo de estas enfermedades podemos encontrar un estilo de vida no saludable. Pacientes con cardiopatía isquémica es un ejemplo de lo ya mencionado (3).

Una cardiopatía isquémica es un ejemplo de las patologías más frecuentes en la población mexicana. El abandono del tratamiento nutricional presenta una negativa en cuanto a la modificación de los hábitos de alimentación adquiridos a lo largo de la vida de estos pacientes.

Los obstáculos en la modificación de hábitos de alimentación en pacientes con cardiopatía isquémica se desconocen y recientemente no se han hecho estudios en México para identificar y tratar de erradicar esta situación, motivo por el cual hace que vuelvan a reincidir en la enfermedad y el proceso de recuperación implica un mayor costo en cuanto a tiempo, económico y familiar. Los pacientes acostumbrados a los hábitos de alimentación adquiridos a lo largo de su vida y a

soluciones fáciles propuestas a su mayoría por los medios de comunicación, abandonan el tratamiento al no ver los resultados esperados en poco tiempo y al verse obligados por el equipo médico a cambiar totalmente.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Identificar los obstáculos para modificar hábitos alimentarios en pacientes con cardiopatía isquémica en la unidad de hemodinamia del Hospital General del sur Dr. Eduardo Vázquez Navarro de la ciudad de Puebla.

1.2.2 Objetivos Específicos

Identificar los obstáculos para la modificación de cambios de hábitos alimentarios reportados en otras investigaciones.

- Caracterizar clínicamente al grupo de estudio.
- Diseñar un instrumento para identificar los obstáculos de los pacientes con cardiopatía isquémica.

1.3 Justificación

En el Hospital General del Sur de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro diariamente se reciben diversas patologías, se ha observado una importante incidencia en los pacientes con problemas cardíacos, razón por la cual se fundó la unidad de hemodinamia, siendo en ella frecuente la llegada de pacientes afectados por la cardiopatía isquémica.

Siendo la nutrición una pieza clave en el tratamiento de la cardiopatía isquémica una detección de los obstáculos para modificar hábitos de alimentación en estos pacientes podría ayudar notablemente a mejorar el tratamiento indicado por los especialistas.

En este estudio adem...s de recabar informaci,,n para el nutri,,logo teniendo un mayor soporte para la elaboraci,,n del tratamiento nutricio y poder brindar una mejor atenci,,n al paciente, se podr...n identificar los obst...culos y conocer las razones por las cuales se abandona un tratamiento.

El inter%os principal de este estudio es la obtenci,,n de las herramientas necesarias para un mejor dise^o en el tratamiento de cada paciente

Esta investigaci,,n aportar... herramientas tñtiles al momento de trabajar con el paciente y educarlo a nivel nutricio, teniendo como antecedentes los obst...culos que no permiten el desarrollo del tratamiento integral para el control de la cardiopatña isqu%omica.

Con la ayuda de la detecci,,n de los obst...culos tanto el personal del ...rea m%odica como nutricia se ver...n beneficiados al momento de brindar el apoyo necesario y completo al paciente con cardiopatña isqu%omica teniendo ~~se~~ una disminuci,,n de la deserci,,n del t ratamiento de dichos pacientes.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2. Cardiopatía isquémica

Cuando hay un desequilibrio entre la oferta y la demanda de oxígeno en la célula miocárdica, es decir, cuando por enfermedad coronaria la sangre que llega a una zona dada es más escasa y, por lo tanto, llega menos oxígeno, el miocardio sufre de isquemia. Esta es la primera etapa de sufrimiento miocárdico. El metabolismo de la célula isquémica se altera, pero conserva su viabilidad, el tejido isquémico, empero puede estar alterado en su función (4).

Es la afectación miocárdica debida a una desproporción entre el aporte de flujo sanguíneo coronario y los requerimientos miocárdicos, causada por cambios en la circulación coronaria. Comprende estadios agudos, temporales o crónicos y puede ser debida a cambios funcionales o a enfermedad orgánica(5).

Para que haya isquemia no es necesario que haya enfermedad coronaria o que esta sea importante. Conceptos muy recientes apoyan el hecho de que factores de tipo metabólico pueden actuar directamente sobre la célula provocando alteraciones en el balance energético(4).

2.1. Causas

La cardiopatía isquémica es una enfermedad que se puede prevenir de forma significativa, si se conocen y controlan sus factores de riesgo cardiovascular. Los principales son (6):

1. Mayor prevalencia en personas de mayor edad.
2. Susceptibilidad mayor en los hombres, aunque la frecuencia en las mujeres se iguala a partir de la menopausia.
3. Antecedentes de cardiopatía isquémica prematura en la familia.
4. Aumento de las cifras de colesterol total, sobre todo del LDL (malo).
5. Disminución de los valores de colesterol HDL (bueno).

6. Tabaquismo.
7. Hipertensi,,n arterial.
8. Diabetes mellitus.
9. Obesidad.
10. Sedentarismo.

Adem...s se puede considerar que existen factores que determinan el consumo mioc...rdico de oxígeno ($MV\dot{O}_2$) han sido bien estudiados. Los determinantes fundamentales se pueden enlistar así(4):

1. Tensi,,n intramioc...rdica
2. Estado contr...ctil
3. Frecuencia cardiaca
4. Acortamiento frente a la carga
5. Energí#a de activaci,,n
6. Metabolismo basal

Los pacientes con múltiples factores de riesgo presentan el máximo riesgo de padecer enfermedad obstructiva de las arterias coronarias, y por tanto, más posibilidades de angina o infarto. El peligro es aún mayor en personas con síndrome metabólico; es decir, asociación de obesidad, diabetes, aumento del colesterol e hipertensi,,n (4).

La cardiopatía isquémica arterioesclerosa es la causa más frecuente de insuficiencia coronaria, con gran diferencia sobre todas las demás(5).

Sin embargo, otras enfermedades o situaciones fisiopatológicas pueden dar lugar a isquemia como la hipoxia mioc...rdica y, consecuentemente a angina de pecho (5).

Los factores desencadenantes de angina son (5):

- Esfuerzo físico: Aumenta la frecuencia cardíaca y la tensión arterial, por lo que aumenta el consumo de oxígeno miocárdico.
- Ingesta: Durante las comidas y el periodo postprandial es más frecuente la aparición de angina, por la taquicardia producida, la redistribución del flujo espléncico y, probablemente por reflejos vasoconstrictores coronarios.
- Frot: Actúa a través de mecanismos vasoconstrictores periféricos, con aumento de la tensión arterial, y posiblemente a través de un aumento en la secreción de catecolaminas y vasoconstricción en la circulación pulmonar, junto con un aumento de las resistencias arteriales coronarias mediado por un estímulo adrenérgico.
- Factores emocionales: A través de descarga de catecolaminas y aumento del tono simpático, que produce taquicardia, aumento de la tensión arterial y vasoespasmo coronario.
- Sueño: La aparición de angina de pecho durante el sueño se ha explicado a través del aumento de la actividad simpática durante las fases REM (movimiento rápido de los ojos) que se acompañan de aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial. En otros casos, es debida a insuficiencia ventricular izquierda, manifestada en débito por aumento de la presión venosa de retorno, secundaria a la reabsorción de edemas y aumento del tamaño de la cavidad ventricular, con el consiguiente aumento del MVO₂.

Este tipo de angina puede estar mediado también en mayor o menor grado por espasmo coronario.

21. Clasificación

La cardiopatía isquémica se puede clasificar en dos grandes bloques (7):

- Angina estable o de esfuerzo

- Síndromes coronarios agudos (SCA) que a su vez se clasifican en SCA con elevación del segmento ST en el ECG (SCA-CEST), O SCA sin elevación del segmento ST en el ECG (SCA-SEST)

Esta clasificación no es meramente semántica, sino que separa tipos de enfermos con manejo absolutamente diferente desde su llegada al servicio de urgencias. La angina estable no representa una situación de urgencia (7).

El diagnóstico de estas entidades es fundamentalmente clínico y electrocardiográfico, y los biomarcadores de daño miocárdico son utilizados fundamentalmente para estratificar el riesgo de eventos a corto plazo, y no hay que esperar a su determinación para empezar a tratar a enfermo (7).

2.1.2. Angina de Pecho estable o de esfuerzo:

La angina de pecho estable o de esfuerzo es la más común en los pacientes con cardiopatía isquémica en la que no ha habido cambios en su patrón de presentación en el último mes, ciertos cambios en el umbral anginoso incluso algún episodio de dolor esporádico y breve en reposo, pueden ser achacables a variaciones en el tono vascular y no deben modificar el concepto de estabilidad (7).

2.1.2. Clasificación de la angina de pecho

Se utiliza habitualmente la clasificación de la Canadian Cardiovascular Society (CCS) que reconoce cuatro grados:

Grado I: La actividad física ordinaria no produce angina, esta es consecuencia de ejercicios extenuantes, rápidos o prolongados.

Grado II: Limitación ligera de la actividad ordinaria. La angina se presenta al andar o subir escaleras rápidamente, subir cuestas o con ejercicio después de las comidas, a temperaturas frías, con estrés emocional o solo durante las primeras horas después de despertarse (angor de primoesfuerzo)

Grado III: Limitaciones manifiestas en la actividad ordinaria, la angina se presenta al caminar 1 o 2 manzanas en llano o un tramo de escaleras a velocidad normal y en condiciones normales.

Grado IV: La presencia de dolor típico en un grupo de alta probabilidad de enfermedad coronaria establece el diagnóstico, las pruebas de diagnóstico complementario, que se realizarán ambulatoriamente, tendrán la finalidad de valorar la extensión y severidad de la isquemia miocárdica, establecer un pronóstico, y determinar la actitud a seguir (7).

2. Hábitos de alimentación y nutrición

Durante muchos años se ha tomado a la educación en salud como un área aplicada y así se ha dado la orientación o consulta alimentaria. Sin embargo, existe la necesidad de aumentar el éxito de las intervenciones, ya que solo un pequeño porcentaje de la población modifica su estilo de vida (8).

La literatura demuestra que educar es sacar de sí, involucrar al ser, que se requiere cambiar la información, modificar las actitudes y obtener habilidades, ya que es la única forma de que las personas modifiquen sus hábitos (8).

Los factores que influyen en la selección de alimentos no se basan únicamente en las preferencias de cada persona, sino que se ven condicionados por las circunstancias sociales, culturales y económicas, el costo de los alimentos y su accesibilidad, la falta de conocimiento para adquirir una alimentación correcta (8).

Los hábitos de alimentación que se adquieren durante la niñez suelen persistir hasta la edad adulta, por lo que se sugiere identificar todas las características que influyen en el consumo de alimentos con el fin de poder realizar intervenciones más eficaces para la promoción de una dieta correcta a lo largo de la vida (8).

22. Evaluación de los hábitos de alimentación

En la valoración de los patrones alimentarios se incluyen diversos aspectos: por una parte están los estudios en que se evalúan los nutrientes a partir del consumo habitual y los porcentajes de adecuación respecto de los requerimientos establecidos, y por el otro están aquellos que clasifican los patrones según el tipo y frecuencia del consumo de diferentes grupos de alimentos (9).

La evaluación de la ingesta no incluye solo el contenido nutricional sino que, como se ha mencionado antes, se deben valorar los hábitos alimentarios, el estilo de vida y el comportamiento alimentario (9).

La pauta alimentaria recomendada se basará en los hábitos del paciente, el plan de alimentación mejor calculado no tiene sentido si no se realiza teniendo en cuenta al paciente que lo recibirá..., de manera que la evaluación de la ingesta y de los hábitos sirve para conocer mejor a este y poder aplicar un tratamiento efectivo y personalizado (9).

En el momento de analizar cualitativamente un registro se deben contabilizar los grupos alimentarios que no están representados. Muchas veces se obvia este punto. El objetivo nutricional implica potenciar una alimentación sana y equilibrada que incluya todos los grupos de alimentos, pero a veces no se tiene en cuenta que probablemente haya alimentos o grupos de alimentos que no sean del agrado del paciente o que no sean tolerados (9).

En España, en la Universidad Complutense de Madrid en el departamento de Nutrición se realizó un estudio donde se tenía por objetivo Conocer los hábitos de alimentación de una población de mujeres con sobrepeso/ obesidad y sus conocimientos sobre el concepto de alimentación correcta para poder diseñar campañas de educación nutricional dirigidas a este sector de la sociedad, en este estudio se encontró que la población presenta hábitos alimentarios incorrectos y sobre todo en la población de estudio (sobrepeso/obesidad) , se propuso que sería conveniente realizar campañas de educación nutricional. Con esta educación se podría mejorar la dieta de toda la población y se evitaría, en muchos casos, la aparición de sobrepeso y obesidad. Además, en los casos en los que ya estuviera presente dicha patología, se evitaría el seguimiento de pautas que suelen ser perjudiciales para la salud y también para el control de peso(10).

En el 2005 se realizó otro estudio en Chile donde se valoró la condición nutricional de escolares de 1º básico del único colegio municipal de la isla de Pascua, se analizaron algunos hábitos alimentarios y de actividad física. Los resultados del estudio confirmaron que este grupo de escolares de la Isla de Pascua presenta menores niveles de obesidad en relación a los datos conocidos de población escolar del país. Los datos recogidos por las encuestas sugieren además un perfil de alimentación saludable y de actividad física regular. Esta situación está condicionada por un programa de educación física escolar adecuado y por un buen manejo de las raciones alimentarias dentro del colegio, así como hábitos alimentarios y de actividad física sanos fuera del horario de clases (11).

En Colombia se realizó un estudio para establecer la prevalencia de reconocidos factores de riesgo biológico y comportamental para enfermedad cardiovascular (ECV) en una población de trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) de la ciudad de Popayán. En este estudio también se buscó identificar qué pasaba con los hábitos de alimentación, para ello se realizó una anamnesis alimentaria en la que se tenía en cuenta el consumo diario, semanal y ocasional de los alimentos en el último año. El análisis nutricional se

hizo teniendo como referencia la tabla de composición de alimentos y los resultados se asemejan a las recomendaciones de kilocalorías y nutrientes para la población colombiana (12).

2.3 Diseño y características de la investigación

Análisis cualitativo. El análisis cualitativo es una actividad ardua e intensa que requiere de perspicacia, ingenio, creatividad, sensibilidad conceptual y entrega absoluta al trabajo tenaz. Este tipo de análisis no es lineal y resulta más complejo y difícil que el análisis cuantitativo porque es menos estandarizado y depende menos de fórmulas matemáticas (13).

La finalidad del análisis de datos, independientemente del tipo de estos y del método de colecta, es ordenar un gran volumen de información de modo que sea posible sintetizarla, interpretarla y darla a conocer. Si bien el objetivo general del análisis cualitativo y del cuantitativo consiste en organizar, sintetizar y dar estructura y significado a los datos de investigación, cabe advertir que en los estudios cualitativos, la recolección y el análisis de la información suelen ser simultáneos, no secuenciales. La búsqueda de patrones y conceptos empieza en el momento en que se inicia la recolección de datos (13).

En el análisis hay tres razones principales. Primero, no hay reglas sistemáticas para analizar y presentar los datos cualitativos. La falta de técnicas bien definidas y universalmente aceptadas obstaculiza la posibilidad de replicarlas (13).

El segundo aspecto que hace desafiante el análisis cualitativo es la enorme cantidad de trabajo que exige, pues el investigador debe organizar y dar sentido a páginas y páginas de material narrativo. El reto final es la reducción de los datos que habrán de incluirse en el informe de investigación. A menudo, los resultados principales de la investigación cuantitativa pueden resumirse en unos cuantos

cuadros, pero si los datos se condensan demasiado, se pierde el objetivo mismo de mantener la integridad de los materiales narrativos durante la fase de análisis (13).

Si tan solo se resumen las conclusiones sin incluir numerosos extractos de apoyo tomados directamente del material narrativo, se pierde la riqueza de los datos originales, y por consiguiente, suele ser difícil hacer una presentación completa de los resultados de una investigación cualitativa en un formato compatible con las limitaciones de espacio de las publicaciones periódicas especializadas (14).

Otro aspecto a considerar es que es un diseño narrativo ya que se utiliza como forma de intervención, ya que al contar una historia ayuda a procesar cuestiones que no estaban claras o conscientes. Se usa frecuentemente cuando el objetivo es evaluar una sucesión de acontecimientos (14).

Algunas consideraciones para este proceso son las siguientes:

El elemento clave de los datos narrativos lo constituyen las experiencias personales, grupales y sociales de los actores o participantes (cada participante debe contar su historia) (14).

La narración debe incluir una cronología de experiencias y hechos (pasados, presentes y perspectivas a futuro; aunque a veces solamente se abarcan sucesos pasados y sus secuelas) (14).

2.3 Principales acciones para llevar a cabo un estudio na

El contexto se ubica de acuerdo con el planteamiento del problema (puede abarcar varias facetas de los participantes como su vida familiar, laboral, aficiones, sus distintos escenarios).

Las historias de vida cuando se obtienen por entrevista, son narradas en primera persona.

El investigador revisa memorias registradas en documentos (libros, cartas, registros de archivo, artículos publicados en la prensa, etc.) y grabaciones; además, entrevista a los actores (recoge datos en el propio lenguaje de los participantes sobre las experiencias significativas relacionadas con un suceso o su vida).

Cuando se vuelve a narrar la historia por parte del investigador, este debe eliminar lo trivial (no los detalles que pueden ser importantes).

Las fuentes de invalidación más importantes de historias son: datos falsos, sucesos deformados, exageraciones y olvidos provocados por traumas o la edad. De nuevo, la solución reside en la triangulación de fuentes de los datos (14).

23. Estudio de análisis por edición

Estilo de análisis por edición. En este caso el investigador hace las veces de interprete que lee los datos para detectar unidades y segmentos significativos, una vez que se identifican y revisan estos segmentos, el interprete desarrolla un esquema de categorización y los códigos correspondientes que pueden usarse para clasificar y organizar los datos; a continuación se buscan los patrones y la estructura que conectan las categorías temáticas. Normalmente, el método de teoría fundamentada incorpora este estilo(13).

Dentro del análisis cualitativo existen dificultades en el uso de la expresión investigativa para llamarlo información cualitativa, que sería aquella que no se expresa en números. Se trata de estudios que trabajan predominantemente con material discursivo u otras formas de lenguaje y sus

preguntas conductoras se refieren a objetos cuya naturaleza no admite una respuesta numérica en términos de valores absolutos, razones, proporciones o frecuencias de distribución (15).

El nombre ha creado cierta duda, algunos estudiosos refieren haber realizado una investigación, otros aluden a una metodología, otros a los métodos y unos cuantos más a las técnicas, pero tales términos son usados de forma intercambiable, por ejemplo, mientras un investigador refiere haber hecho un estudio cualitativo, otro menciona haber hecho un análisis cualitativo pero haciendo referencia al mismo asunto, la cuestión radica en que se suelen usar los términos, métodos, metodología, técnicas e investigación como sinónimos lo que con frecuencia resulta en un asunto confuso para el lector porque no se sabe con qué claridad a qué nivel está haciendo referencia el autor.

La revisión de la literatura relativa a la cuestión del diseño en la investigación cualitativa, con frecuencia de naturaleza eminentemente prescriptiva, por lo común suele generar más dudas que certidumbres. Se entiende por diseño el conjunto de pasos a seguir y la selección de las opciones idóneas que permiten la obtención, el manejo y el análisis de los datos en función de una pregunta de investigación, y reconociendo que ningún diseño es mejor que los otros pero sí lo que ocurre en el contexto de cada investigación (16).

En el estudio de los servicios de salud desde la mirada cualitativa ha implicado la utilización de numerosos diseños. Entre los más empleados tanto en el mundo anglosajón como en América Latina se encuentran los etnográficos, los fenomenológicos, los históricos y los estudios de caso (15).

La investigación cualitativa ha pasado a ser objeto de atención por parte de los profesionales de la salud, entre las razones de este interés. Destacamos la necesidad de comprender los problemas que enfrentan cotidianamente y para los cuales no se cuenta con soluciones claras dentro del modelo biomédico(15).

Si bien se reconocen las ventajas de la incorporaci3n de la investigaci3n cualitativa al modelo bio-m3dico • sea en el 3rea cl3nica, biol3gica o epidemiol3gica -, tambi3n se entrev3n limitaciones y dificultades en este 3acercamiento. Aqu3 destacamos la visi3n parcial y reduccionista de los profesionales sobre la 3perspectiva de la poblaci3n enferma, familiares o legos. O sea, muchas veces por el hecho de haber empleado algunas t3cnicas cualitativas, los profesionales de la salud suelen asumir que las narraciones o historias de los enfermos son verdaderas por hecho de haber sido referidas por los mismos enfermos. Adem3s de denotar lo que Bordieu (1986) llama 3la ilusi3n de transparencia, esta creencia adolece una compresi3n insuficiente del abordaje cualitativo, llevando a una reducci3n del m3todo a un conjunto de t3cnicas empleadas sin examinar sus fundamentos. Adem3s de ello, expresa una exclusi3n de los aspectos sociol3gicos inherentes a las llamadas t3cnicas cualitativas que, en la mayor parte de las veces, son relaciones sometidas a las mismas circunstancias y valores del contexto en que se insertan, de esta forma, se deja de lado el hecho de que tales narraciones pueden no reflejar lo que las personas realmente piensan o hacen habitualmente en tanto se trata de respuestas esperadas socialmente, dado que se obtuvieron empleando ciertas t3cnicas, en ciertos lugares y con determinados informantes (16).

Por poner un ejemplo, varios estudios sobre la perspectiva de los enfermos sobre la atenci3n medica que se han llevado a cabo mediante entrevistas semiestructuradas y aplicadas en las instalaciones hospitalarias podr3an dar hallazgos completamente distintos si la obtenci3n de los datos se hubiese llevado a cabo en la casa de los enfermos, en un trabajo de campo basado en la observaci3n participante, y durante un periodo de tiempo que hubiese asegurado a la persona entrevistada que podr3a confiar en el entrevistador. En el 3mbito de los estudios cualitativos y en especial de aquellos que tratan de los servicios de salud, es fundamental considerar los aspectos relacionales, dentro de los cuales destacan aquellos vinculados a las relaciones de poder (16).

Siendo así, importa considerar las relaciones de dominación-subordinación (y evidentemente de resistencia), presentes en lo cotidiano de los servicios lo que habrá... de acompañarse de la selección de estrategias de investigación que posibiliten una escucha auténtica y al mismo tiempo, la construcción de prácticas que minimicen los aspectos tales como la relación desigual entre técnicos y usuarios, o sea, contribuyan a la construcción de ciudadanía en este sector (16).

La medicina social, por otra parte, es una corriente de pensamiento que tiene vigencia en América latina a lo largo del siglo XX. En contra del esquema interpretativo del modelo biomédico, la medicina social campo marcado por imprecisiones y una diversidad de definiciones, dado su carácter dinámico toma el foco crítico de las ciencias sociales para el análisis del proceso salud, enfermedad, atención (13,15).

Inspirada en esta vertiente, en Brasil, emerge en los años 70, en un contexto de reordenamiento de los saberes y prácticas al interior del sector salud, como una nueva área de discurso y de prácticas, la salud colectiva, que representa un campo aun en constitución, asumiendo diferentes abordajes. En este espacio, se redefinen los conceptos de hombre, salud y enfermedad y consecuentemente, las modalidades de acción en el sector (15).

En este marco, y no obstante el rechazo de ciertas vertientes economistas y estructuralistas al interior de la misma corriente, un número creciente de profesionales adeptos a la misma han incorporado las herramientas cualitativas al estudio de las políticas, los servicios, las intervenciones y los programas de salud. Entre otras estrategias destacan el uso de cuestionarios colectivos, la combinatoria de los métodos cuantitativos y cualitativos, así como la triangulación de métodos. Pero más allá de los métodos y las técnicas, también se han hecho valiosos aportes al centrar la discusión en la dimensión ideológica y epistemológica que sustenta el uso y la aplicabilidad de dichas técnicas (15).

Algunos autores se aventuran a dar una definición genérica. Denzin y Lincoln (2000) conceptualizan la investigación cualitativa como una actividad que delimita el lugar del observador en el mundo y que consiste en un conjunto de prácticas materiales e interpretativas que hacen visible a ese mundo. En la mayoría de los casos, estudia fenómenos y relaciones en su medio natural, evaluando un sentido en función de los significados que la gente les atribuye (15).

Chizzoti (1991) subraya que el enfoque cualitativo tiene como identidad el reconocimiento de que existe una relación dinámica entre el mundo real y sujeto, una interdependencia viva entre sujeto y objeto y una postura interpretativa (y por lo tanto no neutral) del sujeto-observador que atribuye un significado a los fenómenos que interpreta (15).

Considerando la investigación cualitativa desde el campo de las ciencias sociales, observamos que este enfoque suele concentrarse en el estudio de las instituciones, los grupos, los movimientos sociales y el conjunto de las interacciones personales. Tomando a las ciencias sociales como base de la investigación cualitativa, podemos afirmar que su objeto expresa una historicidad (las sociedades humanas viven el presente, están marcadas por el pasado y se proyectan hacia el futuro), una conciencia histórica (los seres humanos y grupos sociales confieren significado e intencionalidad a sus acciones), una identidad entre sujeto y objeto (aunque con distintos referentes, el investigador y sus investigados comparten la cultura humana) y un carácter ideológico en el que se evidencian intereses y visiones del mundo (15).

Entre los diversos diseños metodológicos de investigación cualitativa, destacamos el estudio de caso, por ser una de las modalidades más frecuentes para el análisis de las experiencias de los servicios y porque es capaz de traducir, en forma emblemática, la lógica científica del enfoque cualitativo (15).

La expresión 'estudio de caso' surgió en el ámbito de la investigación médica y de la psicología. En esas áreas, el término generalmente describe un análisis detallado de un caso individual para explicar la dinámica y la patología de determinada enfermedad. En el campo de las ciencias sociales, en cambio, el caso típico no es un individuo. Aunque algunos científicos sociales investiguen un conjunto de casos individuales, en la investigación social el caso suele ser una organización, una práctica social o una comunidad habitualmente estudiada mediante observación participante y entrevistas (15).

2.3 Historia de vida

Para estudiar el relato de los hechos de la vida de un individuo es el trabajo que el investigador realiza cuando recurre a la historia de vida (13).

La historia de vida se centra en un sujeto individual, y tiene como elemento medular el análisis de la narración que este sujeto realiza sobre sus experiencias vitales. Siguiendo a los autores considerados clásicos que han trabajado el método, podemos afirmar que la historia de vida es el estudio de un individuo o familia, y de sus experiencia de largo plazo, contada a un investigador y/o surgida del trabajo con documentos y otros registros vitales. Denzin (1989:69) la define como 'el estudio y colección de documentos de vida que describen puntos cambiantes en una vida individual', y agrega que se trata de una biografía interpretada, porque el investigador escribe y describe la vida de otras personas (13).

Otros autores prefieren hablar de métodos biográficos, tomando como referencia el género ampliado de los escritos biográficos: biografías, autobiografías, historias de vida e historias orales. Creswell distingue entre una perspectiva más clásica de los estudios biográficos, en la que el investigador recurre a supuestos teóricos para comprender el relato de la vida del investigado desde su propio punto de vista, y una perspectiva llamada biografía interpretativa, en la que se introduce con fuerza

la noci,,n de reflexividad en el trabajo del investigador, que tiene que considerar en sus supuestos no solo en el contexto hist,,rico y la posici,,n del sujeto en la sociedad, sino tambi%on el propio lugar de quien escribe en el relato que contribuye a construir (16).

Enfatizando la presencia de la voz del entrevistado en el relato de vida (lifestory) Atkinson describe la historia de vida como Šel m%otodo de investigaci,,n cualitativa para reunir informaci,,n sobre la esencia subjetiva de la vida entera de una persona. Un relato de vida es una narraci,,n bastante compleja de toda la experiencia de vida de alguien en conjunto, remarc...ndolos aspectos m...s importantes. Desde la perspectiva de Atkinson, el relato debe ser lo m...s cercano posible a las palabras del entrevistado, y el investigador debe tratar de minimizar su intervenci,,n en el t exto (16).

La perspectiva etnosociol,,gica de Bertaux (1997:32) considera que Šhay relato de vida desde el momento en que un sujeto cuenta a otra persona, investigador o no, un episodio cualquiera de su experiencia de vida«. Bertaux adopta ası́ una definici,,n Šminimalista« del relato de vida, que supone que es posible encontrar experiencias de vida en relatos centrados en un periodo de la existencia del sujeto, o en un aspecto de esta. Esta perspectiva le permite hacer m...s accesible la historia de vida, que no debe ser, ineludiblemente, un recorrido integrador a traes de la totalidad de la experiencia de vida del individuo. Esta experiencia puede ser contada por el investigador en forma fragmentada o parcial y ası́ retomada por el investigador como parte de una realidad necesariamente m...s abarcadora (15).

Para Miller los m%otodos biogr...ficos constituyen un ...rea de investigaci,,n en desarrollo, aunque no est... claro aı́n con cuales son los par...metros que los investigadores usan para definirla, a partir de los elementos comunes de los m%otodos biogr...ficos, centrados en el inter%os en la vida completa de los individuos, o en un fragmento significativo de esta, Miller propone dos implicancias para la

pr...ctica de la investigaci...n. La primera es la centralidad que adquiere el tiempo en la historia de vida: m...s que otros abordajes centrados en el presente, los m%otodos biogr...ficos construyen su pr...ctica en la relaci...n entre pasado, presente y futuro que expresa el relato del entrevistado. La segunda es la importancia de la familia (la de origen y la formada por el entrevistado) en la vida de las personas, rompiendo con 'la ficci...n de los individuos atomizados'. El rol de la familia es de fundamental importancia en los m%otodos biogr...ficos, lo que ha llevado a algunos autores a plantear la existencia de un subcampo, el de las historias de familias (13).

Para la perspectiva del soci...logo italiano Franco Ferrarotti, la historia de vida no es un m%otodo o una t%ecnica m...s, sino una perspectiva de an...lisis t...cnica el relato de una vida debe verse como el resultado acumulado de las m...ltiples redes de relaciones que, d...ta a d...ta, los grupos humanos atraviesan, y a las que se vinculan por diversas necesidades (17).

Esta manera de comprender la historia de vida nos permite descubrir lo cotidiano, las pr...cticas de vidas dejadas de lado o ignoradas por las miradas dominantes, la historia de y desde los de abajo, por otra parte destaca la importancia de la perspectiva del individuo como punto de observaci...n de la sociedad en general. 'Un individuo es un universo singular' afirma el soci...logo italiano en una serie de entrevistas que sus disc...pulos publican en ocasi...n de su jubilaci...n, luego de largos a...os de ense...anza e investigaci...n: 'Cuando yo digo [Z] 'yo camino con el otro'. 'Yo hablo a trav...s del otro', hay un filtrado altamente individual de la experiencia colectiva si bien no me determina ciertamente me condiciona (16).

Las ciencias sociales recurren a la historia de vida no solo interesadas por la informaci...n que esta pueda proporcionar acerca de un sujeto individual, sino que buscan expresar, a trav...s del relato de una vida, problem...ticas y temas de la sociedad, o de un sector de esta. Hablar de la vida de una persona significa mostrar las sociabilidades en la que esta persona est... inserta, y que contribuye a

generar con sus acciones; es hablar de familias, de los grupos sociales, de las instituciones a las que está ligada y que forman parte, más o menos intensamente, de la experiencia de vida del sujeto. Miller subraya que «Las vidas son vividas en el interior de redes sociales desde que la socialización temprana empieza». La gente crece en familias, se mueve hacia y a través de sistemas educacionales y mercados de trabajo, se vuelve sujeto de regímenes de las instituciones de salud (16).

La primera consideración sobre las maneras de llevar a cabo una historia de vida insiste en la inserción de la misma en el contexto de investigación: la decisión de recurrir a la historia de vida está directamente ligada con la pregunta que estructura el estudio. La biografía de un individuo o la trayectoria de una familia se realizan a fin de profundizar en las preguntas que el investigador formula para abordar las temáticas que estudia. Una investigación puede basarse en la historia de vida de una persona, o recurrir a las historias de varias personas para construir un tema a partir de voces plurales. El interés central de la utilización de la historia de vida como herramienta metodológica es variado: sea porque nos interesa profundizar en la trayectoria de una persona determinada, sea porque la literatura del caso a investigar mencione a tal o cual persona o familia o porque un caso individual puede iluminar el hecho investigado y desafiar las construcciones teóricas (16).

La realización de una historia de vida requiere, como toda investigación, de una cuidadosa planificación. Si se opta por la historia de vida, una de las primeras decisiones que el investigador o la investigadora toma al preparar el diseño de su investigación es si la pregunta de investigación será abordada a partir de la realización de una historia de vida o de varios relatos. Si se toma la primera opción, estaremos ante un estudio de un caso único; si se toma la segunda opción, prepararemos un diseño polifónico (17).

La elección del tipo de diseño tiene que ver con la pregunta de investigación y con los supuestos que la guían: un investigador más cercano a la posición de

Ferratotti. Que destaca la potencialidad del relato de la vida de un individuo para expresar las relaciones sociales, se inclinara tal vez por el estudio de un caso tñnico; un investigador m...s pr,,ximo a la posici,,n de Bertaux optar... por un dise^o polif,,nico que le permita cruzar referencias y relatos de diferentes personas (17).

Sistematizando las sugerencias de los distintos autores, podemos esquematizar la elaboraci,,n de una historia de vida en tres momentos: la preparaci,,n, la recolecci,,n de los datos, y el an...lisis y la sistematizaci,,n de la informaci,,n obtenida, la gestaci,,n y la preparaci,,n de los temas, el plasmar las tem...ticas en las entrevistas y su posterior transcripci,,n, ordenamiento e interpretaci,,n, forman parte de un proceso de investigaci,,n que debe ser din...mico para ser fructífero, en este sentido. Realizar la historia de vida de una persona supone sumergirse en una u otra existencia, y esto exige tiempo y disposici,,n por parte del investigador, así como una constante revisi,,n de los temas, y una ida y vuelta permanente entre el material obtenido y el dise^o. Para enriquecer el resultado del proyecto (17).

Preparar una historia de vida supone tomar ciertas decisiones y profundizar determinados temas. En este apartado abordaremos tres tñpicos que consideramos centrales para el %xito de la historia de vida: el muestreo, el contexto y la guñta de temas (16).

2.3 Muestr eo

Una de las primeras cuestiones que enfrenta el investigador que desea utilizar una historia de vida es la decisi,,n sobre quien escribir. El investigador que recurre a la historia de vida no busca representatividad estadística, por lo tanto el muestreo se basa en criterios de tipo te,,rico: en el muestreo selectivo, la persona se elige segñn ciertos rasgos considerados relevantes en tñrminos conceptuales. Si nuestra investigaci,,n sigue en dise^o polif,,nico, lo importante ser... garantizar que nuestros entrevistados den cuenta de un rango amplio de experiencias individuales, Šel %xito de este muestreo es asegurar un rango de individuos que

representen todos los tipos o grupos significativos para el fenómeno o típico bajo estudio

Encontrar al tipo de informante deseado puede seguir varios caminos: se puede llegar al sujeto a través de conocidos, o por contactos establecidos en el trabajo de campo. El punto fundamental es que el entrevistado esté dispuesto a hablar de sí mismo, de su experiencia de su familia: una historia de vida se construye entre quien relata y quien guía el relato, y la colaboración entre ambos es decisiva para el buen desarrollo de la misma.

La elección de los sujetos que entrevistaremos depende de nuestra pregunta de investigación. La perspectiva que asumimos supone que todos los seres humanos expresan a través de sus experiencias, sus pertenencias sociales y culturales, todos los relatos de vida son potencialmente fructíferos para comprender las experiencias individuales, grupales, sociales, y en todo relato el investigador o la investigadora buscan comprender los horizontes de sentido y las lógicas que articulan las acciones en el momento de optar por la historia de vida, y siguiendo su pregunta de investigación, el investigador elige a los sujetos que contribuirán a responderla. Esta elección es realizada privilegiando distintas lógicas de acción (16).

2.3 Ej e t e m á t i c o

Prepararnos para entrevistar a una persona con el objetivo de construir el relato de su vida supone aprender lo más posible acerca del contexto en el cual esta se desenvuelve y se ha desenvuelto. La perspectiva biográfica en ciencias sociales se ubica en la intersección entre el sujeto y la estructura social y relaciona la experiencia personal con los hechos en los cuales el entrevistado ha participado.

Es importante entonces, en la preparaci3n de las entrevistas, sistematizar la informaci3n acerca de las circunstancias de la vida del entrevistado o la entrevistada (17).

El postulado de partir de la perspectiva del sujeto, de su punto de vista sobre los hechos que fueron tejiendo su biograf3a, no supone dejar de lado otras fuentes de datos: por el contrario, la informaci3n sobre los hechos hist3ricos en que el entrevistado participa o ha participado, los grupos con los cuales ha interactuado, las instituciones con las que se ha relacionado, y los espacios en los cuales transcurre su vida nos permiten hacer las preguntas con m3s precisi3n y agudeza, a la vez que contribuyen a generar cercan3a con el entrevistado.

El eje tem3tico desde el cual decidimos construir la historia de vida, directamente relacionado con la pregunta de investigaci3n, es, por este mismo motivo, uno de los criterios te3ricos que sirven de orientaci3n en la elecci3n de los entrevistados. Este eje tem3tico debe ser profundizado en el momento de la preparaci3n del trabajo de campo: sistematizar nuestros conocimientos preliminares sobre el tema (17).

2.3 La gu3a

Los datos que obtenemos para construir una historia de vida est3n organizados diacr3nicamente, en una l3nea de vida, en la que los entrevistados suelen encontrar m3s continuidades que rupturas. Qui3n cuenta su vida tiende a percibirla como una continuidad a partir del ejercicio mismo del relato (17).

La gu3a de la entrevista en la historia de vida es abierta, se trata de una lista de temas que nos interesa desarrollar y no de una serie de preguntas concisas. Holstein y Gubrium consideran que es m3s una agenda conversacional que un procedimiento directivo. Denzin sugiere que el investigador indague en la experiencia objetiva, subjetiva, simb3lica y relacional de la vida a tratar (17).

Es importante tener en cuenta el aspecto diacrónico del relato de vida en el momento de elaborar la guía: las etapas centrales de la vida del entrevistado o entrevistada deben ser consideradas. Es interesante que la infancia, adolescencia, la adultez y la ancianidad figuren entre los puntos de la guía de una manera cronológica, y que, a su vez, sean cruzadas con las experiencias familiares, sociales, educativas, religiosas, laborales del entrevistado. Considerar las distintas etapas de la vida del entrevistado es importante; no tenemos que perder de vista, sin embargo, que la construcción del tiempo biográfico es subjetiva y cargada de sentidos que pueden escapar a las cronologías: los actores elaboran sus nociones del tiempo a partir de percepciones que están situadas, desde el punto de vista de las pertenencias sociales, económicas, culturales, étnicas, de género (↑7)

En la guía de las entrevistas es importante considerar los ambientes en los que el individuo se desenvuelve, y las personas con las cuales construye lazos de afecto, de amistad o relaciones profesionales. Bertaux destaca distintos ámbitos: el de las relaciones familiares e interpersonales, el de la educación, el del trabajo .

Una historia de vida se torna realmente interesante cuando logramos cruzar los ambientes en los que se ha desarrollado la vida de la persona con las etapas cronológicas y con el contexto más amplio de los hechos históricos y sociales. El conocimiento de los hechos históricos en los que la persona ha participado ayuda a precisar las preguntas.

Profundizamos luego acerca de la relación del entrevistado o entrevistada con tales sucesos: indagamos como se sintió, en ciertas situaciones, le pedimos que describa ambientes, dejamos que nos cuente historias de hechos y representaciones que más le han impactado. Luego, siguiendo los intereses del investigador, las preguntas podrán apuntar a las estructuras sociales, simbólicas, económicas con las que el entrevistado o la entrevistada ha interactuado, a la comprensión de los acontecimientos de los que ha participado y del contexto

histórico general a fin de conocer la posición del sujeto frente a ciertos hechos y representaciones.

Es importante destacar que una historia de vida no se realiza a partir de una sola entrevista: contar la vida es un proceso largo, en el que es central respetar los tiempos del entrevistado o la entrevistada. El relato de vida se desgrana en un conjunto de entrevistas.

Un apartado especial merecen las historias de familias. Las familias son unidades auto organizadas de producción de otros miembros, microsistemas orientados hacia la producción de energías humanas de sus propios miembros, tanto en la vida cotidiana como a largo plazo. Si la familia es considerada como una unidad que genera y organiza estrategias de reproducción de sus miembros y de supervivencia, es necesario prestar particular atención al ciclo de la vida de las familias (17).

Los datos que forman el corpus a partir del cual el investigador construye una historia de vida surgen una serie de conversaciones con el entrevistado que permiten la reconstrucción de la experiencia de su vida. La idea de conversación es central aquí, y supone la presencia de otro en relación con el cual se construye el relato, y supone la presencia de otro en relación con el cual se construye el relato.

Si los métodos cualitativos suponen la construcción del dato en la interacción del investigador con los sujetos que estudia, esto es particularmente evidente en la historia de vida, en la que el dato surge del ejercicio de un diálogo entre dos personas. Todas las entrevistas son eventos interactivos, son construidas in situ, un producto de la conversación entre los participantes de la entrevista (17).

No debemos olvidar, por otro lado, que lo que recogemos cuando realizamos un relato de vida son las interpretaciones del entrevistado sobre hechos de los cuales

ha formado parte, que se elaboran a partir del presente de la persona, de sus deseos, proyectos y perspectivas en el momento en que realizamos la entrevista (17).

La entrevista en una historia de vida se destaca por subrayar particularmente ciertos momentos de la existencia del entrevistado: el relato de una vida se construye a partir del encadenamiento de hechos significativos. Denzin los llama epifanías o turningpoints. Se trata de la puesta en discurso de acontecimientos clave que han marcado la vida del entrevistado. Para la investigadora o el investigador es importante profundizar en estos sucesos, que son comprendidos por el sujeto como hechos, en los que es posible determinar un antes y un después. Estos acontecimientos pueden ser rastreados en un ámbito de actividad de los individuos, como el trabajo, la escuela y la formación, el compromiso religioso o la militancia política, en el desarrollo de su vida personal, en el transcurso de la vida de la familia (17).

2.3 Interpretando historia de la vida

El momento del análisis y la escritura de una historia de vida suele enfrentar al investigador o la investigadora con una serie de decisiones. Todos los recopiladores de historias de vida deben pasar cuentas con el problema de la transcripción, situación difícil de la investigación en la que se cumple el complejo pasaje de la oralidad a la escritura, dos modos de comunicación diferentes, ligados a lógicas netamente contrastantes.

La masa de datos formada por las horas del relato y los documentos de vida de la persona deben ser ordenados, procesados, interpretados y escritos, sostiene Edel que «la biografía, como la historia, es la organización de la memoria humana» una vez reunido el material, el paso siguiente es ordenarlo (17).

La interpretación de un relato de vida comienza por la exploración de los significados de las historias buscando múltiples comprensiones. El investigador aborda el análisis del material a partir de una pluralidad de perspectivas, organizando las historias en temas centrales (epifanías) que han ido transformando esa vida (17).

La descripción, en el informe o escrito final, del desarrollo de la interpretación contribuye a la consistencia y a la solidez técnica del trabajo (reliability). Luego de describir una historia individual o familiar, se explicitan las razones que llevan a estudiar el caso, la exposición de los datos se articula alrededor de la focalización en los momentos decisivos (epifanías) de la vida de esa persona o familia. Se interpretan los significados de esos hechos, relacionándolos con el contexto en el cual la vida de esa persona o familia se ha ido desarrollando y con los aportes teóricos del investigador (17).

En síntesis, el investigador debe comprender, a partir de la información de y sobre el sujeto, la vida de quien investiga en el contexto histórico en el cual se desarrolla, en la mayor cantidad de ámbitos posibles. Debe ser capaz también, de discernir las historias particulares que le permitan ampliar el contexto de esa vida y de relacionar esos hechos con sus conocimientos a fin de escribir una descripción lo más diversa posible (18).

La historia de vida se construye a partir de la materialidad de los recuerdos, que son reactualizados en marcos, grupos o corrientes que los vuelven plausibles. El relato, que consiste en la puesta en palabras de los recuerdos, es expresado a su vez a través de moldes narrativos por los cuales las instituciones, los grupos y los sujetos encuadran significativamente sus experiencias (17).

Un punto esencial en cualquier tipo de investigación, sin importar el paradigma al que se adscriba, es el que se refiere a los criterios para determinar la validez o bondad del estudio (18).

La validez y confiabilidad dependen de la nitidez de la descripción realizada por el investigador en cuanto a las percepciones y planteamientos emanados de los sujetos estudiados, y estos así lo confirman (18).

Término:

- Conceptualizar, ordenar por ideas y/o pensamientos
- Categorizar: reunir las ideas y/o pensamientos en grupos que las contengan
- Organizar: visualizar la forma como se estructura un todo
- Estructurar: acción de distribuir y ordenar las partes en un todo

2.3 Proceso de análisis cualitativo

El análisis de datos cualitativos es casi siempre un proceso activo e interactivo, en especial en el extremo interpretativo del continuo de estilos de análisis. Los investigadores cualitativos en ciencias de la salud suelen someter sus datos a un escrutinio cuidadoso y metódico. Los conocimientos y teorías no saltan de los datos si el investigador no está completamente familiarizado con ellos. Con frecuencia, los datos narrativos deben leerse una y otra vez para detectar significado y comprensión más profunda Morse y Field (1995) observan que el análisis cualitativo es un proceso para hacer emerger datos, hacer evidente lo invisible, vincular y atribuir consecuencias a antecedentes. Es un proceso de conjetura y verificación, de corrección y modificación, de sugerencia y defensa (17).

En el análisis cualitativo participan varios procesos intelectuales. Se han identificado cuatro de ellos:

Comprensión. Al principio del proceso analítico, los investigadores cualitativos se esfuerzan por encontrar sentido a los datos y por descubrir "¿Qué está pasando?". Cuando se logra comprender, el investigador es capaz de describir exhaustivamente el fenómeno e intereses y los nuevos datos no contribuyen en gran medida a esa descripción. En otras palabras la comprensión es completa cuando se llega a la saturación (17).

Síntesis. La síntesis implica "amigar" los datos y ensamblar las piezas. En esta fase, el investigador se forma una idea de lo que es "típico" respecto del fenómeno que se estudia y cuáles son el alcance y la variación. Al final del proceso de síntesis, el investigador puede presentar los primeros enunciados generalizados acerca del fenómeno y de los participantes (17).

Teorización. Otro proceso importante en el análisis cualitativo es la teorización, que implica la clasificación sistemática de los datos. Durante este proceso el investigador formula explicaciones alternativas del fenómeno de intereses y las mantiene hasta determinar si se ajustan los datos. El proceso de teorización sí fue evolucionando hasta que no se obtiene la mejor explicación y la más concisa (17).

Recontextualización. El proceso de recontextualización implica desarrollar aún más la teoría, de modo que se explore la posibilidad de aplicarla a otros entornos o grupos, en las investigaciones cualitativas cuyo objetivo final es el desarrollo de una teoría, es esta la que debe recontextualizarse y generalizarse (17).

Si bien en el análisis cualitativo los procesos intelectuales no son lineales en el mismo sentido que los cuantitativos, sigue siendo válido que estos cuatro procesos avanzan arduamente en el transcurso de estudio, la comprensión se da principalmente en el trabajo de campo. La síntesis empieza en el campo, pero no suele detenerse hasta mucho después de que concluye el trabajo de campo, teorización y recontextualización son procesos difíciles de emprender antes de terminar la síntesis (17).

2.3 Procesamiento y organización de datos cualitativos

Los procesos intelectuales del análisis cualitativo son apoyados y facilitados por tareas que favorecen la organización y el procesamiento de las masas de datos narrativos. Las tareas de procesamiento de datos implican actividades que preparan los datos para análisis posteriores (17).

2.3.1 Desarrollo de un esquema de categorización

El primer paso en el análisis de datos cualitativos es organizarlos; sin un sistema de organización solo hay caos. La principal tarea al organizar la información cualitativa consiste en desarrollar un método para clasificar e indexar el material; es decir, un mecanismo que permita el acceso a distintos datos sin tener que leerlos una y otra vez en su totalidad (17).

Esta fase del análisis es esencialmente una actividad reduccionista, pues los datos deben convertirse en unidades más compactas, manejables y manipulables, fáciles de localizar y revisar (17).

El procedimiento más utilizado es desarrollar un esquema de categorías para codificar los datos en función de estas. En los distintos estilos de análisis, esta tarea se lleva a cabo de diferente manera. Esto es, en ocasiones se establece un sistema de categorización (cuando menos una versión preliminar) antes de la colecta de datos. Sin embargo, en la mayor parte de los casos el analista cualitativo desarrolla categorías con base en un escrutinio de los datos reales (17).

Desafortunadamente, no hay pautas directas y sencillas para ello porque el diseño de un esquema de categorías de alta calidad para los datos cualitativos requiere de una cuidadosa lectura con la intención de identificar conceptos y grupos de conceptos subyacentes. La naturaleza de las categorías suele variar en cuanto a nivel de detalles, especificidad y abstracción dependiendo de los objetivos de estudio (17).

En los estudios cuya finalidad es principalmente descriptiva tienden a emplearse categorías bastante concretas. Por ejemplo, el esquema de categorización suele centrarse en diferenciar diversos tipos de actividades, sucesos o fases en el desarrollo cronológico de una experiencia (17).

En un esquema de categorías, los conceptos relacionados suelen agruparse para facilitar el proceso de codificación, por otro lado, en las investigaciones diseñadas para desarrollar una teoría hay más probabilidades de generar categorías abstractas y conceptuales, en cuyo caso, el investigador debe descomponer los datos en segmentos, examinarlos con suma atención y cotejarlos con otros segmentos para detectar similitudes y diferencias a fin de determinar el tipo de fenómenos reflejados por los datos y su significado. (Esto es parte del proceso denominado comparación constante por los investigadores que siguen la teoría fundamentada). El investigador se hace preguntas acerca de sucesos, incidentes o pensamientos discretos que se indican en una observación o enunciado por ejemplo:

- ¿Qué es esto?
- ¿Qué ocurre?
- ¿Qué significa?
- ¿A qué se parece?
- ¿De qué se diferencia?

Los conceptos importantes que surgen del examen minucioso de los datos reciben nombres o etiquetas que constituyen la base de un esquema de categorización. Dichos nombres o etiquetas son necesariamente abstracciones, pero en general resultan lo suficientemente gráficos como para que sea clara (y a menudo sugerente) la naturaleza de los materiales a los que se refieren(17).

Strauss y Corbin recomiendan lo siguiente: **Lo importante es nombrar a una categoría de modo que sea posible recordarla, pensar en ella y, sobre todo, empezar a desarrollarla analíticamente**

2.3. Codificación de datos cualitativos

Una vez que se ha desarrollado un esquema de categorización, todos los datos se revisan en función de su contenido y se codifican para que correspondan a las categorías identificadas o las ilustren. En un estudio de teoría fundamentada, el proceso completo de descomponer, categorizar y codificar datos a menudo recibe el nombre de codificación abierta (15).

Los códigos reales que corresponden al sistema de categorías son arbitrarios, puede ser una abreviatura, un código referido a determinada estructura o cualquier otro tipo de notación simbólica (15).

El proceso de codificación de material cualitativo rara vez es sencillo, por varias razones, en primer lugar, quiz... resulta difícil definir el código más indicado, o bien el investigador quiz... no comprenda el significado subyacente de algunos aspectos de los datos. En ocasiones se requiere de una segunda o tercera lectura del material para advertir los matices contenidos en ciertos segmentos de los datos.

En segundo lugar, al revisar los datos a menudo se descubre que el sistema inicial de categorías está... incompleto o es inadecuado. En muchos casos, esto significa volver a empezar desde el principio, de modo que suele ser necesario revisar una parte importante de los datos antes de desarrollar el esquema de codificación, pues no es raro que surjan temas no conceptualizados al principio, en cuyo caso, resulta arriesgado suponer que el tema no apareció, en los materiales ya codificados, esto es, que un concepto no se identifica como importante sino hasta que surge tres o cuatro veces en los datos, de modo que sería necesario releer todo el material ya codificado para lograr asimilar a fondo una categoría(15).

El hecho de que los materiales narrativos no son lineales da lugar a otro problema por ejemplo, los párrafos de las entrevistas transcritas suelen incluir elementos relacionados con tres o cuatro categorías distintas insertados de manera compleja (15).

2.3. Métodos para organizar datos cualitativos

La elaboración de este tipo de archivos es una tarea ardua y laboriosa, en particular cuando segmentos del material narrativo tienen varios códigos. El investigador también debe estar atento a la necesidad de que el contexto sea suficiente como para comprender el material recortado, por último en general debe incluirse la información administrativa relacionada con cada reactivo del archivo conceptual; así, si los datos provienen de entrevistas transcritas, se les asigna un número de identificación. Cada extracto o pasaje incluido en el archivo conceptual debe también incluir el número de identificación apropiado, para que en caso necesario, el investigador pueda obtener información adicional de la copia maestra (15).

2.3. Procedimientos analíticos

La manipulación de los datos en la investigación cuantitativa suele ser de naturaleza reduccionista porque convierte grandes volúmenes de información en segmentos de menores dimensiones y más manejables, por el contrario, el análisis cualitativo es constructivista, pues los segmentos se unen en un patrón conceptual con significado, si bien hay diferentes técnicas para el análisis cualitativo, ciertos fenómenos son comunes a todas ellas (15).

2.3. Panorama analítico general

En general, el análisis de materiales cualitativos se inicia con la búsqueda de temas o regularidades recurrentes. En muchos casos, el análisis sistemático se inicia en el campo, conforme se recaba la información, mientras que en otros se lleva a

cabo después de la colecta de datos, durante la lectura (o relectura del conjunto de datos) (18)

Los temas suelen desarrollarse dentro de categorías de datos, pero en ocasiones cruzan de una a otra. La búsqueda de temas implica el descubrimiento no solo de elementos comunes entre los sujetos, sino también de variación natural en los datos. En virtud de que los temas que surgen en las observaciones y entrevistas no estructuradas nunca son universales, no solo debe prestarse atención a los temas, también a los patrones, el analista cualitativo debe ser sensible a las relaciones entre los datos (18).

En ocasiones la búsqueda de temas, regularidades o patrones de datos se facilita con el uso de dispositivos gráficos que permiten resumir la evolución de conductas, sucesos y procesos. Por ejemplo, para los estudios cualitativos que se enfocan en experiencias dinámicas, como la toma de decisiones, a menudo es útil desarrollar diagramas de flujo o líneas de tiempo que destacan las secuencias cronológicas, los principales puntos de decisión y sucesos, así como los factores que influyen en las decisiones (15).

2.3.1 Investigación cualitativa

La investigación cualitativa implica un estilo de investigación social en el que se da una insistencia especial en la recogida esmerada de datos y observaciones lentas prolongadas y sistemáticas a base de notas, grabaciones, records, ejemplos, etc. El análisis cualitativo opera en dos dimensiones y de manera circular, no solo se observan y graban los datos, sino que se entabla un diálogo permanente entre observador y lo observado, entre inducción (datos) y deducción (hipótesis), al que acompaña una reflexión crítica permanente entre lo que se capta del exterior y lo que se busca cuando se vuelve, después de cierta reflexión de nuevo al campo de trabajo (19).

En todo momento este intercambio de fuera a dentro y del observador al campo de trabajo, en todo momento este intercambio adquiere una estructura zigzagueante en la que se impone una flexibilidad completa para cambiar, en cualquier momento, la hipótesis orientada de trabajo, la fuente de información, la línea de interpretación.

- Los métodos cualitativos estudian significados intersubjetivos, situados y construidos
- Los métodos cualitativos eligen la entrevista abierta y la observación directa
- Los métodos cualitativos estudian la vida social en su propio marco natural sin distorsionarla ni someterla a controles experimentales.
- Los métodos cualitativos eligen la descripción espesa y los conceptos comprensivos de lenguaje simbólico (19).

El paradigma científico que la metodología cualitativa prefiere para la comprensión de lo social es el que se identifica con el interaccionismo simbólico. Este paradigma contiene, en realidad una serie de orientaciones teóricas que aunque relacionadas entre sí presentan algunas diferencias. El elemento común que une a todas ellas es el de la centralidad que se concede a la comprensión subjetiva, así como a las percepciones que parten de y acerca de los demás.(19).

Los reportes cualitativos son una manera de describir el estudio a otras personas y representan la culminación del proceso de investigación, el reporte debe ofrecer una respuesta al planteamiento del problema y señalar las estrategias que se usaron para abordarlo, así como los datos que fueron recolectados, analizados e interpretados por el investigador (18).

El reporte debe fundamentar el análisis efectuado, los reportes cualitativos son más flexibles que los cuantitativos, Creswell señala que no existe una sola manera para presentarlos, aunque se desarrollan mediante una forma y esquemas narrativos (18).

El reporte cualitativo es una exposici,n narrativa donde se presentan los resultados con todo detalle aunque deben obviarse los pormenores que conocen los lectores (18).

Las descripciones y narraciones utilizan un lenguaje vivido, fresco y natural. El estilo es m...s personal y se puede redactar en primera persona.

El lenguaje no debe ser sexista ni discriminatorio en modo alguno.

Los reportes deben incluirse fragmentos de contenido o testimonios (unidades de an...lisis) expresados por los participantes (citas textuales, en su lenguaje aunque las palabras sean incorrectas desde el punto de vista gramatical o puedan ser consideradas Šimpropias por algunas personas).

Para enriquecer la narraci,n, se recomienda usar ejemplos, a n%odotas, met...foras y analogıas (19).

La narraci,n puede comenzar con una historia costumbrista , un testimonio, una reflexi,n, una an%odota o de manera formal (como en un reporte cuantitativo).

Cuidar los detalles en el reporte, no solamente en la narraci,n, sino en la estructura.

El an...lisis, la interpretaci,n y la discusi,n en el reporte deben incluir: las descripciones profundas y completas (ası como su significado) del contexto ambiente o escenario; de los participantes; los eventos y situaciones, las categorıas, temas y patrones y de su inerrelaci,n (hip,,tesis y teorıa) (14).

2.3. Interpretaci3n de resultados cualitativos

En los estudios cualitativos, la interpretaci,n y el an...lisis de los datos son virtualmente simult...neos; esto es, el investigador interpreta los datos al mismo tiempo que los categoriza, desarrolla un an...lisis sistem...tico e integra los temas en un campo unificado, los esfuerzos por validar el an...lisis cualitativo son tambi%on

necesariamente esfuerzos por validar la interpretación, por lo tanto en los estudios cualitativos, el significado de los datos fluye del análisis(15).

Pese a todo, el investigador cualitativo prudente deja su interpretación abierta a un escrutinio más estricto, tanto por el mismo como por colegas y revisores externos, podría decirse que aunque se hayan tomado medidas de verificación con los participantes y comunicaciones a colegas, esto en sí no constituye una prueba que de los resultados y sus interpretaciones sean creíbles, por ejemplo en verificaciones con los participantes, muchos son demasiado amables como para manifestar desacuerdo con las interpretaciones del investigador o se asombran por una conceptualización a la que nunca habrían llegado por sí mismos, pero que no necesariamente es exacta, así tanto para los investigadores cualitativos como para los cuantitativos, es importante considerar posibles explicaciones alternas para los resultados y tomar en cuenta las limitaciones metodológicas o de otro tipo que pudieran haber afectado los resultados del estudio (15).

Al formular conclusiones, el investigador cualitativo debe también considerar la transferibilidad de los resultados, es decir, aunque los investigadores cualitativos rara vez intentan generalizaciones, a menudo se esfuerzan por comprender el modo de aplicar provechosamente los resultados del estudio. La central es en que otro tipo de entorno y contexto podría esperarse que los fenómenos en estudio se manifestaran de manera similar (15).

2.3. Sugerencias para el análisis de datos cualitativos

Al crear un sistema de categorías para codificar información cualitativa, debe leerse con atención una muestra sustancial de los datos antes de concluir el esquema. En lo posible, deben revisarse los materiales que varían respecto de las dimensiones importantes en un esfuerzo por comprender el contenido en toda su extensión, las dimensiones pueden incluir características de los informantes. Cuando se identifican por anticipado las dimensiones posiblemente importantes,

conviene utilizar métodos que faciliten la identificación de ejemplares satisfactorios (15).

Aun cuando se considere terminado el sistema de categorías, el investigador debe estar dispuesto a corregirlo o incluso repetirlo, pues hasta los cambios más simples podrían implicar la relectura de todo el material previamente codificado. Aunque los cambios a medio camino resultan tediosos y frustrantes, en ausencia de un apropiado sistema de categorías sería imposible identificar e integrar los temas importantes en forma adecuada (15).

En la mayor parte de los estudios es aconsejable crear un manual de codificación, es decir, documentar por escrito la definición exacta de las categorías utilizadas para codificar los datos. Los manuales de codificación eficaces para la investigación cualitativa suelen incluir dos o tres pasajes reales que detallan el contenido de los materiales codificados en cada categoría(15).

Muchos investigadores realizan estudios cualitativos independientes, sin el apoyo de un coinvestigador, aunque los estudios en equipo tienen a ser más comunes porque los editores y la comunidad científica exigen en la actualidad mayor atención a la validación de los datos cualitativos y los significados relacionados con esta, la participación de uno o más miembros en el equipo de investigación garantiza en cierta forma que el análisis e interpretación de los datos no se serán totalmente subjetivas (15).

2.3. Análisis de tablas de vida y de historia de sucesos

El análisis de tabla de vida es un procedimiento al que recurren con gran frecuencia los epidemiólogos e investigadores clínicos. Se emplea cuando la variable dependiente representa el intervalo que transcurre entre un suceso inicial y uno final. Este tipo de análisis se aplica con frecuencia en situaciones en que la

mortalidad constituye el suceso final, como cuando el acontecimiento inicial es el comienzo de una enfermedad o de un tratamiento y la muerte es el suceso final. En virtud de este hecho, el análisis de tablas de vida también recibe el nombre de análisis de supervivencia. Implica el cálculo de una puntuación de supervivencia que compara el tiempo de supervivencia de un sujeto con el de todos los demás. Cuando el investigador busca comparar distintos grupos (p.e. la supervivencia de los pacientes que se someten a un tratamiento especial comparada con la de un grupo control), puede calcularse una estadística para probar la hipótesis nula de que los grupos son muestras de la misma distribución de supervivencia (18).

El análisis de tablas de vida también puede aplicarse en muchas situaciones ajenas a la mortalidad, por ejemplo, para analizar fenómenos relacionados con el tiempo, como la duración del trabajo de parto, el lapso que transcurre entre el alta de un hospital psiquiátrico y el reingreso o el período entre la terminación de un primer embarazo y el principio del segundo (18).

Más recientemente se han desarrollado extensiones del análisis de tablas de vida que permiten analizar los determinantes de las transiciones tipo supervivencia en un marco multivariado. En estos análisis, las variables independientes se utilizan para modelar el riesgo de experimentar un suceso en un momento determinado, en el supuesto de que el suceso en cuestión no se haya experimentado con anterioridad. La especificación más común del riesgo se conoce como modelo de riesgos proporcionales. Es probable que estos métodos de historia de sucesos sean de utilidad para los investigadores en ciencias de la salud en el futuro (16).

2.3. Estudio de casos

Los estudios de caso son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades. Normalmente la entidad es un individuo, pero también puede tratarse de familias, grupos, instituciones u otras unidades sociales. El investigador que realiza un estudio de caso intenta analizar y

comprender los fenómenos más importantes para la historia, el desarrollo o a la atención de un individuo o de sus problemas (16).

Los estudios de casos clínicos, se realizan con pocas personas que presentan un daño poco frecuente, otros son los estudios poblacionales de incidencia y prevalencia de enfermedad, que se llevan a cabo con muestras representativas del universo (19).

La investigación en salud utiliza el estudio de casos clínicos cuando en forma sistemática recolecta información acerca de la causa del problema o enfermedad, medio ambiente, tratamiento, evolución y pronóstico del daño en una persona o paciente (16).

El estudio de casos con enfoque clínico consiste en la descripción detallada de un caso o persona con una enfermedad poco común que representa un problema de salud no resuelto, el caso clínico permite: primero, diagnosticar una enfermedad rara, segundo aclarar los mecanismos de la enfermedad y como tratarla de acuerdo con el seguimiento a un paciente o a un reducido grupo de pacientes, donde se describe en forma metódica y detallada el manejo clínico y los estudios de laboratorio que les practiquen, profundizar en el conocimiento permite comprender la genética, el metabolismo y la fisiología de enfermedades poco frecuentes. Estos estudios constituyen un puente entre la investigación de laboratorio y la investigación clínica (16).

23. 9. Características

El estudio de casos clínicos presenta el informe de manifestaciones no comunes de una determinada enfermedad que llama la atención de la comunidad médica. Son un puente entre la investigación de laboratorio y la investigación clínica, por tanto ocupan un lugar importante en la literatura científica. Con estos se pueden formular hipótesis en términos del triángulo epidemiológico (persona, tiempo y

lugar) y establecer comparaci3n con los resultados analizados conjuntamente de estudios realizados en otros medios o pa7ses. Estas bases permiten elaborar nuevas teor7as con r3ferencia al problema planteado (18).

Para Tafur los casos cl7nicos se aplican a diferentes situaciones o problemas, como la descripci3n de aspectos de la historia natural de la enfermedad, la respuesta de los pacientes a un procedimiento- ya sea diagnostico o terap3utico, los aspectos de la enfermedad que refuerzan o niegan hip3tesis causales, los primeros casos de una enfermedad particular o de un s7ndrome, las asociaiones de enfermedades no comunes en uno o varios pacientes, entre otros (18).

En principio, este dise1o es similar al estudio de caso con enfoque psicosocial se diferencia en el 3nfasis que el estudio cl7nico tiene en la b7squeda de factores o antecedentes causales de una enfermedad que puede ser poco frecuente en t3rminos de su presencia circunstancias o tratamiento (18).

Tafur con base en los pasos del m3todo cient7fico, describe y da ejemplos de siete pasos secuenciales a saber: 1. Primero, partiendo del prop3sito y objetivos del estudio, tener en cuenta la revisi3n de la literatura (17).

Segundo, definir el caso de acuerdo con la unificaci3n de los criterios diagn3sticos de la clasificaci3n internacional adoptada por la organizaci3n mundial de la salud, en general, el autor recomienda no incluir en el estudio procedimientos diagn3sticos cuya validez se encuentre en proceso de discusi3n (18).

Tercero, definir las variables del estudio con relaci3n a la persona, tiempo y lugar, que correspondan al triangulo epidemiol3gico empleado para toda clase de estudios, en cuanto a la persona, se enuncian las variables denominadas sociodemogr...ficas como edad, sexo, ocupaci3n, estado civil, nivel socioecon3mico, escolaridad, los signos, s7ntomas, y la incapacidad, las asociaciones con otras patolog7as y los niveles de prevenci3n (18).

Cuarto, es necesario especificar las fuentes de donde se toman los casos para el estudio así como el periodo de recolección de la información (18).

Quinto, de acuerdo con la muestra del estudio para recolectar datos en registros, se utiliza un formato para unificar las variables a recolectar. Es importante tener criterios claros y precisos de unificación, sin necesidad de hacer modificaciones durante la revisión de estas, quizá... no sea necesario cuando se revisan pocas historias clínicas, para lo cual se parte del propósito y objetivos del estudio (18.)

Sexto, se determina el número de casos de acuerdo con el propósito y objetivos del estudio, la cantidad de casos no se relaciona con la calidad del estudio (18).

Es posible encontrar relación entre los diversos tipos de estudios de casos y su número, así los estudios cuyo propósito se dirige a la descripción de los primeros casos de una enfermedad o a describir la asociación en las enfermedades raras son de uno o algunos casos. Los estudios, cuyo propósito es descubrir ciertos aspectos de la historia natural de la enfermedad o la respuesta a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, presentan decenas de casos, mientras que aquellos cuyo propósito es describir aspectos de la enfermedad que refuerzan o niegan hipótesis etiológicas se refieren a pocos casos (18).

Independientemente del número de casos, el autor debe tener en cuenta que ellos son representativos de la enfermedad en la institución y no en la población, excepto cuando se trata de enfermedades graves o letales de baja incidencia. El autor utiliza casos que reflejan la situación de la enfermedad en la institución de donde provienen y no hay información sobre el comportamiento de la enfermedad en los demás habitantes de la población. Además, debe analizar las características de la institución de donde toma los casos, sobre todo en lo relacionado con la procedencia de los individuos atendidos en ella (18).

Si es posible, para el análisis de los datos, el autor debe tener en cuenta la comparación con estudios similares de otros sitios y el manejo estadístico de los datos (18).

CAPÍTULO III. CONTEXTO

3. Panorama mundial de la cardiopatía isquémica

Las enfermedades cardiovasculares son causantes del mayor número de defunciones anuales en todo el planeta, por lo que se les considera un verdadero problema de la humanidad; dentro de esta cobra relevancia especial la cardiopatía isquémica (CI) por exhibir las mayores tasas de mortalidad universal, e incluso los investigadores han pensado, dado su expansión, en proponer el término de epidemia (5).

Esto a escala mundial conforma un escenario epidemiológico de particular relevancia, donde por solo ejemplificar algunas tasas de morbilidad-mortalidad en distintos países, cabe decir que en México la CI alcanza 41,9 % del total de defunciones anuales por enfermedades del corazón, las que a su vez reportan 69,4 % del cómputo total de fallecidos de ese país(1).

A nivel mundial continúa siendo la primera causa de muerte, al igual que en el continente Europeo, donde países como España, tienen 40 % de mortalidad por CI, dentro de 60 % de fallecimientos de causa cardíaca en general; estudios como el REGICOR arrojan tasas de mortalidad de hasta 183 por 100 000 habitantes (5).

3.2 Cardiopatía isquémica en México

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad general tanto en el mundo, como en México. La importancia de la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) rebasa ampliamente a la de las enfermedades infecciosas y parasitarias, y su velocidad de propagación es mayor en los países de economía emergente que en los más desarrollados (19).

La poblaci3n mexicana de sexo masculino muestra tasas elevadas de mortalidad general, de enfermedades hipertensivas, de infarto agudo del miocardio y de accidentes cerebrovasculares; mientras que la poblaci3n femenina mexicana adem...s, muestra tasas elevadas de enfermedades isqu3micas del coraz3n(20).

Los signos y sntomas clnicos como la presencia de dolor tor...cico son menos especficos en las mujeres, a diferencia del hombre. El infarto mioc...rdico en la mujer presenta mayor mortalidad, debido, entre otras cosas, a la mayor frecuencia de infarto asintom...tico,preinfarto, insuficiencia cardaca y otras enfermedades asociadas (21).

Un artculo de varios aros atr...s de publicaci3n menciona que en un modelo de regresi3n logstica condicionada se encontr3, que la diabetes mellitus, la hipertensi3n arterial, el tabaquismo, la hipercolesterolemia y la obesidad, explican la ocurrencia de cardiopatía isqu3mica en la poblaci3n estudiada. El riesgo de infarto agudo del miocardio se incrementa considerablemente en los valores extremos de exposici3n, y llega a ser seis veces mayor en aquellos que fuman m...s de 20 cigarrillos al da, y hasta ocho veces m...s alto en quienes tienen colesterol s3rico superior a 240 mg/dl. Dado el incremento en la ocurrencia de cardiopatía isqu3mica en M3xico, y su fuerte asociaci3n con factores de riesgo modificables, se justifica la elaboraci3n de programas de salud p3blica dirigidos a disminuir la prevalencia de dichos factores de riesgo(22).

Para la cardiología mexicana la disminuci3n de pacientes con cardiopatía isqu3micaes el objetivo que reclama mayor atenci3n en la intenci3n de controlar y abatir las tasas de mortalidad cardiovascular. Las posibilidades de poder controlar el problema con la prevenci3n tanto en lo agudo como en lo cr3nico son factibles, pues se conocen los procedimientos a desarrollar y los resultados son predecibles.(20).

3.3 Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Na

El Hospital General de Puebla Dr. Eduardo Vázquez Navarro es uno de los hospitales más importantes de la ciudad de Puebla, ya que conjunta diversas disciplinas en las cuales se trabaja sobre un mismo objetivo: mejorar la salud. Dicha con dicha se encuentra actualizado para ofrecer un mejor servicio al paciente que lo visita.

Actualmente se está mejorando este hospital, se encuentran en construcción algunas áreas y otras comienzan su funcionamiento, brindando así una mejor atención al paciente, tal es el caso de la unidad de hemodinámica.

La unidad de hemodinámica, acaba de abrir sus puertas en mayo de 2011, no se ha hecho la inauguración formal, pero ya se encuentra dando atención al público, los pacientes que acuden son en su totalidad personas con algún problema cardiovascular, además se realizan análisis y pruebas de funcionamiento del corazón: infartos, angina de pecho, cardiopatía isquémica, aplicación de cateterismo, ecocoronogramas, ecocardiogramas, medición de grasa epicárdica, entre otras.

Se maneja también la consulta externa y como es una unidad recién abierta por así decirlo, carece de algunas cosas, entre ellas un área dedicada a la nutrición, enfocada principalmente en la orientación alimentaria del paciente con alguna afección cardíaca, motivo por el cual, este estudio fue llevado a cabo aquí, para dejar huella y hacer conciencia tanto en pacientes como doctores, de la importancia de una adecuada nutrición así como la modificación de hábitos de alimentación que permitirán mejorar la calidad de vida del paciente cardíaco.

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

El presente estudio se llevó a cabo en la unidad de Hemodinamia del Hospital general del sur de la ciudad de Puebla, Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro”, en un periodo comprendido entre los meses de agosto y noviembre de 2011 teniendo así como población a los pacientes que acuden a consulta externa del área de cardiología y que son referidos a dicha unidad.

4.1 Criterios de selección de la población

4.1.1 Criterios de inclusión

1. Pacientes con cardiopatía isquémica.
2. De ambos sexos.
3. Edad: 18 a 45 años.
4. Personas que deseen participar en el estudio.
5. Personas que radiquen en la ciudad Puebla y sus alrededores.
6. Las personas que asistieron a consulta externa de cardiología en la unidad de Hemodinamia del Hospital general del sur de Puebla. “Dr. Eduardo Vázquez Navarro” durante el periodo comprendido entre el 1ro de agosto hasta el 30 de noviembre de 2011.

4.1.2 Criterios de exclusión

1. Que padezcan de enfermedades metabólicas como enfermedades tiroideas, diabetes, o trastornos del crecimiento.
2. Mujeres embarazadas, mujeres en periodo de lactancia
3. Mujeres que se encuentren en la menopausia
4. Pacientes que abandonen el estudio.

4.2 Procedimiento de trabajo

4.2.1 Identificación de los obstáculos para la modificación de cambios de hábitos alimentarios reportados en otras investigaciones

- Se realizó una búsqueda de estado de conocimiento sobre la misma línea de investigación que el presente estudio y realizar una comparación.

4.2.2 Caracterización clínica del grupo de estudio

- Se seleccionaron los pacientes que acudieron a consulta externa de cardiología de la unidad de hemodinamia del hospital general del sur de la ciudad de Puebla.
- Se determinó si el paciente cumple con los criterios de inclusión para participar en la investigación.
- Como parte de la consulta nutricia se procedió a llenar una historia clínica nutricional que diera un mayor soporte en cuanto al tratamiento integral del paciente con cardiopatía isquémica.
- Durante el periodo de recolección de la información, la investigadora que realizó el presente estudio tomó medidas antropométricas mediante el método de Habitch (Anexo 1) (estatura, peso, IMC, índice cintura cadera) para complementar la historia clínica.
- La estatura y el peso se tomó con una báscula clínica Aut. Mod D.G.N 2412 marca BAME hecha en México con capacidad para 140 Kg y con precisión de 100 g.
- La circunferencia de cintura se tomó con cinta métrica marca SECA de 1.3 cm de ancho y con precisión de 0.5 cm.

4.2.3 Se diseñó un instrumento para identificar los obstáculos de los pacientes con cardiopatía isquémica

- Se le dio a conocer e invitó a cada paciente a participar en el estudio pidiendo que lea y firme el consentimiento informado (Anexo 2).
- Se llenó una historia clínica (Anexo 3), la cual exploró: antecedentes personales; recordatorio de 24 horas, para tener mayor información sobre el paciente: antropometría (peso, estatura, IMC, ICC), bioquímica (glucosa en sangre y perfil de lípidos) así como tensión arterial la cual midió la enfermera y fue mediante un baumanómetro manual marca Home Care.
- Se aplicó una encuesta de hábitos de alimentación (Anexo 4).la cual fue llenada por parte del investigador de este estudio.
- Al finalizar cada consulta se proporcionó al paciente una lista de alimentos que contiene lo que usualmente consume y por alimentos que puede sustituir, esperando así la modificación de sus hábitos (Anexo 5).
- De igual forma se le dio al paciente una pequeña encuesta de Servicio (Anexo 6). Con la cual se pudo evaluar la calidad de atención al paciente por parte del servicio de salud.
- En los seguimientos cuya duración fue de cada 15 días durante un lapso de 70 días se evaluó el seguimiento a los hábitos de alimentación mediante un cuestionario ya mencionado (Anexo 4). Identificando así cuales fueron las barreras u obstáculos que no le están permitiendo apegarse al cambio de hábitos de alimentación (Anexo 7).
- Al finalizar su llenado de cuestionarios se tenía una plática con cada paciente detectando su modificación de hábitos a partir del diagnóstico

señalado por su doctor, se anotaron en una bitácora donde cada paciente tenía un registro y se puede analizar su caso clínico.

- Al finalizar cada consulta se dio una breve orientación alimentaria con una duración muy corta de tiempo, explicando así la importancia de una dieta correcta, actividad física moderada, factores de riesgo para enfermedad cardiovascular y cómo pueden influir sobre la presencia de malos hábitos de alimentación, se escuchó además las inquietudes y mitos que pudiera tener el paciente, de igual forma se analizará los problemas que está teniendo para el cambio de hábitos.
- Se determinó, con base en análisis de los resultados arrojados en consulta, cuestionarios aplicados y la información que cada paciente reveló obteniendo así las barreras u obstáculos que presentan los pacientes con cardiopatía isquémica para cambiar sus hábitos de alimentación.

4.2.4 Recolección de datos

La recolección de datos del presente estudio se llevó a cabo en un periodo comprendido entre los meses de agosto y noviembre de 2011. El lugar donde se llevó a cabo en la unidad de Hemodinamia del Hospital general del sur de la ciudad de Puebla, Puebla “Dr. Eduardo Vázquez Navarro”, con la población a los pacientes que acuden a consulta externa del área de cardiología y que son referidos a dicha unidad.

Se realizaron consultas a los pacientes, las cuales consistían en el llenado de la historia clínica (anexo 3) realizada por la investigadora, en la cual la información fue recabada por escrito tomando en cuenta los comentarios importantes que los pacientes realizaran, una vez finalizada la consulta se procedió a llenar con los datos proporcionados por el paciente y de manera escrita un cuestionario de

h...bitos de alimentaci,,n (Anexo 4) llenada tambi%on por la investigadora de este estudio.

Cabe mencionar que al llenar el cuestionario de los h...bitos de alimentaci,,n se anex,, una historia de vida del paciente donde se le escuchaba atentamente sobre c,,mo hab#a sido su alimentaci,,n a lo largo de su vida y en qu%o momento apareci,, la enfermedad, haciendo hincapi%o en el cambio de h...bitos de alimentaci,,n que fomentaron la aparici,,n de la cardiopat#a isqu%omica, se escuch,, a detalle y se le hicieron preguntas al paciente con la finalidad de hacer m...senriquecedora la informaci,,n.

Cuando se finaliz,, la primera consulta se le dio al paciente una lista de alimentos que contiene lo que usualmente consume y por lo que puede sustituir, esperando la pronta modificaci,,n de sus h...bitos de alimentaci,,n (Anexo 5).

En los 70 d#as posteriores a la primera consulta se cit,, al paciente a un seguimiento en un periodo de cada 15 d#as, en el cual mediante el cuestionario ya mencionado y mediante una amplia pl...tica con el paciente se identificaban las barreras u obst...culos que presentara el paciente (anexo 7) se realizaba un recordatorio de 24 horas para ver qu%era lo que estaba consumiendo el paciente y se le ped#a que con detalle narrara que era lo que estaba consumiendo, as# como se le escuchaba con detenimiento las inquietudes que pudiera tener.

Se realiz,, una bit...cora por escrito donde cada paciente est... registrado como caso cl#nico y en cada consulta ese paciente ayudaba a complementar su seguimiento mediante la narraci,,n de sus dificultades presentadas.

Se entrevist,, a 8 pacientes, de los cuales 5 eran mujeres y 3 hombres, todos con cardiopat#a isqu%omica, 5 casados, 1 soltera, 1 divorciado y 1 viuda. Todos los pacientes fueron seleccionados con los criterios de inclusi,,n antes mencionados y con la carta de consentimiento informado. Algunos pacientes con los que se

comenzó el estudio no asistieron a sus seguimientos, por lo que fueron eliminados.

Las consultas se realizaron en 2 partes: la primera parte que se llamaría “la selección” fue realizada en la consulta externa de cardiología del Hospital General del Sur, posterior a ello una vez seleccionados los pacientes, se hacía la presentación de la investigadora y se les invitaba a participar en el estudio, posterior a esto, cuando el paciente aceptaba se pasaba a la segunda parte que sería “la entrevista”, las consultas nutricias eran dadas en el área de hemodinamia en un consultorio adaptado por las nutriólogas trabajando ahí, ya que como es un área nueva no se cuenta aún con ello, así que se seleccionó un consultorio donde se trató de hacer lo más cómoda posible la estancia del paciente ahí evitando cualquier tipo de distracciones que afectara la comunicación nutrióloga-paciente y es ahí cuando se comienza con la consulta nutricia, la primera consulta tuvo duración de aproximadamente 60 minutos y los seguimientos que fueron cada 15 días tuvieron duración de 30 a 40 minutos centrando total atención en la identificación de obstáculos para la modificación de hábitos de alimentación.

4.3 Aspectos éticos

El presente estudio, desde el punto de vista de la bioética se clasifica como un estudio con riesgo mínimo.

Se considerarán las normas nacionales e internacionales de bioética como son el Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio y el informe Belmont, así como las normas técnicas 313, 314 y 315 emanadas de la Ley General de Salud.

Los resultados se mantendrán en confidencialidad y anonimato y sólo se utilizarán para efectos de la investigación por lo que se utilizaron nombres ficticios para la redacción de este estudio.

Se le proporcionó, a cada paciente del estudio una Carta de Consentimiento Informado que fue firmada por el padre o tutor de los participantes del estudio ya que son menores de edad (anexo 8).

CAPITULO V. RESULTADOS

A continuaci3n se presenta la historia de vida de cada paciente que conforma el grupo de estudio:

Tabla 1. Cronolog3a de adquisici3n de h3bitos de alimentaci3n y actividades de Mauricio

Nombre: Mauricio Ocupaci3n: Comerciante Edad: 27 a3os Estado civil: Divorciado			
A3os	H3bitos alimentaci3n	Actividad f3sica	Actividades Sociales
1984-1991	Alimentado por su abuela, ya que su madre trabajaba y la abuela era responsable de su alimentaci3n, refiere que su alimentaci3n estaba equilibrada	Como todo ni3o de su edad jugaba con sus vecinos y compa3eros de preescolar y primero de primaria, sus juegos consist3an en subir el palo encebado, correr y jugar 3scaritas de f3tbol	Ayudaba a su abuela en labores dom3sticas y jugaba con los ni3os.
1991-1997	Muere su abuela y debido a que su madre 3no ten3a tiempo3 no llevaba lunch y solo desayunaba un vaso de leche o a veces nada, compraba tortas o antojitos en la escuela como lunch y papas fritas, cacahuates y refrescos en caso de quedarse con hambre, refiere no tomar agua natural ya que no le gustaba el sabor.	Era del equipo de f3tbol de su primaria y entrenaba de lunes a viernes de 2 a 4pm, era el 3nico ejercicio que realizaba junto con las 2 horas a la semana que recib3a de clase de educaci3n f3sica.	Todas las tardes ayudaba a su mam... a hacer las cuentas de las 3standas3 y cat3logos de edredones y zapatos que vend3a.
1997-2003	Todos los d3as en la ma3ana se despertaba tarde argumentando estar cansado de la noche anterior, raz3n por la cual se iba sin desayunar, cuando se organizaba y despertaba temprano se tomaba un	En la secundaria y preparatoria segu3a jugando futbol, ya no como equipo representativo, sino como 3sintramuros3, pero ten3a partido de futbol diario, ya que adem...s de jugar en su escuela, se organizaba con sus vecinos para seguir	Sal3a con sus amigos a 3dar el roll3 y ocasionalmente consum3a cervezas.

	<p>vaso de leche o una taza de caf%. Refiere que su desayuno consistía en empanadas, tortas y papas fritas que compraba en la escuela, acompañadas de un refresco de cola. A la hora de la comida menciona que se basaba a una fonda a alcanzar a su mamá y comían juntos, por lo general la comida que consumía era abundante en hidratos de carbono y muchos alimentos capeados, no tomaba agua natural durante el transcurso del día, su ingesta de líquidos se basaba principalmente en jugos y refrescos, un ejemplo de ello es que después de jugar fútbol se tomaba un boing.</p>	jugando.	
2003-2006	<p>Mauricio menciona que sus hábitos de alimentación eran desordenados, comía hasta que le daba mucha hambre, alrededor de las 3 pm y generalmente comida rápida o antojitos mexicanos, esto debido a que ingresó a una universidad donde durante 3 años el horario de comida se le dificultaba regresar a su hogar y consumir alimentos caseros por lo que realizaba solo una comida fuerte al día con alto contenido energético y alto en grasas saturadas, al igual que en la noche siempre cenaba tacos de maciza o sésos acompañados de refresco de cola,</p>	<p>Comenzó a subir notoriamente de peso ya que ya no seguía jugando fútbol como usualmente lo hacía, solamente jugaba los sábados, caminaba para tomar el camino, paso de una vida activa a una vida sedentaria</p>	<p>Todas las tardes visitaba a su novia y siempre refiere estar comiendo.</p>

	<p>todos los s...bados tomaba alcohol, generalmente cervezas para festejar que su equipo ganaba</p>		
2007-2009	<p>Contrajo matrimonio y su esposa no sabía cocinar por lo que le genero un problema en su alimentaci,n ya que siempre comía quesadillas y en ocasiones arroz para acompañar, Mauricio comenta que esa fue su comida por mucho tiempo, siempre acompañada de refrescos y pastelillos como postre, su ingesta de agua se debi,, a una moda adoptada por su esposa y fue así como el inici,, su consumo de agua con 500 ml al día.</p>	<p>Caminaba en el día ya que trabajaba para una agencia que vendía enciclopedias y libros, al igual que vendía tarjetas para descuentos en cines y restaurantes, era la única actividad que realizaba</p>	<p>Los domingos ocasionalmente jugaba 'Scascaritas' de fútbol</p>
2010	<p>Se divorcia por problemas de incompatibilidad, comenz,, a organizarse por su cuenta en cuanto a su alimentaci,n y busc,, una fonda cercana a la oficina donde trabajaba.</p> <p>Sus h...bitos no cambiaban del todo ya que seguía realizando una comida al día. Comenz,, a aumentar la cantidad de agua natural a su dieta, por órdenes del doctor, al igual que incorporar a su dieta frutas y verduras ya que el doctor le dijo que tenía elevado el colesterol, triglicéridos y comenzaba a manifestar un incremento en los niveles de glucosa, sin desarrollar diabetes, por</p>	<p>Ninguna</p>	<p>Los S...bados se iba con sus amigos a tomar alcohol y comenz,, a fumar, como se sentía estresado el refiere fumar diario 1 cajetilla.</p>

	lo que forzosamente tuvo que hacerlo, ya que menciona extrañaba el refresco a la hora de la comida.		
2011	Por órdenes del doctor y por presentar cardiopatía isquémica se le aconseja modificar su alimentación, pero él no hace caso y continúa con sus malos hábitos de alimentación.	•nicamente camina por lo de su trabajo	Disminuyó un poco su consumo de alcohol y cigarro siguiendo las indicaciones del doctor, pero aún así ocasionalmente salía de fiesta como el menciona.

Reporte de historia clínica e historia de vida de Mauricio

Es un comerciante de 27 años de edad, divorciado el cual fue referido al área de cardiología del hospital general del sur de Puebla por presentar cardiopatía isquémica, es un paciente que llegó a la consulta refiriendo 1.72 cm de estatura y un peso de 83 Kg con un índice de masa corporal de 28, presentando sobrepeso, su porcentaje de grasa corporal al iniciar este estudio fue de 36%, sus pruebas bioquímicas en cuanto a colesterol arrojaron 250 mg/dl y triglicéridos 200 mg/dl, glucosa 200 mg/dl y la presión 110/60 mmHg, posteriormente sus valores comenzaron a disminuir, el colesterol en la segunda toma de muestra estaba en 200 mg/dl, en la tercera toma de muestra en 170 mg/dl, los triglicéridos en la segunda toma de muestra estaban en 180 mg/dl y en la tercera toma en 150 mg/dl la glucosa en la segunda y tercera toma estuvieron en 110 mg/dl y 100 mg/dl respectivamente.

En este paciente sus cambios fueron lentamente, se sentía desanimado e impotente por querer avanzar más, pero no podía.

Refiere siempre no tener un control de su alimentación ni del medicamento adecuado la enfermedad fue progresando hasta que comenzó a presentar complicaciones, refiriendo a veces consumir cigarrillos por tensión laboral y personal, lo que agravó su enfermedad, en sus antecedentes heredofamiliares

encontramos Diabetes Mellitus por parte de la familia de su madre, realizando su recordatorio de 24 hrs. se encontr, que durante el día come aproximadamente 1700 Kcal pero con alta densidad energética y un muy pobre aporte de nutrimentos .

Realizando su frecuencia de consumo de alimentos se pudo encontrar que su alimentación es escasa en el consumo de frutas y verduras, aunque por facilidad adquisici, y transporte en su maleta las manzanas son frutas ideales para él.

Dentro del grupo de las verduras ocasionalmente compra pepinos en un carrito que est... por su trabajo, en cuanto al consumo de alimentos de origen animal predomina la carne de res y cerdo, teniendo en menor cantidad al pollo y un consumo nulo de pescado, solo en cuaresma como el refiere.

Entre la actividad física refiere no tener actividad física por el momento, sin embargo menciona haber sido una persona muy deportista durante su infancia, a la actualidad no reporta realizar ninguna actividad física.

Mauricio es un paciente que por falta de tiempo y por cuestiones emocionales tiende a comer lo que encuentra rápidamente, a consumir alcohol los fines de semana y a consumir cigarro cada que se siente estresado, por otro lado como est...divorciado menciona que él se encarga de su alimentación, pero al no contar con un apoyo al momento de programar su alimentación él come en los lugares que encuentre.

Al momento de realizar sus seguimientos Mauricio fue uno de los pacientes que presento dificultades, pues argumentaba que la falta de tiempo y la comodidad en la que vivía sin tener que ir a realizar sus compras y lo que implicaría en pérdidas de tiempo más que nada en tener que adaptarse a un cambio totalmente nuevo para el donde la responsabilidad de realizar compras y cambiar su alimentación y al no contar con un apoyo era su principal obstáculo.

Desafortunadamente Mauricio no cambió sus hábitos de alimentación, prefería solamente tener una pastilla que tomar y no preocuparse de nada. Se le explicó que el avance de su tratamiento se lograría si cambiase de hábitos de alimentación, en los 3 seguimientos que tuvo refirió siempre estar comiendo lo mismo y lo único que incorporó fue el consumo de agua natural, ya que no le gustaba, no reportó mayor cambio.

No presentó mucho cambio en su peso, solamente 4 Kg en un lapso de 3 meses y de porcentaje de grasa corporal bajó 5%, sus niveles bioquímicos disminuyeron colesterol: 150mg/dl, triglicéridos 100 mg/dl y la glucosa en 100 mg/dl aunque afortunadamente siempre se encontró dentro de los niveles adecuados.

Tabla 2. Cronología de adquisición de hábitos de alimentación y actividades de Eloy

Nombre: Eloy Ocupación : Albañil Estado civil: Casado Edad: 31 años			
Años	Hábitos alimentación	Actividad física	Actividades Sociales
1980-1992	Alimentado con las ideas y creencias de su madre y abuela hasta los 2 años, Siempre comía de todo en sus vacaciones ayudaba a su papá que era albañil en las obras por lo que desayunaba todas las mañanas un pan de dulce con café y cuando su papá tenía trabajo y por lo tanto mayores ingresos para su familia le agregaban leche y una torta de huevo en el lunch, si tenía sed tomaba agua del grifo de la escuela.	Caminaba todos los días 30 minutos para llegar a la escuela junto con sus hermanos y en la escuela les daban educación física	Ayudaba a su papá en vacaciones o en ratos libres siempre lo acompañaba en las obras y lo ayudaba a colar.
1993-1999	Su desayuno, seguía siendo pan y café con leche y su torta de huevo o frijoles con queso, ocasionalmente su mamá le daba de comer pollo o res en algún guisado y arroz, nunca faltaba la tortilla y la coca cola,	Como ya estaba más grande sus trabajos de albañilería cada vez eran más extenuantes por lo que si pasaba gran parte del día trabajando, aunado a ello	Terminó solamente de secundaria ya que en su familia no se contaba con el dinero necesario para seguir estudiando y por ser el mayor de sus hermanos, decidió apoyar a su padre a trabajar
2002-2006	Contrajo matrimonio por lo que su nuevo hogar le quedaba retirado de donde trabajaba, y solamente realizaba el desayuno en su casa y algunas veces comía tacos de canasta o pollo con los albañiles de la obra en proceso o donde cayera como	Seguía realizando sus trabajos de albañilería y caminaba hacia el camión cuando las distancias eran mayores.	Su rompimiento matrimonial hizo que aumentara sus jornadas laborales debido que tenía que proveer a su hogar los recursos básicos, por lo que no tenía tiempo para otras actividades

	menciona el, siempre la comida era alta en grasa saturada y no podía faltarrefresco.		
2007-2010	Su alimentación sigue siendo alta en el consumo de refrescos y comida capeada o frita, cuando tiene tiempo acude a una cocina económica, pero por lo general siempre come con una Sra. que llega a vender en una canasta comida o antojitos, todas las mañanas toma atole y torta de tamal. Cuando le da sed toma jugo de uva o refresco de sabor.	Al ser maestro albañil comenzó a delegar actividades, por lo que su actividad física se ve disminuida y comienza a tener mayor tiempo de descanso	Al morir su padre, todo su trabajo se le pasa a Eloy, por lo que él se convierte en maestro albañil a su corta edad
2011	Sus malos hábitos de alimentación lo hacen llevar a consulta de cardiología, es diagnosticado con cardiopatía isquémica su esposa preocupada porque siempre lo ve comiendo antojitos, comienza a hacerle ver la importancia de una buena alimentación.	Como se cansaba de realizar alguna actividad como caminar, lo realizaba lentamente y pasaba la mayor parte del tiempo sentado y cuando tenía hambre comiendo, cuando no estaba sentado supervisaba las obras	Ocasionalmente salía a beber con sus trabajadores.

Reporte de historia clínica e historia de vida de Eloy

Eloy es un albañil de 27 años de edad que fue referido a consulta al hospital general del sur de Puebla por presentar un infarto, ahí fue cuando se le detectó cardiopatía isquémica, cuando fue referido a consulta pesaba 96 Kg y su estatura era de 1.80 cm, teniendo así un IMC de 29.6, inició con un porcentaje de grasa corporal de 36%, al cabo de 2 meses y medio terminó con 23% de grasa corporal y con un peso de 78.3 Kg.

Desde pequeño siempre ayudé, a su padre con su trabajo, lo acompañaba a las obras a hacer colados y algunos trabajos de albañilería, siempre su mamá... con los recursos que su padre le daba trataba de darle lo mejor a sus hijos, él refiere que fue un estudiante muy dedicado porque tenía la ilusión de ir a la universidad, desafortunadamente las condiciones no fueron las mejores, por lo que tuvo que abandonar los estudios en la secundaria y apoyar a su padre en el trabajo.

Conforme el pasar de los años contrae matrimonio y tuvo "Suerte" como el menciona de que su esposa sea una mujer buena y dedicada al cuidado del hogar y de sus hijos y ahora preocupada por la salud de su esposo, Eloy se convirtió, en maestro albañil y menciona que gana un poco más, desafortunadamente no puede ir todos los días a comer a su casa, por lo que come lo que se encuentra o menciona que va una Sra. a vender comida o tacos de canasta y él compra lo que llevan.

Sus malos hábitos de alimentación y su debilidad ante la comida alta en grasas saturadas lo hacen llevar a consulta de cardiología, es diagnosticado con cardiopatía isquémica, su esposa preocupada porque siempre lo ve comiendo antojitos, comienza a hacerle ver la importancia de una buena alimentación

Su esposa preocupada por su salud se ha comprometido en ayudarlo a seguir las indicaciones que se le dieron, ya sea en llevarle la comida al trabajo o despertar temprano y hacerla, todo con la finalidad de mejorar su alimentación, además va a comenzar a comprar más fruta de temporada para ayudarlo y evitar que en otro miembro de la familia aparezca esta enfermedad.

En cuanto a sus valores bioquímicos se encuentran los siguientes datos: colesterol total: 300 mg/dl, triglicéridos: 210 mg/dl, glucosa: 100 mg/dl y presión arterial: 130/80 mmHg. No se tiene un mayor seguimiento de sus niveles bioquímicos ya que su expediente fue captado por el área de psicología y ahí extraviaron algunos datos.

Tabla 3. Cronología de adquisición de hábitos de alimentación y actividades de Daniela

Nombre: Daniela Ocupación : Ama de casa Edad: 25 años Estado civil: Casada			
Años	Hábitos alimentación	Actividad física	Actividades Sociales
1986-1996	Desde pequeña se le inculca, que debería de comer sanamente, se comía todo lo que su mamá... le daba.	Iba a clases de danza folklórica en la casa de la cultura de su comunidad.	Juegos con sus amigas y hermanas durante su infancia
1996-2004	Siguiendo la alimentación que su madre le inculcaba, la cual era buena.	Siempre participo, en los concursos de danza folklórica por lo que siempre tuvo una actividad	Una vida aparentemente normal y tranquila
2004-2008	Comienza a probar alimentos que ella no conocía	Nula	Tuvo la oportunidad de salir de su comunidad para estudiar en Puebla. Consumo de alcohol y cigarro. Trabajaba en un antro en las noches como mesera.
2008-2010	No tiene tiempo de cocinar, su esposo la regaña porque en lugar de comprar fruta y verdura compra alimentos chatarra, cocina con mucha crema y cuando no tiene tiempo hace Sopas maruchan, compra carnitas o hamburguesas.	Ella menciona que su único ejercicio es que baila en los antros cuando tiene oportunidad de salir.	Termino, su carrera y encontro, trabajo y contrajo matrimonio rápidamente, desafortunadamente seguía fumando y consumiendo alcohol y cigarro. Trabaja en un call center que le queda retirado de su casa.
2011	Debido al estilo de vida que lleva es referida al área de cardiología por presentar cardiopatía isquémica, ella manifiesta que está muy cómoda con la vida que lleva y que solamente quiere	Nula	Sigue bebiendo alcohol y fumando cigarros con regularidad, debido a que se sentía muy mal, abandona su trabajo y solo se dedica al hogar.

	sentirse bien, no le gusta comer hojas como conejo, refiere que la comida tiene que tener algo con contenido de grasa saturada para que tenga sabor.		
--	--	--	--

Reporte de historia clínica e historia de vida de Daniela

Paciente con 77 kg al iniciar su tratamiento, su peso fue variando, tuvo un aumento de peso en su tercer seguimiento, después descendió, lentamente, su porcentaje de grasa es de 42 %, ese fue disminuyendo lentamente hasta llegar a 37.3%, su porcentaje de grasa ideal es de 20 a 26% su peso máximo ha sido 85 kg, su peso mínimo de 55 kg, es de complejidad mediana, su IMC es de 32.4

Sus valores de colesterol al iniciar eran de 270 mg/dl , de triglicéridos de 200 mg/dl, de glucosa 100 mg/dl y la presión en 120/80 mmHg, al mes casi de realizar su primera consulta sus valores comenzaron a descender a 180 mg/ dl de colesterol, 150 mg de triglicéridos, la glucosa en 90mg/dl, la presión se mantuvo igual de 120/80mmHg , al finalizar sus seguimientos, sus valores se mantuvieron en 150 mg/dl los niveles de colesterol en sangre, triglicéridos en 120 mg/dl, glucosa en 90 mg/dl y presión en 120/80 mmHg

Daniela es una paciente que desde pequeña fue educada adecuadamente, recibiendo un buen ejemplo de su madre y hermanas, como lo que su mamá le daba desde pequeña hasta que llegó, a la mayoría de edad, sin embargo se le presentó la oportunidad de salir de la pequeña comunidad donde ella vivía para radicar en la ciudad de Puebla.

Al conocer un mundo que era totalmente nuevo para ella se dejó, involucrar por este, lo que le ocasionó, daños a la salud, comenzó, a consumir alcohol y cigarro sin medida, por lo que su adicción era cada vez mayor, a tal grado que comenzó, a trabajar en un bar en la ciudad de Puebla como mesera y finalmente era la *Šhostess* del lugar, le gustaba mucho trabajar en ese lugar porque recibía todo el alcohol que ella deseara.

Así se mantuvo mucho tiempo, terminó, sus estudios y contrajo matrimonio rápidamente, pensó, que sería la solución fácil, pero se dio cuenta que no fue así y que tenía que ayudar con los gastos de la casa, por lo que comenzó, a trabajar en un *Šcall center* ella refiere que nunca le gustó, realizar mucho ejercicio y que su actividad solamente era caminar a la parada del camión, por otro lado en cuanto a la alimentación siempre come lo que encuentra o compra comida como sopas maruchan o hamburguesas, le gusta agregarle crema a las cosas, para ella la comida tiene que ser con contenido de grasa.

Desafortunadamente Daniela o mejor conocida como *ŠNani* como le dicen en el bar prefiere seguir con su estilo de vida que lleva y con los malos hábitos de alimentación que fue adquiriendo, refiere estar muy a gusto con la vida que lleva y prefiere que el doctor le de algún medicamento, a pesar de que tuvo que dejar de trabajar por las molestias, desafortunadamente no mostró, cambios en sus hábitos de alimentación.

Tabla 4. Cronología de adquisición de hábitos de alimentación y actividades de Cynthia

Nombre: Cynthia Ocupación: Comerciante Edad: 23 años Estado civil: Casada			
Años	Hábitos alimentación	Actividad física	Actividades Sociales
1988-2006	Menciona haber sido delgada toda su vida, comía como cualquier niño: Solo que le daban en su casa y golosinas. Su mamá... le ponía lunch pero a veces lo vendía o lo regalaba por jugar con sus amigas. Termino la secundaria y preparatoria siempre argumentando que comía lo que quería y no engordaba.	Jugaba con sus compañeros de escuela y realizaba clase de educación física.	Acompañaba a su mamá... a la tienda de bolsas que tenía.
2007	Comenzó a aumentar de peso, debido a su incontrolable forma de comer alimentos altos en grasa saturada y azúcares refinados, trataba de hacer una dieta hipocalórica que veía en revistas o le pasaban sus amigas, pero le era imposible.	Caminaba a su trabajo y escuela que le quedaban cerca, aproximadamente 15 minutos de lunes a viernes y los sábados solamente acompañaba a su mamá... a su tienda de bolsas, donde pasaba la mayor parte del día sentada.	Comenzó una carrera de contador privado y trabajó en una agencia de seguros al mismo tiempo como secretaria.
2008-2011	Pasó por todas las dietas conocidas hasta que dañó su organismo, por lo que ella solamente busca una dieta que le devuelva el cuerpo de antes y que le ofrezca resultados rápidos, fue diagnosticada con cardiopatía isquémica pero a ella no le importa una correcta alimentación para	Solamente cuando su esposo está con ella salen a caminar, pero es muy esporádicamente.	Contrajo matrimonio, pero su esposo no vive con ella todos los días de la semana, ya que por su trabajo tiene que viajar.

	<p>disminuir los síntomas de su enfermedad, sino que le importa una dieta que le dé resultados rápidos y pueda bajar los kilos que aumentó.</p>		
--	---	--	--

Reporte de historia clínica e historia de vida de Cynthia

Cynthia es una paciente que desde el inicio de su tratamiento sugirió, ver resultados rápidos, por lo que ha sido muy desesperada, ella llegó a consulta con un peso de 72 Kg, estatura de 1.60 m, un porcentaje de grasa de 38%, un IMC de 28.1 sin embargo con el pasar de los meses, comenzó, a disminuir muy lentamente su peso y su porcentaje de grasa, desafortunadamente los antojos y el ya no sentir presión hicieron que casi al final de su seguimiento volviera a subir de peso y de porcentaje de grasa.

Cynthia en la actualidad se encuentra casada y presume de que cuando era joven tenía un excelente metabolismo que podía comer todo lo que ella deseara sin subir de peso ni de porcentaje de grasa corporal, desde pequeña siempre fue así y nunca tuvo problema alguno, desafortunadamente el tiempo pasa y todos los excesos son malos, por lo que tuvieron que tener efecto en su salud desencadenándole cardiopatía isquémica y un aumento en su peso y porcentaje de grasa corporal.

Se desespera un poco, por lo que comienza a buscar soluciones fáciles a su problema como ella menciona y comienza a creer en los productos milagro o en las soluciones fáciles con tal de que se le devuelvan la figura que ella tenía o es fan de hacer dietas de moda para bajar de peso rápidamente, que es lo que le preocupa y no la cardiopatía isquémica que presenta

Es una paciente sumamente apática y con un carácter difícil de tratar, se cierra a escuchar diferentes opiniones y sugerencias para mejorar su salud, se le ha

explicado que todo buen camino se tomara su tiempo, sin embargo eso no es suficiente para ella.

Tabla 5. Cronología de adquisición de hábitos de alimentación y actividades de Ofelia

Nombre: Ofelia Ocupación: Ama de casa Edad: 34 años Estado civil: casada			
Años	Hábitos de alimentación	Actividad física	Actividades Sociales
1977-1993	Vendía con su madre frutas y verduras en un puesto en el mercado local, consumo de frutas y verduras diario.	A las 6 am despertaba, ayudaba a preparar el desayuno y a las 7 am partía hacia la comunidad vecina, caminaba y cruzaba un cerro, por lo que su actividad física era intensa, esto lo realizaba los 7 días de la semana. Nuevamente en las tardes era la misma rutina de regresar por el cerro hasta su comunidad.	Por las tardes, al regresar de la venta con su madre, jugaba con sus hermanas a saltar la cuerda, avioncito, muñecas y ocasionalmente iba a misa.
1994	A mediados de año contrajo matrimonio y no sabía cocinar muy bien, disminuyó su consumo de frutas y verduras	Se disminuyó notablemente la actividad física, solamente se encargaba a las labores del hogar (barrer, planchar, cocinar, lavar ropa)	Los domingos acompañaba a su mamá y a su suegra a misa.
1997	Durante el embarazo comienza a tener los típicos antojos de alimentos muy dulces o muy salados por lo que comienza a comer	Además de las actividades del hogar, al nacer su primer hijo sus actividades dentro de la casa se ven aumentadas por atenderlo.	Nace su primer hijo y con ello salta a pasearlo a las calles de su comunidad
1999	Nuevamente en su segundo embarazo presenta antojos por lo que ya con el sobrepeso que había tenido con el embarazo anterior comienza a aumentar notablemente de peso	Labores del hogar, atención de su primer hijo y espera del nacimiento de su segundo hijo	El cuidar a dos niños le impedía un poco salir a visitar a su familia, por lo que su familia la visitaba.
2003	Presenta un aborto espontáneo por lo que estuvo en reposo durante mucho tiempo y solamente comía lo que ella deseaba, ocasionalmente su	Durante el aborto espontáneo que presentó, se tomó muy en serio su papel de reposar por lo que casi todo el año estuvo reposando.	Todos sus familiares y conocidos iban a visitarla

	mam... le llevaba una canasta con frutas o verduras		
2006	Su alimentaci,n era descontrolada, satisfac#a los antojos de su esposo, que ocasionalmente compraba 3 tortas para %ol y 2 tortas para ella, argumentando que deb#an comer lo mismo como su esposo se dedica a la venta de carne en el mercado, la carne que predominaba en su casa era la carne con cortes grasos	•nica y exclusivamente se dedicaba a las labores del hogar, paso a ser sedentaria y comenz,, a presentar problemas en los niveles de colesterol y triglic%oridos en sangre, al igual que de hipertensi,,n.	Acompa#aba a reuniones a su esposo, sus hijos ya eran m...s grandes y ocasionalmente consum#a alcohol.
2007	Presenta un tercer embarazo con un grado de obesidad tipo 1, debido a que ten#a hipertrigliceridemia e hipertensi,,n comienza a preocuparse por su alimentaci,,n, la cual consisti,, en ser rica en fruta, verduras y agua	Le recomend,, el Dr. caminar 15 minutos al d#a y as# lo hizo, llevaba a sus otros hijos a pasear al parque y ella caminaba, su obesidad fue disminuyendo, al igual que su alto nivel de presi,,n arterial, lleg,, a ser controlable.	Se incorpor,, al coro de la iglesia y 2 veces a la semana asist#a y ten#a m... vida #social# como ella menciona.
2010	Terminado su embarazo y la lactancia de su hijo, su esposo vuelve a insistir en que consuma alimentos ricos en az#cares refinados y grasas saturadas	Su actividad vuelve a ser nula y solamente se dedica a labores del hogar.	Nuevamente solo sale a la #calle# cuando adquiere alg#n producto que necesite.
2011	Preocupada por su salud, la paciente fue diagnosticada con cardiopat#a isqu%omica est... dispuesta a luchar contra su esposo y la mala alimentaci,,n que se lleva en su casa	No puede realizar mucha actividad f#sica porque se siente fatigada, por lo que est... dispuesta a comenzar poco a poco	Llevar a su hijo peque#o al jard#n de ni#os y recogerlo.

Reporte de historia cl,nica e historia de vida de Ofelia

Es una Sra. de 34 a#os casada, toda su vida realiz,, actividad f#sica por as# decirlo, ya que desde los 6 a#os cruzaba la comunidad donde viv#a, #sub#a# un cerro como

ella menciona 2 horas y llegaba a la comunidad contigua para vender frutas y verduras con su mamá... en el mercado local, terminada la venta regresaba y bajaba al cerro, esto realizado diario desde los 6 hasta los 16 años que su papá... en la casa, por 7 vacas, ella refiere que durante el tiempo que vivió, en casa su alimentación era muy rica en frutas y verduras pues eso era su principal fuente de ingreso en la familia, motivo por el cual ella refiere casi nunca haber presentado algún tipo de enfermedad de la actualidad como ella menciona, sus problemas con la cardiopatía isquémica se presentaron a partir de que ella se casó, y su esposo se dedicaba a la venta de carne en el mercado local, por lo que es muy gustoso por la carne de cerdo las famosas carnitas que Doña Ofe refiere, su esposo come 3 veces por semana este tipo de alimentos y se molesta si ella incluye en la comida una sopa de verduras o un caldo de pollo con verduras, aunado a ello una vida de estrés que la Sra. lleva con sus 3 hijos, porque menciona que son unos rebeldes sin olvidar que la actividad física disminuyó, notablemente pues ahora ella solamente se dedica al hogar fueron los factores desencadenantes de la cardiopatía isquémica.

Actualmente Doña Ofe fue llevada a consulta de cardiología por presentar cardiopatía isquémica, accedió a participar en el estudio pues considera que es muy importante una buena alimentación para que ella pueda recuperarse en su totalidad, sin embargo el gran problema que ella enfrenta es que su esposo y su familia no la apoyan y desafortunadamente ella sucumbe a los antojos de la comida con alta densidad calórica al igual que con un gran aporte de grasa saturada, lo que no contribuye a su pronta recuperación. Doña Ofe atendió todos sus seguimientos y en todos mostraba la problemática de que tenía problemas con su esposo y de que ese era el principal obstáculo en el cambio de hábitos de alimentación, ya que decía que todos debían comer lo mismo y que no se iba a hacer comida especial para nadie, por lo que Doña Ofe a escondidas realizaba sus comidas cada que podía siempre y cuando no fuera vista por su esposo, desafortunadamente en esta Sra. si hubiera una disposición para cambiar sus hábitos de alimentación pero el esposo y su necesidad hacia un cambio en su

familia en cuanto a hábitos de alimentación se refiere son los principales causantes del problema.

Su peso al iniciar el estudio fue de 78 Kg, logró, descenderlo a 75.7 Kg, si n embargo le estaba costando mucho trabajo adaptarse por su esposo, por lo que volvió, a subir hasta quedarse con 77.1 kg, su porcentaje de grasa corporal comenz, con 35.5, logró, descenderla a 30% y finalmente obtuvo 34.1%, siempre mencionando que su esposo e hijos eran su principal obst...culo ya que no recibía mucho apoyo, esta paciente estuvo referida mucho tiempo en psicología para poder aprender a imponerse ante las decisiones de su esposo, desafortunadamente no se cont, nunca con sus valores bioquímicos, gran parte de la historia de vida aquí recolectada fue proporcionada por la consulta externa de psicología y cuando iba a consulta de cardiología se opt, por tomar una técnica no tanto como consulta, sino como si estuviera platicando con un familiar, los datos que esta paciente arrojaba iban siendo recolectados en una computadora ya que eran varios datos para obtener que mediante la escritura sería difícil.

Tabla 6. Cronología de adquisición de hábitos de alimentación y actividades de Jorge

Nombre: Jorge Ocupación: Caporal Edad: 35 años Estado civil: Casado			
Años	Hábitos alimentación	Actividad física	Actividades Sociales
1976-1986	Alimentado desde pequeño por su abuela, fue un niño muy querido y amado por sus abuelos que procuraban alimentarlo con los recursos que tenían, ya que su madre se olvidó de él. Refiere ser muy comelón desde pequeño y se comía todo lo que su abuela le cocinaba.	Ayudaba a su abuela en sus labores domésticas y a su abuelo en las actividades de caporal de rancho, siempre se encontraba en actividad física.	Jorge el mayor de 3 hermanos dejado por su madre con sus abuelos a los 7 años ya que su mamá no tenía ni tiempo ni dinero para cuidarlo, ya que tenía más hijos y este niño ayudaba a su abuelo a las labores de caporal en un rancho cercano, salía a jugar con sus amigos y asistía a la escuela rural.
1987-1991	Regresa con su madre a vivir y comenta que su madre le fraccionaba la comida y comía en la calle o en algunos mandados que ayudaba a las señoras, estas le pagaban con comida. Desayunaba a las 6 am en el mercado, desayunaba con una señora que vendía mole blanco, picaditas y pozole, diario tomaba licuado de plátano o de fresa o chocolate.	Siempre trabajó, por lo que siempre estuvo activo.	Muere su abuela y regresa al hogar con su madre, la cual el refería que no lo quería. Jorge trabajaba de noche de velador con su abuelo. Asistía a la escuela secundaria, la cual dejó incompleta por falta de dinero para comprar los libros a los 14 años.
1992-1996	Su alimentación siempre se basó en realizar una comida muy fuerte y una cena repitiendo lo que	Siempre realizaba trabajos de campo.	Comienza a trabajar en el rancho donde trabajaba su abuelo realizando trabajos de limpieza con el

	acostumbraba comer, ya que ya comenz,, a ganar su dinero y ya podía comer un poco m...s, ya que comenta que comer para �ol es un muy grande placer.		ganado. Su abuelo muere y cae en una tristeza terrible, ya que lo veía como un padre.
1998-2011	Al pasar de los años contrae matrimonio y no le da tiempo de realizar la comida en casa por lo que come en el rancho, a veces lo que le dan, menciona no estar acostumbrado a tomar agua natural. Debido a una alimentación alta en contenido de grasa, se le detecta cardiopatía isquémica, su esposa preocupada por su salud sigue instrucciones del médico y nutriólogo y se compromete a ponerle diario su comida, ya que refiere que tiene temor de que le pase algo.	Sus responsabilidades cada vez eran mayores, por lo que solamente montaba a caballo y supervisaba que todo funcionara correctamente.	No tenía mucha vida social, ya que no puede descuidar el rancho.

Reporte de historia clínica e historia de vida de Jorge

Jorge es un paciente que ingres,, en el estudio cuando contaba con 109 Kg de peso, 1.88 m de estatura y con 37% de grasa corporal, afortunadamente y gracias a la intervención de su esposa fue cumpliendo todos los objetivos que se le trazaban su IMC comenz,, con 30.8 y finaliz,, con 25.4, un peso de 90 Kg y un porcentaje de grasa corporal de 23.2 %, sus valores bioquímicos eran de 200 mg/dl de colesterol total, de triglic oridos tenía 280 mg/dl, de glucosa contaba con 100 mg/dl y de presión tenía 140/60 mm Hg lo que el refiere nunca haber presentado molestias, sigui,, avanzando su tratamiento médico y las

recomendaciones nutricias y finaliz,, con 150 mg/dl de colesterol total, 150 mg/dl de triglic%oridos, glucosa de 90 mg/dl y la presi,,n arterial de 110/60 mm Hg, mostrando así una gran mejoría, gracias en parte a los cuidados y apoyo de su esposa.

La historia de Jorge es un poco triste, ya que de pequeño su mam... lo dej,, con sus abuelos porque no tenía ni tiempo ni dinero para cuidarlo, ya que tenía m..s hermanitos que tambi%on requerían cuidado%o, siempre ha sentido el desprecio de su madre, por lo que a pesar de las carencias que presento con sus abuelos, siempre sinti,, que el amor y el cariño estuvieron presentes ahí, su abuelo desde pequeño hacía que lo acompañara al rancho, donde el abuelo era el caporal y Jorge realizaba alguna actividad para que con ese dinero ayudara a su familia. Al morir su abuelo este le hereda el trabajo en el rancho, por lo que tuvo que comenzar a trabajar ahí, refiere haber tenido un trabajo en el mercado local, lo cual recuerda con nostalgia y sobre todo los desayunos que ahí realizaba.

En el rancho donde trabajaba conoci,, a su ahora esposa y juntos formaron una bonita familia, de acuerdo a sus posibilidades tuvieron que realizar un hogar apartado de donde trabajaban, lo que afect,, a Jorge en sus h...bitos de alimentaci,,n ya que adquiría alimentos con alto contenido en grasa, excesivo consumo de refrescos, fumaba para evitar el cansancio, lo que lo llev,, a ocasionarle cardiopatía isqu%omica.

Tabla 7. Cronología de adquisición de hábitos de alimentación y actividades de Nancy

Nombre: Nancy Ocupación: Secretaria/ama de casa Edad: 38 años Estado civil: Viuda			
Años	Hábitos alimenticios	Actividad física	Actividades Sociales
1973-1985	Muere su madre al ser niña y nadie cuidaba su alimentación, sus hermanas mayores y padre no le prestaban mucha atención y ella refiere comer siempre lo que encontraba	Clase de deportes en la escuela	Participaba en todas las actividades escolares para no estar en su casa y sentirse sola
1985-1991	Solo desayunaba en su casa lo que encontrara y su papá le daba dinero para que comprara lo que encontrara.	Le gustaba jugar vóleibol en la secundaria y en la preparatoria, no como equipo representativo, sino en los recesos armaban partidos	En la preparatoria combinaba estudios con trabajo para ayudar a los gastos del hogar.
1992	Comienza a trabajar de secretaria en un despacho, por lo que tomaba mucho café y comía muchas galletas entre comida	Solamente caminaba de su casa a la parada del camión y de ahí a su trabajo, y al salir de su trabajo era la misma actividad, salir del trabajo caminar a la parada de autobuses y llegar a su casa.	Todas las de una joven de su edad, ella dice que siempre se ha sentido sola y anda buscando amistades que se encuentren en la calle para no estar en su casa.
1996-2001	Contrae matrimonio y junto con su esposo se turnaban para realizar la comida, ya que ambos trabajaban, su esposo menciona era antojadizo y por lo general realizaban cenas copiosas	Solo caminar a la parada de autobuses	Contrajo matrimonio a los 23 años y enviudó, a los 28, tuvo un hijo y comienza a presentar problemas económicos, su hijo siempre estuvo en la guardería, ya que ella no tenía tiempo para prepararle una alimentación correcta por estar trabajando.
2001-2011	A la muerte de su esposo, nunca regresó a comer a su casa y a su hijo siempre lo inscribió a los programas escolares donde les daban de	Nunca incorporó una actividad física a su vida	Después de la muerte de su esposo cayó en una terrible depresión por lo que nunca tuvo cuidado por su salud.

	<p>comer, ella por no tener tiempo de realizar su comida y llevársela al trabajo, comía en una taquería cercana o en una tortería cuando el tiempo era corto de comer, cuando tenía 2 horas para comer lo hacía en una fonda cercana, donde menciona la dueña cocinaba con mucha grasa y no guardaba un equilibrio en el menú que ofrecía a los comensales.</p>		<p>Fue diagnosticada con cardiopatía isquémica y referida al área de cardiología del hospital general del sur de Puebla.</p> <p>Ella menciona que solo quiere un medicamento, ya que no tiene tiempo de realizar su dieta.</p>
--	---	--	--

Reporte de historia clínica e historia de vida de Nancy

Nancy es una paciente que con dificultad aceptó, a participar en el estudio, sin embargo hizo el intento por seguir las indicaciones, cuando llegó, tenía un peso de 68 kg, una estatura de 1.58 m y un porcentaje de grasa corporal de 38%, conforme fue avanzando el estudio comenzó, lentamente a disminuir su porcentaje de grasa porque según ella iba lenta pero segura y si podía llevarlo, desafortunadamente por su trabajo, factores económicos, horarios y estrés laboral no continuó, con el tratamiento indicado.

Comenta que estaba cómoda viviendo sin preocupaciones pero tener que despertar más temprano de lo usual para la preparación de sus alimentos, le causó, con conflicto y abandono, el tratamiento. Menciona que tiene un trabajo demandante y con ello episodios de ansiedad que calma comiendo galletas.

Sus valores químicos reportaron los siguientes datos la primera vez que acudió: colesterol total 250 mg/dl, triglicéridos 270 mg/dl, glucosa 120 mg/dl y presión arterial 130 mm Hg, la paciente comenzó, muy bien, sin embargo cuando se le

indicaba que fuera a tomarse sus pruebas bioquímicas no lo hacía, siempre prometía que la próxima vez que tuviera consulta lo haría pero nunca lo hizo.

Nancy es una mujer que ha sufrido muchas pérdidas cuando era pequeña a su madre, por lo que se refugió en la comida para llenar ese vacío fue cuidada por su padre y sus hermanas, conforme fue creciendo siempre buscaba amistades que estuvieran en la calle, ya que no le gustaba estar en su casa y siempre sentía una sensación de vacío inexplicable, las amistades que ella frecuentaba siempre se encontraban consumiendo alcohol por lo que el consumo de este era regular y lo hacía para olvidarse de sus problemas, con el paso de los años contrae matrimonio y desafortunadamente su esposo muere dejándola sola y sin ningún apoyo económico, por lo que se ve en la necesidad de trabajar arduamente para la manutención de su hijo, ya que refiere estar sola y ese ser su obstáculo para el cambio de hábitos de alimentación.

Tabla 8. Cronología de adquisición de hábitos de alimentación y actividades de Cristina

Nombre: Cristina Ocupación: Estudiante Edad: 19 años Estado civil: Soltera			
Años	Hábitos alimentación	Actividad física	Actividades Sociales
1992-2002	Desde pequeña siempre fue muy inquieta por lo que para mantenerla tranquila su mamá, hermanas y abuelas le daban golosinas y frituras para mantenerla callada. Se llenaba en la escuela de frituras y en ocasiones vendía el lunch que le prepara	Menciono, no realizar actividad física, siempre estar sentada viendo televisión comiendo frituras en la tarde, en las clases de educación física se escondía en los baños y no hacía deporte, nunca le ha gustado realizar educación física.	Menciona siempre ser introvertida y prefería estar en su casa, por lo que tenía problemas con su mamá...
2002	A los 10 años y en consulta con el pediatra se le recomienda que lleve una dieta para reducción de peso, por lo que su mamá... la somete a una dieta hipocalórica que recortó de una revista	Por órdenes del doctor se le recomendó comenzar a caminar todos los días, por lo que comenzó a caminar todas las tardes 15 minutos junto con su mamá..., desafortunadamente desertó muy rápido argumentando se perdía de sus programas favoritos.	Iba a taller de manualidades en su escuela por las tardes.
2002-2007	Cansada de las dietas de revista de su mamá... vuelve a comer sin moderación por lo que aumenta mucho de peso y grasa corporal	Nula	Dejó el taller de manualidades y prefería dormir.
2007	Preocupada por su peso y porque se acercaba la fecha de sus 15 años acude con un bariatra y con una cosmetóloga a que le haga masajes reductivos, el bariatra le manda una dieta y medicamentos, ella opta solo por tomar el medicamento y por los	Se inscribe a clases de aeróbicos pero al mes deserta porque no le gusta sudar.	concentraba todas sus energías en su fiesta de 15 años

	masajes reductivos, menciona que el estar a dieta solo le causa ansiedad y le da flojera estar contando lo que come.		
2008-2011	Pasando la fiesta de sus 15 años todo vuelve a la normalidad y abandona el medicamento indicado por el doctor, así como las cremas tórmicas que le había recomendado la cosmetóloga, vuelve a satisfacer sus antojos. Es referida en el 2011 al ...rea de cardiología por presentar los síntomas de cardiopatía isquémica a su corta edad.	Vuelve nuevamente a pasar sus tardes sentadas frente al televisor viendo las novelas de su preferencia.	Sale con sus amigas al cine y come muchas golosinas, por lo general lo hace saliendo de clases, porque si su mamá la ve, la regaña y molesta.

Reporte de historia clínica e historia de vida de Cristina

Cristina comenzó, su peso con 79 Kg, una estatura de 1.65 m y un porcentaje de grasa del 37.2%, muy alto para ella, ya que debería tener entre 20 y 26% de grasa, tiene un IMC de 29 lo que indica sobrepeso, conforme fue avanzando su tratamiento comenzó, a mostrar resultados lentos, pero progresivos, sin embargo después mostró, mucha apatía y refirió, que no podía y que le estaba costando trabajo reducir los síntomas de su cardiopatía, así como la modificación de hábitos.

Sus valores bioquímicos fueron los siguientes: colesterol total: 321 mg/dl, triglicéridos: 270 mg/dl, glucosa: 130 mg/dl y presión 130/80 mmHg, solamente se realizó, otra toma de valores bioquímicos más, ya que se mostraba apática y sus valores iban bien: colesterol total: 250 mg/dl, triglicéridos: 180 mg/dl, glucosa: 100

mg/dl y de presión 120/60 mm Hg, sin embargo después de esa prueba bioquímica dijo que ya no quería ser conejo y comer lechuga.

Cristina es una paciente muy hiperactiva, así lo señala que ha sido así desde pequeña, por lo que para mantenerla quieta le daban golosinas y la dejaban comer todos los alimentos que ella pedía con el paso de los años fue subiendo notoriamente de peso, hasta que su mamá...preocupada por su peso comenzó a darle dietas que encontraba en las revistas, que solo hacían que Cristina comenzara a desesperarse y a odiar las dietas.

Generalmente suele ser un poco introvertida, ya que no siente confianza con su físico, sin embargo siempre está comiendo, menciona que tiene pocas amigas y lo que hace con ellas es ir al cine y comer lo que se le antoje sin que su mamá la regañe.

Cuando cumplió 15 años su mamá la llevó con un bariatra y con una cosmetóloga para que le hicieran masajes reductivos con el fin de que bajara de peso y se viera delgada para sus 15 años, sin embargo pasa su fiesta de 15 años y ella vuelve a comer sin control, por lo que nuevamente preocupada acude con la cosmetóloga para que le dé un gel térmico o una crema donde pueda bajar rápidamente de peso. Refiere que las dietas le generan ansiedad y se enoja mucho cuando le restringen cierto tipo de alimentos, sin embargo tratar... de hacer el esfuerzo, pero no promete nada, es la frase que siempre utiliza en las consultas.

CAPÍTULO V. DISCUSIONES

Durante el estudio se atendió un total de 8 pacientes, 3 del sexo masculino y 5 del sexo femenino quienes acudieron a la unidad de hemodinamia del hospital General del Sur del Estado de Puebla y cumplieron con los criterios de inclusión.

A través del análisis de los resultados obtenidos en el presente estudio se pudo observar que la modificación de hábitos de alimentación en pacientes con cardiopatía isquémica sigue siendo un problema latente en este tipo de pacientes y que se presenta en ambos sexos, sin distinción de estado civil o clase social.

Con este trabajo se hace resaltar que en los cardiopatas no solo se debe tomar en cuenta la presencia de la cardiopatía como tal, sino que sus repercusiones a mediano o largo plazo son el resultado de una alimentación buena o deficiente, trayendo además como consecuencia un gran costo para los pacientes que lo presentan así como para el gobierno que tiene que incrementar el gasto en los medicamentos.

Tal y como mencionan A. Calleja Fernández et al en el artículo Modificación de los hábitos alimentarios del almuerzo en una población escolar. Se ha observado que el colectivo escolar español no sigue las pautas de la dieta mediterránea, por lo que tendrá que quedarse prioridad a las campañas de instauración de hábitos dietéticos saludables. A través de la intervención nutricional para mejorar los hábitos alimentarios del escolar se ha observado en este estudio que los niños que reciben educación nutricional mejoraban las características de la dieta, alcanzando así el patrón de la dieta mediterránea.

En este estudio se encontró que la mayoría de los pacientes tienen creencias adquiridas a lo largo de su vida sobre lo que es una alimentación saludable y correcta así como la formación que han podido tener en sus hábitos de alimentación, al darles la orientación alimentaria y darles a conocer las características de una dieta correcta así como ejemplos de alimentos que deben

sustituir la mayoría de los pacientes refiere que las ideas y conocimientos sobre alimentación saludable y buenos hábitos de alimentación fueron adquiridos en su gran mayoría en la infancia y lo que sus padres o abuelos les indicaban que para ellos era lo correcto. Los pacientes proponen que las escuelas sean educadoras en nutrición al igual que se realicen campañas y se haga énfasis en la niñez mexicana ya que ellos por no saber presentan cardiopatía isquémica

Así mismo en Madrid la Universidad Complutense realizó un estudio con mujeres que presentaban sobrepeso y al mencionar los hábitos de alimentación adquiridos a lo largo de su vida se puede observar que crecieron con una idea sobre los 'alimentos aconsejables' y 'alimentos correctos'.

Los estudios han sido múltiples (MADRAZO RIOS J.M y MADRAZO MACHADO A.M, actuales factores de riesgo aterogénico en la génesis de la cardiopatía isquémica: problemática epidemiológica mundial, MACMILLAN. K. N Evaluación del estado nutricional, hábitos de alimentación y actividad física en escolares de 12 años de la Isla de Pascua. SOLORIO, S.[et al]. Cardiopatía isquémica en mujeres mexicanas.

Sin embargo en su mayoría los pacientes no siguen al pie de la letra las indicaciones dadas por el profesional de la salud, es por eso que se sugiere en este estudio que se enfoque más en una cultura de la prevención y una educación nutricional, es importante tomar las características de cada población y la manera en que la cardiopatía isquémica se presenta en cada paciente.

En cuanto al nivel socioeconómico todos los pacientes pertenecen a un nivel bajo; pero dentro de este mismo, se aprecian diferentes tipos de nivel bajo, dependiendo del mayor o menor acceso a servicios básicos y consumo de bienes que integran a las familias de los pacientes al proceso del desarrollo.

Es ahí donde se obtuvo que los pacientes con el más bajo nivel económico tuvieron dificultades para poder adquirir los nuevos 'productos' como ellos los llamaban para comenzar a modificar sus hábitos de alimentación, siendo este otro obstáculo para la modificación de hábitos de alimentación.

En el Hospital General del Sur de la Ciudad de Puebla los pacientes acuden de todo el estado como su nombre lo indica, por lo que algunos pacientes de este estudio provenían de comunidades no muy cercanas a la ciudad donde se podría pensar que tendrían mayor dificultad al momento de querer cambiar de hábitos de alimentación por la disponibilidad a ciertos alimentos por su disponibilidad o por su costo, sin embargo estas personas fueron las que cambiaron sus hábitos a pesar de las dificultades presentadas y las más preocupadas por su salud, por otro lado se encontró también que las personas que radican en la ciudad de Puebla fueron las que se resistieron al cambio de hábitos de alimentación, a pesar de que su acceso económico era mejor en comparación de otros pacientes.

Por otro lado se encontró también que los pacientes que presentaron modificación en sus hábitos de alimentación fueron pacientes masculinos, cuyas esposas estuvieron pendientes de su alimentación y cuidados así como las indicaciones dadas en la consulta. Las pacientes del sexo femenino no presentaron cambios, sus motivos: concuerdan con su estilo de vida actual aunque ello represente un problema a su salud, no tenían el tiempo para preparar sus alimentos o realizar sus compras debido a la jornada laboral que presentaban, una paciente refirió tener que estar apegada a las órdenes que su esposo dictaba en el hogar, por lo que no contó con el apoyo de su familia para poder realizar este cambio en los hábitos de alimentación, otras más simplemente por apatía o por querer ver rápidos resultados.

En los pacientes que se encontraban casados o que contaban el apoyo con sus parejas fue más fácil llevar a cambio esta modificación que a los que se encontraban solteros, viudos o no tenían un apoyo, ya que el que alguien está

preocupado por la alimentaci3n y este realizando motivaci3n constante es una pieza clave en la modificaci3n de h...bitos de alimentaci3n.

La familia es otro factor importante en la modificaci3n de h...bitos de alimentaci3n, ya que si el paciente es el que presenta la patologfa y la familia no lo apoya y le presenta alimentos que da^an su salud o no recibe la motivaci3n para seguir adelante y asf erradicar su problema, no cambiar... por ningun motivo aunque el tratamiento este dise^ado para lograr un beneficio a la salud, tal como se menciona en CEBALLOS G. [et al] Influencia de la din...mica familiar y otros factores asociados al d%oficit en el estado nutricional de preescolares en guarderfas del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Jalisco (24) y en DOMINGUEZ V. [et al] Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relaci3n con la obesidad infantil.(25), la familia es pieza clave en la formaci3n de conductas y h...bitos alimentarios que el paciente adquiere desde su infancia y perduran hasta la vida adulta

Lo anterior concuerda con un estudio realizado en la Universidad de Cauca Popay...n, Colombia donde la presencia de Enfermedades Cardiovasculares era mayor en personas solteras o personas que se encontraban divorciadas, presentando mayor apoyo las personas que vivfan en pareja o con algun familiar y asf poder modificar los factores de riesgo este fltimo grupo.

Por otra parte en la Universidad de Playa Ancha, Valparafo, Chile en conjunto con la Corporaci3n Municipal de Salud, Valparafo, Chile se realiz3 un estudio, donde se observ3 que un grupo de alumnos asociaban correctamente el alimento con sus beneficios para el cuerpo, pero en la colocaci3n preferfan y llevaba alimentos altos en sal, azfcar y grasa saturada, lo que se podfa asociar al efecto que la publicidad y los medios de comunicaci3n ejercen en la elecci3n de %stos. Muy similar a lo que los pacientes incluidos en este estudio mencionaban en sus historias de vida que consumfan los alimentos de f...cil adquisici3n.

Este estudio menciona adem...s que la elecci,n de los alimentos, los medios de comunicaci,n y la publicidad de %ostos tienen una gran influencia al momento de escoger lo que se consume, ejerciendo un rol decisivo por sobre los conocimientos de las caracter¼sticas saludables o no de los alimentos.

Se encontr,, adem...s que el rol de la familia es fundamental para desarrollar h...bitos y conductas saludables; el problema es que los h...bitos y conductas de los padres, tambi%on se ven influenciadas por los medios de comunicaci,n y la publicidad. En el desarrollo de h...bitos saludables y cambios en la alimentaci,n y nutrici,n de los niños, el rol de los padres y el estilo de vida de la familia ser...n decisivos para enfrentar la epidemia de la obesidad, los niños imitan lo que ven de sus padres, por lo cual, los conocimientos y conductas de los padres es fundamental para la elaboraci,n de los patrones alimentarios de los hijos. Tal y como se menciona en este estudio la familia es pieza clave en la formaci,n de h...bitos de alimentaci,n desde la infancia.

Cabe mencionar que los pacientes son referidos a diversas ...reas dentro del hospital, una de ellas es el ...rea de psicología, en ocasiones los pacientes en la consulta nutricia no revelan tanta informaci,n, así que como estrategia para ampliar m...su historia de vida se tomaban datos referidos en la consulta con el ...rea de psicología, esto tom...ndolo como base para hacerle preguntas o mencionar el tema y el paciente fuera comentando acerca de alg¼n suceso en especial de su vida.

Una limitaci,n del estudio fue que algunos valores bioqu¼micos fueron extraviados por parte de alg¼n otra ...rea del hospital por ejemplo si era de sexo femenino el paciente, se refer¼a tambi%on a ginecología, en una ocasi,n se perdieron unos valores bioqu¼micos, por otro lado algunos pacientes se les indicaba que ten¼an que tomarse pruebas bioqu¼micas necesarias para un mejor tratamiento para su enfermedad, sin embargo algunos no lo realizaron porque no le tomaron la importancia necesaria y es ah¼ donde su expediente se ve incompleto, algunos no

hicieron las pruebas bioquímicas porque les quedaba muy lejos el hospital, ya que provenían de alguna localidad y aprovechaban el día de la consulta con cardiología para hacer todas las pruebas y consultas necesarias.

El poder adquisitivo de cada paciente también es un factor importante ya que esto influir... en la adquisición de nuevos productos que tal vez el paciente no está... acostumbrado a consumir, sin embargo dependiendo la situación económica de cada paciente se fue ajustando de tal manera que los productos que se le aconsejara adquiriera estuvieran a su alcance o los alimentos que consumía podría intercambiarlos por otros para así ir facilitando su cambio, cabe mencionar que los cambios no se daban de la noche a la mañana, sino de manera gradual, lo que se explicó a los pacientes y que era un trabajo en equipo donde el personal de salud ponía la mitad del esfuerzo con los conocimientos y la otra mitad le correspondía al paciente con su disciplina y constancia, sin embargo al analizar las historias de vida de cada paciente se fueron descubriendo ciertos factores que hacen ver más allá de los motivos de cada paciente, nos muestra la realidad en la que viven, así como la familia que tienen y el apoyo que esta les da como ya se mencionó, gustos y preferencias, trabajo, actividades y algún otro obstáculo que impida la modificación de hábitos de alimentación.

CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES

En la presente investigación se llega a la conclusión de que el principal obstáculo para la modificación de hábitos de alimentación en pacientes con cardiopatía isquémica es la falta de interés, ya que los pacientes se sienten cómodos con el estilo de vida que llevan así como la búsqueda a una solución fácil a su padecimiento como lo es la toma del medicamento indicado por el médico siendo esta su única solución sin darle importancia a la parte alimentaria, por otro lado, la modificación de hábitos de alimentación representa un total cambio que ellos no están dispuestos a hacer.

Se ha de tomar en cuenta que también existen factores económicos, educacionales, físicos, sociales, psicológicos, alimentarios y culturales, que influyen para esta modificación de hábitos de alimentación, pero el factor que más se repite es ~~la~~ la flojera a cambiar totalmente su alimentación, les representa algo que sale de su zona de confort y que implicaría una serie de transformaciones que afectarían de cierta forma su estilo de vida, tiempo y dinero.

Hay que reconocer que en cada caso clínico aquí presentado existe una historia de vida que permite ver más allá de ~~la~~ la flojera que presenta cada paciente, dando así una explicación mucho más amplia y observar el contexto en el cual se está desarrollando la enfermedad del paciente, ver los inicios de la enfermedad, así como en qué momento de su vida aparece y cuáles fueron los factores detonantes de esta.

La base primordial de la investigación es concientizar al equipo de salud que trabaja en la unidad de hemodinamia o en el hospital a reconocer que todo lo que se logre en cuanto a la disminución de los síntomas de la enfermedad depende mucho de una correcta elaboración de historia de vida del paciente. Teniendo con ello un avance en cuanto a la correcta aplicación del tratamiento médico y nutricional, así como las recomendaciones y estrategias adecuadas para cada paciente, evitando así la presencia de obstáculos.

A través del proceso que la investigación siguió, se determina que la educación, la prevención y la participación de la medicina social son las mejores estrategias con las que se cuenta para favorecer el correcto desarrollo de hábitos de alimentación.

Dentro de las limitaciones encontradas en este estudio se tiene que: el área de hemodinamia es una unidad relativamente nueva y aún faltan detalles por hacer así como consultorios donde tener el material adecuado de nutrición, por lo que se tuvo que improvisar un consultorio y cada que se tenían los seguimientos llevar el material necesario para la elaboración de esta consulta, sin embargo esto no impidió que el estudio se llevara a cabo, siempre con la colaboración del personal que ahí trabaja y de los pacientes que participaron en el estudio.

Pese a las limitaciones mencionadas, la realización del estudio se llevó a cabo sin contratiempos de ningún tipo, ya que afortunadamente se contó con el apoyo incondicional y la ayuda de los Jefes de la unidad de hemodinamia del Hospital General del Sur de la ciudad de Puebla, así como la aceptación por parte de los pacientes para asistir a los seguimientos y participar en el estudio.

La medicina social es una rama de la medicina mediante la cual si se tomara más en cuenta o se aplicara en los hospitales ayudaría mucho a mejorar en tratamientos de los pacientes, por lo que se debería incorporar dentro de cada institución de salud.

REFERENCIAS

1. VELAZQUEZ MONROY O. [et al] Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón y cerebrovascular en México. Archivos de Cardiología de México, [en línea] enero/marzo 2007. No. 77 (1), pp 31-39. <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402007000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1405-9940. [3 junio 2011]
2. Programas de Salud Nacional [en línea] <http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/index.html> [2011, 20 de junio]
3. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. [base de datos en línea] México: Instituto Nacional de Salud Pública. 2006, <<http://www.insp.mx/ensanut/>> [2011, 13 de junio].
4. SHAPIRO, M. Infarto agudo del miocardio, México, C.E.C.S.A, 1983, 983 p.
5. MADRAZO RIOS J.M y MADRAZO MACHADO A.M. Actuales factores de riesgo aterogénico en la enfermedad de la cardiopatía isquémica: problema epidemiológico mundial. Revista cubana de investigación biomédica, [en línea. Abril 2005 , No.24 (2) <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002005000200010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-0300. [3 junio 2011]
6. L. MARTIN [et al]. Cardiopatía isquémica. Angina de pecho, infarto del miocardio, España, Ediciones Norma,1998, 729 p.
7. DIEZ CAMPELO MARIA [et al]. Manual terapéutico, España, Ediciones Universidad Salamanca, 2008, 455 p.
8. CASANUEVA ESTHER [et al]. Nutriología Médica. México. Editorial Médica Panamericana, 2008, 822 p.
9. MIJAN de LA TORRE, A. Nutrición y metabolismo en trastornos de la conducta alimentaria, España, Editorial Glosa, 2004, 534 p.

10. RODRIGUEZ RODRIGUEZ E. [et al]. Hábitos alimentarios y su relación con los conocimientos, respecto al concepto de dieta equilibrada, de un colectivo de mujeres jóvenes con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 2007. Vol.22(6):654-60
11. MACMILLAN. K. N. Evaluación del estado nutricional, hábitos de alimentación y actividad física en escolares de 10 años de la Isla de Pascua. *Revista Chilena de Nutrición*. 2005. Vol. 32 (3): 232-237.
12. DIAZ-REALPE, J. [et al] Factores de Riesgo para Enfermedad Cardiovascular en Trabajadores de una Institución Prestadora de Servicios de Salud, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 2007, Vol.9 (1): 64-75.
13. POLIT Y HUNGLER. Investigación científica en ciencias de la salud. México. Editorial Mc Graw Hill. 2005, 715p.
14. SAMPIERI HERNANDEZ R. [et al] Metodología de la Investigación. México. Editorial Mc Graw Hill, 2006, 850p.
15. PARDO DE VELEZ G. Y CEDEÑO COLLAZOS M. Investigación en salud. Factores sociales. Colombia. Editorial Mc Graw Hill-Interamericana 1997, 344p.
16. MAGALHÃES B.M. Y MERCADO F.J. Investigación cualitativa en los servicios de salud. Argentina. Editorial Lugar. 2007, 448 p.
17. VASILACHIS DE GIALDINO et al. Estrategias de investigación cualitativa. Argentina. Editorial Gedisa. 2007, 277 p.
18. MEJIA R. Y SANDOVAL S.A. Tras las vetas de la investigación cualitativa. Perspectivas y acercamientos desde la práctica. México. Iteso. 2003, 265 pp.

19. RUIZ OLABUFGA J. Metodología de la investigación cualitativa. España. Editorial Deusto. 2012, 339 p.

20. VELAZQUEZ, O. [et al], Morbilidad y mortalidad de la enfermedad isquémica del corazón, Archivos de cardiología de México. [en línea], 2007, No. 1 [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-99402007000100005&script=sci_arttext] [2012, 2, febrero].

21. CHAVEZ, D. R [et al] La cardiopatía coronaria en México y su importancia clínica, epidemiológica y preventiva, Archivos de cardiología de México [en línea], 2003, No. 2 [http://www.medigraphic.com/pdfs/archi/ae2003/ac032c.pdf] [2012, 8, febrero].

22. SOLORIO, S. [et al]. Cardiopatía isquémica en mujeres mexicanas, Archivos de Cardiología de México, 2007, No.3 [http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/581/58113236007.pdf] [2012, 8 febrero].

23. CAMACHO, H, R. Factores de riesgo para cardiopatía isquémica en México: un estudio de casos clínicos y testigos, Archivos del instituto de cardiología de México, 1995, 65 (4) : 315-322, julio-agosto, 1995.

24. CEBALLOS G. [et al] Influencia de la dinámica familiar y otros factores asociados al déficit en el estado nutricional de preescolares en guarderías del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF) Jalisco. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex. 2005, 62 (2) mar./abr.

25. DOMINGUEZ V. [et al] Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2008. 58 (2) 5: 249

ANEXO 1. TÉCNICA DE MEDICIÓN ANTRÓPOMÉTRICA

La técnica de medición deberá observarse de manera tan escrupulosa como sea posible para evitar el mayor número de errores. Es recomendable que el procedimiento lo lleven a cabo dos personas y que cada observación se realice por duplicado. En caso de existir una diferencia mayor al intervalo de confianza de los observadores, la medición se debe repetir (8).

Estatura

La medición se realiza por medio de un estadiómetro, con el sujeto de pie y sin zapatos ni adornos en la cabeza que dificulten la medición. Antes de la lectura, el observador debe cerciorarse de que el individuo se mantenga en posición de firmes, de modo que los talones estén unidos a los ejes longitudinales de ambos pies y guarden entre sí un ángulo de 45 grados. Los brazos deben colgar libre y naturalmente a lo largo del cuerpo, la cabeza debe mantenerse de manera que el plano de Frankfort se conserve horizontal. El observador solicitará al sujeto que contraiga los glúteos y estando frente a él, colocará ambas manos sobre el borde inferior del maxilar inferior del explorado, ejerciendo una mínima tracción hacia arriba, como si deseara estirarle el cuello. (Maniobra de Tanner). La persona que auxilia es quien realiza la medición, aproximándola a milímetros; para ello cuidará que la plancha cefálica del aparato se encuentre adosada sobre el mismo y esté horizontal al plano de medición (8).

Peso

La báscula se debe encontrar en una superficie plana, horizontal y firme. Antes de iniciar las mediciones se comprobará su buen funcionamiento y, por lo menos una vez a la semana su exactitud, empleando para ello un juego de pesas previamente taradas (8).

En niños de más de 12 kilogramos de peso y obviamente en adultos, se utilizar... una báscula clínica. Las pesadas se deben realizar teniendo al sujeto con el mínimo de ropa (descontando el peso de la ropa utilizada) y después de haber evacuado y vaciado la vejiga, de preferencia en ayuno. Se debe cuidar que los pies del sujeto ocupen una posición central y simétrica en la plataforma de la báscula (8).

Índice de masa corporal

Un índice para la evaluación antropométrica es el de Quetelet también conocido como índice de masa corporal (IMC), que fue descrito y publicado por L. Adolph Quetelet en 1871. Se basa en la observación de que una vez que el crecimiento ha terminado, el peso corporal de individuos de uno y otro sexo es proporcional al valor de la estatura elevada al cuadrado: $\text{peso en Kg} / (\text{estatura en m})^2$. Una de las principales ventajas del IMC es que no requiere del uso de tablas de referencia (8).

Circunferencia de la cintura

La medición se realiza... estando el sujeto en ayuno. Se recomienda que utilice ropa muy delgada para garantizar un procedimiento adecuado. El individuo debe estar de pie, con los pies juntos y el abdomen relajado, los brazos a los lados y el peso repartido en forma equitativa entre ambos pies. Se identifican la parte más baja de las costillas, las crestas iliacas a nivel de la línea axilar media y se realiza la medición del perímetro de la cintura entre estos dos puntos (a la altura de la cicatriz umbilical) (8).

ANEXO 2. CARTA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

OBSTÁCULOS PARA LA MODIFICACIÓN DE HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN EN UN PACIENTE CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA.

Lugar y Fecha: _____

Consentimiento informado

Usted está... siendo invitado a ingresar a un estudio de investigación clínica el cual tiene la finalidad de identificar obstáculos que impiden que un paciente con cardiopatía isquémica cambie sus hábitos de alimentación,

Antes de aceptar participar en este estudio, usted debe conocer los riesgos y beneficios para poder tomar una decisión informada.

Es necesario que usted y una persona de confianza o un familiar, lean con detenimiento la siguiente información, en caso de tener alguna duda, consúltelo con el investigador responsable de este estudio.

Una vez enterado del estudio, se le tomarán mediciones antropométricas y preguntas a realizar, se le pedirá... que firme este formato para ingresar al estudio, la decisión de formar parte en este estudio es voluntaria, esto significa que es libre de decidir si ingresa al estudio o no, así mismo, en caso de que así lo desee puede abandonar el estudio en el momento que considere oportuno y la negativa de hacerlo no afectará su atención médica en esta institución.

La nutrióloga del estudio puede retirarlo (a) de la investigación por cualquier razón que considere prudente, se le comunicará toda información nueva de modo que pueda decidir si desea continuar en el estudio o abandonarlo.

Si usted decide abandonar el proyecto, deber... comunic...rsele a la nutri,,loga o al personal capacitado. Quienes le pedir...n acuda a una visita final por seguridad.

Confidencialidad

A menos que la ley lo requiera, solo el nutri,,logo del estudio y el equipo de trabajo tendr...n acceso a la informaci,,n del paciente, los resultados que se deriven de este estudio podr...n ser publicados, sin embargo, usted estar... identificado por sus iniciales o por el número de paciente de esta informaci,,n.

Participaci,,n

Despu os de aceptar participar en este estudio, el paciente deber... acudir a esta unidad cada 15 días en un tiempo aproximado de 70 días, las consultas ser...n cada 15 días y de ser necesario se le tomar...n las medidas antropométricas correspondientes, a modo de llevar un registro y seguimiento del estudio.

Riesgo

Cabe señalar que este estudio no implica un daño o un riesgo a su salud, no afectara ningún sistema u órgano del cuerpo, por lo cual usted permanecer... en completa salud con este estudio. Así mismo le garantiza que no interferir... con la enfermedad que presenta actualmente y por la cual se encuentra acudiendo a esta unidad

Para recibir cualquier tipo de informaci,,n sobre el estudio pueden contactar en cualquier momento a la L.N.C.A Mirell Jara S...nchez al teléfono (222)1 99 90 91
No firme este formato a menos que usted haya tenido la oportunidad de hacer preguntas y de que haya obtenido respuestas satisfactorias a todas sus preguntas.

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma del testigo

Nombre y firma del investigador responsable

ANEXO 3. HISTORIA CLÍNICA

DATOS GENERALES		
Fecha:		
Llena los datos que se te presentan a continuación		
Nombre:	edad:	a...os
Teléfono:	e-mail:	
Estado civil:	ocupación:	
Fecha de nacimiento:		
ANTECEDENTES HEREDOTERAPIA FAMILIARES		
Marca con una x en el paréntesis la opción que el paciente mencione		
Patologías		
Hipertrigliceridemia ()	diabetes ()	cardíaca ()
HTA ()	hipoglucemia ()	hipercolesterolemia ()
↑ ácido úrico ()	otros:	
Cirugías:		
ANTECEDENTES PERSONALES		
Marca con una x en el paréntesis la opción que el paciente mencione		
Obesidad ()	hipertrigliceridemia ()	cardíaca () hipercolesterolemia ()
HTA ()	↑ ácido úrico ()	otros:

Encuesta dietética		
Fecha:		
Recordatorio de 24 horas (anotar hora, alimentos y cantidades consumidas)		
Desayuno:	Equivalentes	Kcal consumidas
Š mañana		
Comida		
Š tarde:		

Cena:		
H...bitos alimentarios:		
a) Cu,ntas comidas realiza en el d,a:		
b) Acostumbra a comer entre comidas: si() no ()		
Qu^ alimento s:		
Ejercicio que realiza:		Tipo:
Frecuencia:		Tiempo:
Frecuencia de alimentos:		
Verduras :		Yogurth : /7
Jitomate /7	chayote /7	zanahoria /7
Lechu ga /7	pepino /7	col /7
Frutas:		Refresco : /7
Manzana /7	pl,,tano /7	naranja /7
Uvas /7	melfn /7	papaya /7
		Az%ocares: /7
		Otros:
Cereales y Tub^rculos:		
Pan /7	Pasta /7	Tortilla /7
		Papa /7
		Arroz/7
Galletas /7		
Alimentos de Origen Animal:		
Huevo /7	Queso /7	Res /7
		Pollo /7
		Pescado /7
		Cerdo /7
Leguminosas		
Frijoles /7	Habas /7	Lentejas /7
		Alverjones /7
		garbanzo /7
		alubia /7
Aceites y Grasas		
Aguacate /7	Nueces/7	Almendras /7
		Manteca /7
Aceite de oliva /7	Aceite de maız /7	

ANEXO A.1. EVALUACIÓN DE LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN

Evaluación de los hábitos de alimentación :

Marque con una x la opción que se apegue a la realidad:

Consumo frutas y verduras:

5 veces a la semana () 2-3 veces a la semana () 1 vez a la semana () Nunca ()

Consumo agua natural:

Diario () A veces () No me gusta el agua ()

Consumo comida rápida frecuentemente

Muy de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo, ni en desacuerdo () En desacuerdo ()

Muy en desacuerdo ()

Centro toda mi atención a la hora de escoger mis alimentos:

Muy de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo, ni en desacuerdo () En desacuerdo ()

Muy en desacuerdo ()

Mi familia me apoya comiendo siempre lo mismo que yo

Muy de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo, ni en desacuerdo () En desacuerdo ()

Muy en desacuerdo ()

Como saludable todos los días de la semana:

Siempre () Nunca () Ocasionalmente ()

Me he sentido mejor en cuanto a mi enfermedad desde que cambie mis hábitos de alimentación

Muy de acuerdo () De acuerdo () Ni de acuerdo, ni en desacuerdo () En desacuerdo ()

Muy en desacuerdo ()

ANEXO LISTA DE ALIMENTOS A SUSTITUIR

EVITAR	SUSTITUIR
Tamales	Sándwiches de pan integral
Refresco	Agua fresca de fruta natural
Antojitos mexicanos	Tacos de pollo sin freír, quesadillas sin freír
Pan de dulce	Pan tostado con 1 cdita de miel
Jugos industrializados	Agua natural
Alimentos capeados	Alimentos asados o cocinados con poco aceite
Leche entera	Leche semi o descremada
Huevo	Preferir las claras

ANEXO 6 EVALUACIÓN DE SERVICIO

Evaluación de Servicio :

Marque con una x la opción que desee

Mi relación con el médico es:

Buena () Regular () Mala ()

Mi relación con el nutricionista es:

Buena () Regular () Mala ()

La explicación y las recomendaciones que me dan en consulta son:

Buena () Regular () Mala ()

Describe en 5 renglones cuales son los mayores impedimentos en el cambio de tus hábitos de alimentación

ANEXO 7. IDENTIFICACIÓN DE OBSTÁCULOS

Fecha:

Marque con una x la opción que el paciente indique :

- La preparación de los alimentos es:

Fácil difícil ni lo intento

- La explicación que me da el personal de salud es:

Fácil difícil no entiendo

- Mi disponibilidad a cambiar mis hábitos de alimentación es:

Buena mala no me importa

- El apoyo que me da mi familia al modificar mi alimentación es:

Bueno malo no me apoyan

- Mi preferencia hacia otros alimentos es:

Nula cierta sigo igual

- Mi religión me permite cambiar mis hábitos de alimentación

Cierto falso no tengo religión

.