

ESTRATEGIA EDUCATIVA “TU CUERPO TE HABLA” DIRIGIDA A PERSONAS EN
PROCESO DE RESOCIALIZACIÓN CON ANTECEDENTE DE HABITANZA DE Y EN
CALLE PARTICIPANTES DEL PROYECTO GRANJA DE LA ALCALDÍA DE MEDELLÍN
UBICADO EN EL MUNICIPIO DE BARBOSA ANTIOQUIA

SANDRA MILENA PÉREZ CASTAÑO
MÓNICA MOSQUERA PEREA
ELIZABETH BEDOYA DUQUE

ASESOR:

Andrés Mauricio Zapata Vélez

Facultad de Medicina, Salud Pública
Especialización en promoción y comunicación para la salud
Universidad CES
Medellín
2022

ESTRATEGIA EDUCATIVA “TU CUERPO TE HABLA” DIRIGIDA A PERSONAS EN
PROCESO DE RESOCIALIZACIÓN CON ANTECEDENTE DE HABITANZA DE Y EN
CALLE PARTICIPANTES DEL PROYECTO GRANJA DE LA ALCALDÍA DE MEDELLÍN
UBICADO EN EL MUNICIPIO DE BARBOSA ANTIOQUIA

SANDRA MILENA PÉREZ CASTAÑO
MÓNICA MOSQUERA PEREA
ELIZABETH BEDOYA DUQUE

Trabajo de grado presentado como requisito para optar el título de Especialistas en
Promoción y Comunicación para la Salud

ASESOR:

Andrés Mauricio Zapata Vélez

Facultad de Medicina, Salud Pública
Especialización en promoción y comunicación para la salud
Universidad CES
Medellín
2022

CONTENIDO

| | Pag |
|--|-----|
| 1 RESUMEN Y PALABRAS CLAVES..... | 6 |
| 1.1 Abstract..... | 7 |
| 2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 8 |
| 2.1 Planteamiento del problema..... | 8 |
| 2.2 Justificación de la propuesta..... | 10 |
| 3 MARCO TEÓRICO..... | 12 |
| 3.1 Definiciones..... | 12 |
| 3.2 Sobrepeso y obesidad..... | 12 |
| 3.3 Índice de Masa Corporal IMC..... | 12 |
| 3.4 Comorbilidades..... | 13 |
| 3.4.1 Hipertensión..... | 13 |
| 3.4.2 Diabetes mellitus..... | 13 |
| 3.4.3 Dislipidemia..... | 14 |
| 3.4.4 Enfermedad cardiovascular..... | 14 |
| 3.4.5 Factor de riesgo..... | 14 |
| 3.4.6 Habitante en situación de calle..... | 15 |
| 3.4.7 Habitante de la calle..... | 15 |
| 3.4.8 Políticas públicas..... | 15 |
| 3.4.9 Estrategia educativa..... | 15 |
| 3.4.10 Promoción y educación para la salud..... | 16 |
| 3.5 Descripción situacional..... | 16 |
| 3.5.1 Obesidad y Sobrepeso..... | 16 |
| 3.5.2 Problemática en habitantes de y en situación de calle..... | 18 |
| 4 MARCO NORMATIVO..... | 21 |
| 4.1 Ley 1355 de 2009..... | 21 |

| | | |
|--------|--|----|
| 4.2 | Ley 1641 de 2013..... | 21 |
| 4.3 | Acuerdo 0024 de 2015..... | 21 |
| 4.4 | Acuerdo 0029 de 2015..... | 22 |
| 4.5 | Política Pública social para habitantes de la calle 2021-2031..... | 22 |
| 5 | OBJETIVOS..... | 22 |
| 5.1 | Objetivo general..... | 22 |
| 5.2 | Objetivos específicos..... | 23 |
| 6 | METODOLOGÍA..... | 23 |
| 6.1 | Lineamientos generales para el desarrollo de la estrategia..... | 25 |
| 6.2 | Modelo de desarrollo de la sesión educativa..... | 25 |
| 6.3 | Ejes temáticos..... | 27 |
| 6.3.1 | Primera Sesión – El carrusel de la sana alimentación..... | 27 |
| 6.3.2 | Segunda Sesión – Aprendiendo a quererme..... | 27 |
| 6.3.3 | Tercera Sesión – El semáforo del buen comer..... | 27 |
| 6.3.4 | Cuarta Sesión – Recetas divertidas..... | 27 |
| 6.3.5 | Quinta Sesión – Razones de peso..... | 27 |
| 6.3.6 | Sexta Sesión - Plato saludable de la familia colombiana..... | 27 |
| 6.3.7 | Séptima Sesión – Prevenir es mejor que curar..... | 28 |
| 6.3.8 | Octava Sesión – Evaluación..... | 28 |
| 6.3.9 | Novena sesión - ¿Que aprendí, y qué estoy implementando de la estrategia?..... | 28 |
| 6.3.10 | Décima sesión - Clausura de la estrategia..... | 28 |
| 6.4 | Modelo de ficha de planeación de propuesta..... | 29 |
| 7 | CONSIDERACIONES ÉTICAS..... | 30 |
| 8 | RESULTADOS..... | 31 |
| 9 | CONCLUSIONES..... | 32 |
| 10 | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 37 |

Listado de Anexos

Pag

Anexo 1 – Ficha de caracterización Proyecto Granja de la Alcaldía de Medellín ubicado en el Municipio de Barbosa Antioquia.34

Anexo 2- Cartilla de actividades estrategia educativa “Tu cuerpo te habla”

1 RESUMEN Y PALABRAS CLAVES

Resumen

La Estrategia educativa “Tu cuerpo te habla”, diseñada en el marco del Programa Especialización en Educación y Comunicación para la Salud, se orienta a brindar herramientas técnicas y metodológicas para la prevención del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la dieta, en población en condiciones de y en situación de calle, que se encuentran procesos de intervención interdisciplinar en medio cerrado (modalidad intramural). Si bien, la población en riesgo o habitanza en calle constituye un universo tradicionalmente asociado al bajo peso y la desnutrición, cambios emergentes a nivel global y regional en patrones de alimentación, arrojan como efecto una cada vez mayor presencia de doble carga nutricional entre esta población (coexistiendo problemáticas nutricionales por déficit y por exceso en una misma población o individuo).

Como estrategia metodológica, se construyó una guía de intervención, dirigida a profesionales, facilitadores e implementadores cuyas acciones se orienten al trabajo con población en riesgo o habitanza en calle, atendiendo a los lineamientos de la educación y la comunicación para la salud, y bajo un modelo pedagógico que promueva el aprendizaje experiencial y significativo, buscando con ello la modificación de conductas inadecuadas en salud, y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables, que puedan ser replicados en sus entornos familiares y/o sociales una vez los participantes culminen su proceso intramural.

Palabras clave: Sobrepeso y obesidad, personas en riesgo de habitar calle, personas en situación de calle, estrategias de promoción en salud, hábitos de vida saludable, habitanza en calle, resocialización habitantes de calle, estrategias educativas.

1.1 Abstract

Summary

The education strategy “Your body speaks to you”, designed as part of the program Health Specialization in Education and Communication, is aimed to offer technical and methodological tools for overweight prevention, obesity and non-transmissible chronic illnesses that are associated with diet in homeless populations that are currently a part of interdisciplinary intervention processes within a closed environment (intramural modality). While the homeless, or those on the brink of homelessness, constitute a world traditionally associated with low weight and malnutrition, emerging challenges on a global and regional scale in feeding patterns, provide as a consequence an increasing presence of a double nutritional load within this population (coexisting with nutritional issues of deficit and excess within a population or individual).

As a methodological strategy, an intervention guide was assembled directed to professionals, facilitators and implementors, whose jobs are geared towards working with the homeless or those on the brink of homelessness, meeting the health education and communication guidelines and under a teaching model that promotes experiential and meaningful learning, seeking the modification of disproportionate health conducts and the improvement of healthy eating and lifestyle habits that can be replicated within their family and/or social environments once the participants complete their intramural process.

Key words: Overweight and obesity, people on the brink of homelessness, homeless people, strategies for health improvement, healthy living habits, living in the streets, homeless rehabilitation, teaching strategies.

2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

2.1 Planteamiento del problema

El sobrepeso y la obesidad constituyen condiciones que han acompañado a la especie humana a lo largo de su evolución, constituyendo en algunos momentos de la historia, estrategias evolutivas para garantizar el gasto calórico en momentos de baja ingesta de alimentos, especialmente en escenarios de gran escasez como en el invierno. Desde un enfoque antropológico, el simbolismo del sobrepeso y la obesidad, otorgados por las diferentes culturas, evidencian valoraciones asociadas a la disponibilidad de alimentos y restricción o limitación de las dietas; un ejemplo de ello es el periodo paleolítico, durante el cual, se requería recorrer grandes distancias en jornadas de cacería, y estar sujetos a dietas restringidas, valorando por ello el sobrepeso como sinónimo de fertilidad y un elemento deseable entre la población; registros como las *venus paleolíticas*, evidencian esta asociación.

Por su parte, culturas como la helenística y griega, asentadas en territorios con diversificación de la agricultura, con suministro de alimentos permanentes y enfocadas en procesos culturales y comerciales; comienzan a definir una posición más estética y médica frente al sobrepeso y la obesidad, los primeros tratados de medicina, propuestos por Hipócrates (460-355 aC) y Galeno (131-201 dC) ya definían la obesidad como enfermedad, identificando incluso sus consecuencias y tratamientos, incluso algunos tratamientos médicos actuales remedan los que ellos prescribían (1).

En la actualidad, surgen fenómenos alimenticios contradictorios; la industria alimenticia, invierte grandes cantidades de dinero en el desarrollo de productos caracterizados por ser fácilmente adquiribles en todos los niveles económicos, y por ofrecer una sensación de saciedad inmediata (por su alto contenido en grasas polisaturadas, azúcares añadidos, calorías vacías, entre otros), y con un requerimiento mínimo de preparación previo a su consumo. Este fenómeno de industrialización de la alimentación, genera mayor cantidad de productos, lo cual asociado a elementos como el sedentarismo entre la población, y bajos niveles de conciencia sobre la importancia de una alimentación saludable, genera un desbalance entre consumo y gasto calórico, dando paso a lo que organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, definen como “la pandemia actual del sobrepeso y la obesidad”; esto es, tenemos más población con acceso a productos (gracias a los procesos de industrialización), pero productos de menor calidad alimenticia, generando entornos más obesogénicos y de un mayor impacto sobre la salud pública.

Esta problemática, no se restringe a un único grupo social, impactando todas las esferas, y alcanzando la totalidad del curso de vida (desde la primera infancia hasta la vida adulta), desencadenando impactos cada vez mayores a nivel social y de salud pública, trascendiendo de una situación de salud individual, a un problema demográfico y económico estructural(2).

La obesidad y el sobrepeso, constituyen en la actualidad, una problemática multicausal, con factores explicativos de orden individual como lo son: factores emocionales, psicológicos y/o genéticos, desordenes endocrinos, alteraciones del ciclo circadiano, efectos medicamentosos, estilos y prácticas de vida no saludables, entre otros; y factores más de tipo estructural o social, como lo son, los desiertos alimentarios, limitaciones económicas para el acceso a grupos alimenticios clave (como frutas, verduras, cárnicos y lácteos), determinantes sociales y culturales, y el reemplazo de una alimentación saludable por recursos inmediatos y de bajo requerimiento en tiempos de preparación.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Esta condición ha adquirido proporciones de pandemia; en cifras, datos clínicos arrojan que más de cuatro millones de personas mueren cada año por causas relacionadas con el sobrepeso o la obesidad, según estimaciones de 2017 sobre la carga mundial de morbilidad (3). Las investigaciones han demostrado que a medida que aumenta el peso hasta alcanzar los niveles de sobrepeso y obesidad también aumentan los riesgos de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, tales como enfermedad coronaria, diabetes tipo 2, algunos tipos de cáncer (como el de esófago, estómago, colon, entre otros), y la hipertensión, dislipidemia, apnea del sueño, problemas respiratorios, accidentes cerebrovasculares, entre otros(4).

Diversas investigaciones muestran que en grupos económicos vulnerables, la obesidad y el sobrepeso en la edad adulta, se acompañan de factores como desnutrición en edad temprana (incluso durante la vida intrauterina), imaginarios socioculturales que conciben la alimentación saludable como un privilegio de clases económicas, determinantes sociales y económicos, y limitaciones para el acceso a lugares idóneos para la preparación de alimentos; fenómenos que hacen de los estratos de población con menor nivel educativo y socioeconómico, los grupos más vulnerables a las problemáticas asociadas a la malnutrición (5).

En Colombia existe una prevalencia en adultos de 18 a 64 años con sobrepeso de 37,7 % y obesidad de 18,7 %, según la Encuesta Nacional de Salud Nutricional de 2015. Esto significa que la prevalencia de personas con exceso de peso en Colombia es del 56,4 %, por lo que se ha convertido en un problema en salud pública en el país (6) . Los cálculos

preliminares del costo de la obesidad y la comorbilidad asociada en países andinos tales como Bolivia, Colombia y Perú muestran que para la debida atención de la obesidad y tres de sus principales complicaciones clínicas (la diabetes, la hipertensión y la hipercolesterolemia), se requerirían recursos financieros por un monto aproximado al 25 por ciento de su presupuesto total destinado a salud pública (7). El exceso de peso es un problema que debe ser prioritario dentro de los planes de salud pública en Colombia, para prevenir que en el futuro se desborden sus costos sociales y financieros(8).

Existe una parte de la población Colombiana que ha sido escasamente atendida por años desde la institucionalidad y que por sus características especiales requiere de intervenciones diferentes acorde a sus necesidades; esta población está dentro de un grupo especial y marginado de la sociedad y son los habitantes de y en situación de calle, muchos de los cuales se encuentran en procesos de resocialización, orientados a la vinculación al entorno familiar, laboral y social, desde el reconocimiento de su carácter de sujetos plenos de derechos.

2.2 Justificación de la propuesta

La malnutrición como fenómeno, constituye una problemática que permea todos los estratos socioeconómicos, pero cuyas afectaciones se evidencian mayormente en grupos vulnerables como las personas en riesgo o habitanza en calle, aumentando con ello la aparición de enfermedades crónicas prevenibles asociadas a la dieta.

Las enfermedades no transmisibles (ENT), son causantes de la muerte de 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. En la Región de las Américas, son 5,5 millones las muertes por ENT cada año. Cada año mueren por ENT en todo el mundo 15 millones de personas de entre 30 y 69 años de edad; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos. En la Región de las Américas mueren 2,2 millones de personas por ENT antes de cumplir 70 años. Las enfermedades cardiovasculares constituyen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9,0 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), a nivel mundial. Estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de todas las muertes prematuras por ENT. El consumo de tabaco, la inactividad física, el uso nocivo del alcohol y las dietas malsanas aumentan el riesgo de morir a causa de una de las ENT. La detección, el cribado y el tratamiento, igual que los cuidados paliativos, son componentes fundamentales de la respuesta a las ENT (9).

Desde un marco de política pública, en Colombia se han creado proyectos que buscan mejorar la calidad de los grupos vulnerables, buscando el reconocimiento de los mismos, como sujetos plenos de derecho. Alineados con estos fines, se hace necesario el fortalecimiento o creación de estrategias que faciliten la educación y promoción de hábitos de vida saludable; para la atención de la población habitante de calle, mediante acciones interdisciplinarias, y la participación de diferentes áreas como psicología, medicina, trabajo social, pedagogía, terapia ocupacional, nutrición, enfermería, actividad física, agronomía, artes, entre otras, todas estas apuntándole a mitigar las consecuencias de su situación de vulnerabilidad.

La “Política Pública Social para Habitantes de Calle 2021 -2031” adoptada por el gobierno colombiano, la cual tiene por objeto, establecer los lineamientos generales para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle dirigidos a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social (10).

En la ciudad de Medellín, para dar cumplimiento a las políticas nacionales, para la atención a la población en habitanza en calle, se crea el acuerdo 0024 del 2015, por medio del cual se establece la “Política Pública Social para los habitantes de la calle del Municipio de Medellín”, planteando como objetivo garantizar, promocionar, proteger, promover y restablecer los derechos de ese grupo de personas, a fin de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social (11), también se crea el acuerdo 0029 del 2015 donde se implementa el programa denominado “Granjas productivas para la resocialización y rehabilitación de las personas habitantes de calle en el Municipio de Medellín”, por parte de la Administración Municipal para atender, resocializar, rehabilitar y mejorar la calidad de vida de las personas catalogadas como habitantes de calle del Municipio(12), como objeto de las Granjas Productivas se establece la “resocialización y rehabilitación de personas habitantes de calle”; este programa, pretende dar una solución que atienda integralmente, y desde un enfoque diferencial, a las personas habitantes de calle, teniendo en cuenta sus particularidades sociales, personales, judiciales, emocionales, físicos, laborales, recreativos, culturales y de salubridad, entre otros, con el fin de reubicar a las personas habitantes de calle, resocializarlas y rehabilitarlas mejorando sus entornos y ámbitos individuales y colectivos. Para tal fin, al momento de la vinculación al programa se realiza una evaluación que permite la diferenciación de cada persona habitante de calle determinando su pertinencia en el programa y el respectivo plan de acción(12).

La población que alberga el proyecto Granja de la Alcaldía de Medellín, evidencia desde el área nutricional, una alta prevalencia de sobrepeso u obesidad, detectadas mediante evaluaciones antropométricas y seguimientos nutricionales.

Lo anterior, evidencia la necesidad de plantear intervenciones basadas en evidencia científica, de estrategias para la prevención del sobrepeso y obesidad, orientada a población en proceso de resocialización con antecedentes de riesgo de habitanza de y en calle, mediante el fortalecimiento del autocuidado y la promoción e incorporación de estilos de vida saludable que sean replicables en sus contextos naturales, una vez egresen de los procesos de intervención intramural.

Con este contexto, se diseñó una estrategia de promoción y comunicación para la salud, orientada a realizar intervenciones que promuevan la sana alimentación y la práctica de actividad física en población en riesgo o habitanza en calle que se encuentran en procesos de resocialización, mediante un enfoque diferencial, encaminado a permear comportamientos y a la modificación de conductas en beneficio de la salud colectiva e individual. Al promover hábitos de vida saludable en este grupo poblacional, se favorece la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a la dieta, y se mejora los niveles de adaptabilidad y goce efectivo de sus derechos en salud.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Definiciones

3.2 Sobrepeso y obesidad

Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (3)

3.3 Índice de Masa Corporal IMC

Es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos (3).

3.4 Comorbilidades

Presencia de diferentes enfermedades que acompañan a modo de satélite a una enfermedad protagonista aguda o crónica que es el objeto principal de la atención (13). Entre las comorbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad, se distinguen aquellas dependientes de alteraciones metabólicas asociadas a esta condición, como son entre otros la Diabetes Mellitus (DM2), la dislipidemia aterogénica, hígado graso y síndrome ovárico poliquístico. Otras comorbilidades dependen de los cambios físico-mecánicos del exceso de peso, como la hipoventilación, apnea nocturna y osteoartritis, y por último no menos importantes, condiciones psicopatológicas dependientes del rechazo personal y social del sobrepeso.(14)

3.4.1 Hipertensión

Es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada. La sangre se distribuye desde el corazón a todo el cuerpo por medio de los vasos sanguíneos. Con cada latido, el corazón bombea sangre a los vasos (15). La obesidad contribuye a la hipertensión por mecanismos tales como: resistencia insulínica e hiperinsulinemia, aumento de la actividad adrenérgica y de las concentraciones de aldosterona, retención de sodio y agua e incremento del gasto cardíaco, alteración de la función endotelial, a través de moléculas como leptina y adiponectina y factores genéticos(16). Asociado a la población del proyecto granja se observa que los individuos que presentan este diagnóstico se encuentran en clasificación de sobrepeso u obesidad, lo que representa un riesgo directo y la relación entre ambas enfermedades.

3.4.2 Diabetes mellitus

La diabetes sacarinao diabetes mellitus (que aquí denominaremos, para simplificar, «diabetes») es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce (17). la obesidad es el principal factor adquirido responsable de la disminución de la sensibilidad de la insulina. El término resistencia insulínica define la incapacidad de una cantidad conocida de insulina exógena o endógena para incrementar la entrada y la utilización de la glucosa por los tejidos periféricos, especialmente hígado, tejido adiposo y músculo, e implica la resistencia a los efectos de la insulina en la captación, metabolismo y almacenamiento de glucosa. Se expresa en una disminución del transporte de glucosa dependiente de la insulina y de su metabolismo en el músculo y en el tejido adiposo y hepático (18).

3.4.3 Dislipidemia

Las dislipidemias o hiperlipidemias son trastornos en los lípidos en sangre caracterizados por un aumento de los niveles de colesterol o hipercolesterolemia e incrementos de las concentraciones de triglicéridos (19). El perfil lipídico más común observado en el paciente obeso es un incremento de los triglicéridos (TG) expresado en un aumento de las cifras de las lipoproteínas de muy baja densidad (VLDL), y una disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) al cual se puede añadir cualquiera de las otras alteraciones en dependencia de la confluencia de otros factores. Este perfil por sí solo es un gran promotor de daño vascular, ya que el gran flujo de ácidos grasos libres (AGL) que provocan la obesidad y la insulinoresistencia (IR), que tiene origen en la misma ingestión, y además en el incremento de la lipólisis y en el no proporcional incremento de la lipogénesis que se produce en el estado de resistencia insulínica, pone al hígado frente a una gran disponibilidad de fuente energética, y estos AGL estimulan entonces la síntesis de VLDL, ricas en TG (18). En el proyecto granja se ha observado un aumento de peso en los individuos que les ha provocado alteraciones, manifestándose en hiperlipidemias lo cual se maneja por el personal profesional con dieta controlada y formulaciones farmacológicas, buscando reducir la aparición de enfermedades cardiovasculares que representan un riesgo mayor para cada individuo.

3.4.4 Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares son un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos. En el mundo, cada cuatro segundos ocurre un infarto agudo de miocardio y cada cinco segundos un evento vascular cerebral, y al menos una de cada tres personas pierde la vida por alguna patología relacionada con enfermedades cardiovasculares (20). La obesidad constituye uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad coronaria, y si el inicio de la obesidad es a edades tempranas, es decir, la niñez o la adolescencia, el debut de la enfermedad coronaria es también temprano. Se ha visto que una disminución de la sensibilidad a la insulina lleva aparejado un incremento en el riesgo de la enfermedad coronaria, lo que es de esperarse teniendo en cuenta todas las alteraciones que esta ocasiona (18). Según observaciones del área nutricional del equipo granja se ha notado un aumento de peso en algunos de los individuos, lo que representa un riesgo en la aparición a futuro de complicaciones cardiovasculares en ellos.

3.4.5 Factor de riesgo

Un factor de riesgo es cualquier característica o circunstancia detectable de una persona o grupo de personas que se sabe asociada con un aumento en la probabilidad de

padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos) pueden, sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción (21)

3.4.6 Habitante en situación de calle

Son aquellas personas que “hacen de la calle el escenario propio para su supervivencia, alternan el trabajo en la calle, la casa y la escuela, es decir, cuentan con un espacio privado diferente de la calle donde residen, sea la casa de su familia, la habitación de una residencia o un hotel” (10)

3.4.7 Habitante de la calle

Son aquellas personas "que hacen de la calle su lugar de habitación, donde satisfacen todas sus necesidades, ya sea de forma permanente o transitoria, es decir, desarrollan todas las dimensiones de su vida en el espacio público (actividades de su vida íntima y social)" (10)

3.4.8 Políticas públicas

Las políticas públicas son “las sucesivas respuestas del Estado (del “régimen político” o del “gobierno de turno”) frente a situaciones socialmente problemáticas (22). Existe en Colombia la Política pública social para habitantes de calle 2021-2031 (10), la ley de obesidad por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención y próximamente entrará en vigencia la Resolución 810 del 2021, los requisitos de etiquetado nutricional y frontal que deben cumplir los alimentos envasados o empacados para consumo humano (23).

3.4.9 Estrategia educativa

La estrategia educativa es un procedimiento (conjunto de acciones) dirigidos a cumplir un objetivo o resolver un problema, que permita articular, integrar, construir, adquirir conocimiento en docentes y estudiantes en el contexto académico (24). Debido a las condiciones especiales de la población anteriormente mencionada se planteó la

necesidad de diseñar una estrategia educativa enfocada a la promoción de hábitos de vida saludable en su alimentación y la realización de actividad física, para impactar positivamente el proceso de resocialización y la correcta reinserción a la sociedad cuando terminen su proceso.

3.4.10 Promoción y educación para la salud

La promoción de la salud reconoce la salud como un concepto positivo y se centra en los factores que contribuyen a ella. Busca que todas las personas desarrollen su mayor potencial de salud tomando en cuenta los activos de la comunidad y las condiciones sociales subyacentes que determinan una mejor o peor salud - los Determinantes Sociales de la Salud - sabiendo que para alcanzar la equidad es necesario una redistribución del poder y los recursos. El abordaje de Promoción de la Salud implica una manera particular de colaborar: parte de las diferentes necesidades de la población, fomenta sus capacidades y sus fortalezas, empodera, es participativa, intersectorial, sensible al contexto y opera en múltiples niveles (25).

La estrategia educativa “Tu cuerpo te habla” se desarrolló con la idea de integrar y aplicar los conceptos con relación a la promoción y educación para la salud, en la cual se toma en cuenta las condiciones actuales de un grupo de individuos que se encuentran en proceso de resocialización, considerando todos los determinantes sociales que pueden influir en sus conductas actuales, en miras a mejorar sus comportamientos a través de actividades de promoción y educación para la salud donde podrán adquirir conocimientos de manera lúdico-pedagógica para la práctica de hábitos de vida saludable.

3.5 Descripción situacional

3.5.1 Obesidad y Sobrepeso

En los procesos de atención desde el área de salud, como factor denominador se puede visualizar una epidemia actual que viene manifestándose en creciente a través de los años, el sobrepeso y la obesidad, alrededor de esta se encuentran diferentes factores determinantes para su aparición, y para la predisposición en la carga de morbimortalidad a causa de otras patologías asociadas a ésta.

La OMS (Organización mundial de la salud), define “el sobrepeso y la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. La causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Se utiliza el índice de masa corporal (IMC) como un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m²). El IMC proporciona la medida más útil del sobrepeso y la obesidad en la población, pues es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. Sin embargo, hay que considerarla como un valor aproximado porque puede no corresponderse con el mismo nivel de grosor en diferentes personas” (3).

En los países de América latina el sobrepeso y la obesidad han sido un problema subestimado por años, sin embargo, se muestra que es un problema en aumento, así como la tendencia que se muestra a nivel global; Colombia no es ajeno a esta situación y tiene múltiples factores que la agravan como el constante cambio demográfico asociado a los movimientos de la población, ritmo de vida acelerado en las grandes urbes, cambio de hábitos en el desplazamiento por la facilidad actual de moverse en transportes motorizados incluso para distancias cortas, la gran oferta de alimentos ultra procesados que son de fácil acceso y más económicos, con los que muchas personas reemplazan una comida balanceada por la rapidez de la preparación, la exposición constante a la publicidad que incita a consumir alimentos hipercalóricos, el avance de la tecnología y aparatos electrónicos que favorecen hábitos de sedentarismo, entre otros factores.

La condición ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel global y que cada año cobra la vida de 2,8 millones de personas. En Colombia existe una prevalencia en adultos de 18 a 64 años con sobrepeso de 37,7 % y obesidad de 18,7 %, según la Encuesta Nacional de Salud Nutricional de 2015. "Esto significa que la prevalencia de personas con exceso de peso en Colombia es del 56,4 %, por lo que se ha convertido en un problema en salud pública en el país". Los departamentos con prevalencias más altas fueron Amazonas (72,4 %), San Andrés y Providencia (65,6 %), Vichada (65,3 %), Guainía (64,1 %) y Meta (61,8 %) (7)

Ubicando el problema a nivel local en la ciudad de Medellín se presentan las siguientes cifras el 51,5 por ciento de la población adulta de Medellín tiene exceso de peso. De ese porcentaje, el 32,9 por ciento corresponde a sobrepeso y el 18,6 por ciento, a obesidad. Así lo determinó el Plan de Seguridad Alimentaria y Nutricional del Municipio de Medellín 2016-2028 (26).

Dentro de las acciones que se definen para la atención en la prevención del sobrepeso y la obesidad como problema de salud pública, se relaciona la interdisciplinariedad dentro

de los diferentes entornos en el que el ser humano se desenvuelve para que logre encontrar las herramientas, y aplique las conductas necesarias desde lo saludable para evitar la aparición de esta y sus comorbilidades. “Entre las comorbilidades asociadas al sobrepeso y obesidad, se distinguen aquellas dependientes de alteraciones metabólicas asociados a esta condición, como son entre otros la Diabetes Mellitus (DM2), la dislipidemia aterogénica, hígado graso y síndrome ovárico poliquístico. Otras comorbilidades dependen de los cambios físico-mecánicos del exceso de peso, como la hipoventilación, apnea nocturna y osteoartrosis, y por último no menos importantes, condiciones psicopatológicas dependientes del rechazo personal y social del sobrepeso” (21).

Las enfermedades no transmisibles (ENT) causan la muerte a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo; por grupos de edad, mueren por ENT 15 millones de personas de entre 30 y 69 años; más del 85% de estas muertes "prematuras" ocurren en países de ingresos bajos y medianos (9). Se demuestra entonces que la población con ingresos más bajos de países más pobres o en vía de desarrollo presenta una gran vulnerabilidad a desarrollar este tipo de enfermedades.

3.5.2 Problemática en habitantes de y en situación de calle

La situación de habitar la calle tiene hondas raíces en la estructura económica de los países de América Latina, y en Colombia; el fenómeno se ha visto agudizado por factores políticos, económicos y sociales que atraviesan nuestra sociedad, tales como el conflicto armado, el desplazamiento, la violencia intrafamiliar, el desempleo y el narcotráfico, factores todos que hacen más explosivo este fenómeno (27).

Toda esta problemática también se presenta en un tipo de población como son los individuos que por diferentes situaciones de vida se han aislado de la sociedad, que se encuentran o se encontraron alguna vez en situación de calle y han podido acceder a procesos de resocialización, entendiendo que sus vivencias han influido fuertemente en los cambios comportamentales y actitudinales propios de necesidades básicas insatisfechas a las que se han enfrentado producto de la desigualdad social frente a los derechos fundamentales incluyendo los culturales, políticos y económicos, asumiendo la calle como el entorno donde habitan, conviven y que les presentan múltiples factores de riesgo que influyen en su salud tanto física como mental o emocional predisponiéndolos a que los procesos de rehabilitación no sean tan fáciles. Dentro la problemática de habitanza en calle se identifican dos grupos que son los habitantes de calle y los habitantes en situación de calle.

En el Censo de Habitantes de Calle CHC 2021 hecho por el DANE fueron censados 6.248 habitantes de la calle; el 87,6% son hombres y el 12,4% son mujeres (26). En los antecedentes de intervención a la población habitante de calle que desde 1992, la Secretaría de Bienestar Social del Municipio de Medellín ha desarrollado una labor con esta población, inicialmente asistencialista con servicios de alimentación e higiene, pero con el tiempo se le incorporaron servicios médicos y psicosociales. Posteriormente, variadas propuestas y metodologías se han utilizado en el proceso de intervención con los habitantes de calle de Medellín. En un primer momento, los definía como enfermos mentales y farmacodependientes y, a partir de 2005 se inicia el abordaje integral, acompañando procesos sociales de motivación e inclusión social, con una mirada desde la reducción del daño, acorde con la propuesta del Ministerio de Protección Social, en la Política de Reducción del daño del consumo de Sustancias Psicoactivas (27).

En la Ciudad de Medellín como políticas públicas se han generado estrategias para la atención de la población habitante de calle se creó el acuerdo 0024 del 2015, y derivado del acuerdo 0029 del 2015 existe un proyecto para atención a esta población en el cual se acompaña el proceso de resocialización de manera interdisciplinaria apuntándole a mitigar las consecuencias de su situación de vulnerabilidad. La atención para estas personas se ofrece en la zona rural del municipio de Barbosa en un lugar cerrado en entorno natural, donde llevan un proceso alrededor de un año con el fin de reestructurar su proceso de vida y donde se busca modificar hábitos de vida inadecuados a través de intervenciones pedagógicas de estilos de vida saludables. Dentro de la atención multidisciplinaria que se les brinda a estos individuos está el área nutricional, encargada de realizar tamizajes, valoraciones y seguimientos nutricionales de los cuales se obtiene la información propia de los casos que presentan una clasificación de sobrepeso y obesidad, la cual se interviene desde un abordaje impartido por profesionales del área del deporte, psicológico, pedagógico y nutricional, los cuales han identificado que existen otros factores de gran influencia que tienen que ser abordados de manera diferente como lo son factores culturales, genéticos, interacciones con medicamentos antipsicóticos, no adherencia a la actividad física propuesta, deterioro cognitivo y motriz, autoimagen.

3.5.2.1 Descripción del componente de resocialización en medio cerrado – Granja

Este componente se encuentra ubicado en vereda la montaña km 4 del municipio de Barbosa – Antioquia; atiende alrededor de 150 ciudadanos en un lugar donde habitan permanentemente en un entorno cerrado y natural, zona rural del municipio.

La población atendida es habitante de y en calle de ambos sexos mayores de 18 años en la ciudad de Medellín. Con o sin consumo de Sustancias Psicoactivas (SPA) u otras adicciones no tóxicas, personas con mayor funcionalidad y procesamiento cognitivo.

Como criterios de ingreso, el Programa Granja Taller, establece que sean personas mayores de edad cuya permanencia de habitanza en calle haya sido como mínimo tres meses, las cuales deben cumplir preproceso de veintiún días, en la modalidad de atención básica, finalizado este periodo, un equipo psicosocial realiza un análisis del caso para determinar la pertinencia de la atención en medio cerrado.

Como criterios de permanencia se establece el cumplimiento de normas, de acuerdo con el manual de convivencia, voluntariedad de la persona que inicia proceso, cumplimiento de logros de acuerdo con la propuesta metodológica establecida, para la atención de las personas que inician proceso de resocialización, cuenta con un equipo humano multidisciplinario compuesto por educadores, trabajadores sociales, psicólogos, auxiliares de enfermería, terapeuta ocupacional, profesional en artes, profesional en deportes, nutricionista, pedagogo especial, que acompañan el proceso de resocialización durante doce meses, que les permite la reestructuración de su proyecto de vida y evita el recaer a la condición de calle, además que les posibilita cambiar los hábitos inadecuados generados en la vivencia en calle y la adopción de estilos de vida saludables para el restablecimiento de sus derechos en diferentes dimensiones del ser humano.

La población atendida recibe una alimentación completa y variada dentro de un patrón alimentario normo calórico el cual suministra un aporte de entre 2500 a 3000 calorías al día, distribuidas en 5 comidas al día las cuales son desayuno, media mañana, almuerzo, algo y comida; desde el área de nutrición se evalúa el estado nutricional de cada uno de los beneficiarios del programa a fin de diagnosticar casos de mal nutrición, obesidad o bajo peso, de allí se basan en la modificación de la dieta acorde a las necesidades nutricionales y de salud de cada individuo.

Los principales criterios de egreso se basan en los ciudadanos que han superado su situación de habitanza en calle, con modificación de hábitos, teniendo en cuenta el cumplimiento de logros dentro del proceso, reintegro familiar, vinculación sociolaboral, o por institucionalización en otras entidades.

Para los habitantes de y en situación de calle alimentarse se convierte en un ente motivador que los impulsa a intentar salir de la situación en la que se encuentran, y

despierta en ellos algo o alguien por el que aferrarse. El lazo maternal afectivo se evidencia al probar ciertas preparaciones, tipos de cocción, y la forma de preparación les evoca pensamientos fuertemente entre lazos con la misma, se evidencia además que los alimentos sí tienen incidencia en los recuerdos de las personas, sea por cualquier experiencia organoléptica (28). Los habitantes de calle son seres humanos vulnerables y vulnerados que requieren apoyo y acompañamiento, quienes requieren de una y, en ocasiones, varias oportunidades para reincorporarse a la sociedad o simplemente para ser comprendidos como sujetos que tienen otro estilo de vida, que necesitan múltiples alternativas para su resocialización, pues son múltiples las causas de su problemática (27).

4 MARCO NORMATIVO

4.1 Ley 1355 de 2009

Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención (29)

4.2 Ley 1641 de 2013

La presente ley tiene por objeto establecer los lineamientos generales para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle dirigidos a garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de estas personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social (30).

4.3 Acuerdo 0024 de 2015

Establecer la Política Pública Social para los Habitantes de la Calle del Municipio de Medellín con la finalidad de garantizar, promocionar, proteger, promover y restablecer los derechos de ese grupo de personas, con el propósito de lograr su atención integral, rehabilitación e inclusión social. (11)

4.4 Acuerdo 0029 de 2015

Impleméntese el programa denominado “Granjas productivas para la resocialización y rehabilitación de las personas habitantes de calle en el Municipio de Medellín”, por parte de la Administración Municipal para atender, resocializar, rehabilitar y mejorar la calidad de vida de las personas catalogadas como habitantes de calle del Municipio (12)

4.5 Política Pública social para habitantes de la calle 2021-2031

La Política Pública Social para Habitantes de la Calle surge en el marco de la ley 1641 como una política para el restablecimiento y garantía de los derechos de la población habitante de la calle de Colombia; es producto del proceso de formulación iniciado a finales de 2013, con la participación de profesionales y técnicos de entidades nacionales y territoriales, ciudadanía, instituciones de la sociedad civil, universidades y personas habitantes de la calle y, por ello, se centra en la dignidad humana, el reconocimiento de las capacidades de las personas, la reducción del estigma y la discriminación que existe hacia este grupo, y su inclusión en las redes de intercambio económico, político, social y cultural de la sociedad, tanto como un factor protector para que las personas en riesgo no asuman una vida en la calle como un factor integrador para quienes se encuentran en esa situación y para quienes la superan (10).

5 OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Diseñar la estrategia de promoción y educación en salud “Tu cuerpo te habla” orientada a población adulta (18 -60 años), caracterizada en situación de o en riesgo de calle, que se encuentra institucionalizada en el Proyecto Granja de la Alcaldía de Medellín, ubicado en el municipio de Barbosa (Antioquia).

5.2 Objetivos específicos

- Revisar antecedentes de malnutrición por exceso (sobrepeso u obesidad) y acciones para la promoción de hábitos de vida saludable, en población con riesgo y en habitanza en calle, generando categorías para su abordaje a través de una estrategia de educación y comunicación para la salud.
- Formular una estrategia educativa y comunicativa para la modificación de las representaciones y practicas asociadas con la alimentación y su relación con el autocuidado, en población caracterizada en situación de o en riesgo de calle, institucionalizada en el Proyecto Granja de la Alcaldía de Medellín, ubicado en el municipio de Barbosa (Antioquia).
- Proponer acciones de aplicación de saberes en cuanto estrategia de transformación de representaciones y practicas asociadas a la alimentación y al autocuidado en la población diana.

6 METODOLOGÍA

La metodología establecida para la definición de la estrategia educativa, se estableció siguiendo un modelo de cuatro fases; la primera fase o de revisión sistemática, incluyó la definición de criterios para la elección de la bibliografía de referencia, la cual abarcó lectura de investigaciones, trabajos de grado, publicaciones científicas, páginas web, artículos de revista y legislación actual en Colombia y en la ciudad de Medellín frente a la población objeto de la intervención (habitantes de y en situación de calle). Una vez obtenido los resultados de las búsquedas se realizó revisión de estos, se encontró información valiosa y otra desactualizada o que no aplicaba para el grupo de referencia del proyecto, en este proceso se realizaron varias sesiones de discusión y de asesoría, donde se definieron métodos alternativos de búsqueda y bibliografía que permitieran una guía que facilitara el correcto desarrollo de la elaboración de la cartilla “Tu cuerpo te habla”.

La segunda fase, se centró en la revisión de modelos pedagógicos que permitieran la transmisión de saberes y la incorporación de los mismos, bajo los retos impuestos por la población elegida (particularidades como nivel educativo, lectoescritural, desarrollo cognitivo, diferencia entre edades, coexistencia de patologías del desarrollo, entre otros), determinaron entre los modelos revisados, la elección del aprendizaje experiencial (“Experiential Learning Theory”), como modelo de referencia al centrarse en la importancia del papel que juega la experiencia en el proceso de aprendizaje. Desde esta

perspectiva, el aprendizaje es el proceso por medio del cual construimos conocimiento mediante la reflexión y el “dar sentido” a las experiencias (31). El aprendizaje desde este enfoque es interactivo y genera cambios en las personas; es por ello que la fase de elección del modelo pedagógico implicó la revisión de la literatura, elección del modelo e implementación del mismo a las actividades predefinidas en la primera fase, formulando de esta sea replicado en contextos y situaciones reales y en el entorno cercano al que pertenecen los participantes, una vez culminen su proceso de resocialización.

La tercera fase incluyó la revisión de los lineamientos de la promoción y la educación para la salud, incorporando los principios de la salud pública, a las estrategias definidas. De esta forma se contó con los lineamientos técnicos, pedagógicos, y de salud pública, para estructurar una estrategia, basada en evidencia científica, adecuada a principios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (especialmente aquellas asociadas a patrones de malnutrición en población en riesgo o habitanza en calle).

La cuarta fase, o fase de formulación, consistió en estructurar las acciones en una cartilla dirigida al facilitador, promoviendo la adquisición de hábitos de vida saludables, mediante un conjunto de actividades lúdico-pedagógicas, definidas en 10 fichas que contienen actividades enfocadas principalmente a la promoción de la alimentación saludable y actividad física, con el propósito de evitar el sobrepeso y la obesidad en la población objetivo.

Se anota que son múltiples las estrategias educativas en promoción de hábitos de vida saludable que incluyen alimentación sana y actividad física, pero las mismas van encaminados a poblaciones “normotípicas”, desconociendo quizá por sesgos asociados a la negación de la autodeterminación en poblaciones vulnerables, del abordaje de este tipo de estrategias orientadas a las personas en riesgo o en situación de habitanza en calle; las cuales si bien, poseen mayores restricciones al momento de elección de dieta no son ajenos a procesos de adquisición de productos básicos alimenticios, ni deben ser excluidos bajo principios de selección económica, de procesos de educación en salud, orientados a la modificación de hábitos de vida no saludables.

El proceso metodológico permitió por tanto comprender que no hay poblaciones exentas de las acciones de promoción y comunicación para la salud, más bien, cada grupo, impone retos específicos de actuación sobre hábitos y prácticas, transformadores de contextos individuales y colectivos en salud.

6.1 Lineamientos generales para el desarrollo de la estrategia

Se construyó una cartilla que se enfoca en brindar orientación y apoyo metodológico a facilitadores, profesionales, e implementadores de la estrategia en promoción y comunicación en salud “Tu cuerpo te habla”.

El propósito de esta cartilla es poderla aplicar a personas que se encuentran en el proceso de resocialización en medio cerrado – Granja proyecto de la Alcaldía de Medellín para la atención al habitante de calle; su aplicación pretende buscar la mejora de conductas y comportamientos que conllevan a la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas al sobrepeso y obesidad.

Lo anterior se podrá abordar a través de las diferentes actividades educativas definidas dentro de la cartilla, donde están estipuladas las temáticas, su objetivo, metodología, materiales, duración y tareas, así como las observaciones que el facilitador debe tener en cuenta para su adecuada aplicación y obtener los resultados esperados.

6.2 Modelo de desarrollo de la sesión educativa

Todas las fichas conservan una estructura que busca resultar intuitiva al implementador, y comprende los siguientes elementos:

Numero de la sesión

Las fichas están enumeradas del número 1 al 10, este elemento sirve de guía para seguir la secuencia metodológica por fases, desde la cual se diseñó la estrategia.

Fase de sensibilización: fichas 1 a la 3.

Fase de implementación: fichas 4 a la 7.

Fase de evaluación y cierre: fichas 8 a la 10.

Título de la actividad

El título de la ficha hace referencia al tema guía que se propone para el desarrollo de la sesión.

Objetivo de la Sesión

Cada ficha establece un objetivo orientado a la promoción de la actividad física y/o de la alimentación saludable; es importante señalar que cada una de las actividades y objetivos, se planteó considerando tanto las particularidades y el contexto de la población de referencia, como la fase de resocialización a la cual ingresarán una vez finalicen el proceso intramural en el cual se encuentran.

Notas para el facilitador

Las notas para el facilitador establecen lineamientos metodológicos básicos, tales como instrucciones para el grupo, ambientación del espacio, elementos a tener en cuenta para el correcto desarrollo de la sesión, entre otros.

Materiales entregados

En materiales, se describirá cada uno de los elementos requeridos para el desarrollo de la sesión, incluyendo, fichas, materiales como lápices, colores, hojas, u otros insumos. Es importante la revisión previa de este apartado, para la adecuada preparación de la sesión.

Descripción de la actividad

En descripción de la actividad, se explica el paso a paso que se debe seguir por el implementador, para realización del encuentro.

Ejercicio de cierre

Cada ficha, propone un momento reflexivo que se orienta a recoger los aprendizajes logrados en la sesión, la finalidad del ejercicio de cierre es que los participantes planteen estrategias para implementar en sus contextos una vez egresen, así mismo los repliquen con sus redes de apoyo, en los espacios de visita.

6.3 Ejes temáticos

6.3.1 Primera Sesión – El carrusel de la sana alimentación

Tiene como propósito socializar la estrategia educativa con la población de la granja.

6.3.2 Segunda Sesión – Aprendiendo a quererme

Tiene como propósito promocionar la actividad física como un hábito saludable

6.3.3 Tercera Sesión – El semáforo del buen comer

Tiene como propósito identificar prácticas adecuadas de manipulación e higiene de alimentos para consumir un alimento sano y seguro.

6.3.4 Cuarta Sesión – Recetas divertidas

Tiene como propósito aprender a realizar recetas sanas y divertidas mediante el juego, reconociendo la importancia de incluir verduras en la dieta.

6.3.5 Quinta Sesión – Razones de peso

Tiene como propósito contribuir al fomento de hábitos alimentarios balanceados y estilos de vida saludable, con el fin de disminuir el aumento de peso no saludable, y evitar la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en los participantes, y que puedan ser replicadores de los mismos con su familia y/o red de apoyo una vez finalicen su proceso de resocialización

6.3.6 Sexta Sesión - Plato saludable de la familia colombiana

Tiene como propósito fomentar el hábito de una alimentación saludable, balanceada y equilibrada a través del reconocimiento de los beneficios de cada uno de los grupos de

alimentos; en beneficio del participante, y de aplicación con su familia y/o red de apoyo una vez finalice su proceso de resocialización

6.3.7 Séptima Sesión – Prevenir es mejor que curar

Tiene como propósito fortalecer adecuadas prácticas en alimentación a través del reconocimiento de alimentos y productos ultra procesados y dañinos para la salud que reduzcan la aparición de enfermedades.

6.3.8 Octava Sesión – Evaluación

Tiene como propósito evaluar a través de una encuesta de evaluación las actividades lúdico-pedagógicas implementadas en cada una de las sesiones educativas de la estrategia “tu cuerpo te habla”, con el fin de identificar aspectos positivos y aspectos por mejorar.

6.3.9 Novena sesión - ¿Que aprendí, y qué estoy implementando de la estrategia?

Tiene como propósito recoger conceptos aprendidos de cada uno de los participantes de la estrategia, mediante la socialización oral y escrita de sus aprendizajes y las acciones que consideran que son transformadoras para su cotidianidad.

6.3.10 Décima sesión - Clausura de la estrategia

Tiene como propósito finalizar el proceso realizado a través de la estrategia “tu cuerpo te habla”, de manera simbólica.

6.4 Modelo de ficha de planeación de propuesta



¿QUÉ ENCONTRARAS EN CADA UNA DE LAS FICHAS?

Todas las fichas conservan una estructura que busca resultar intuitiva al implementador, y comprende los siguientes elementos:

Número de la sesión

Las fichas están enumeradas del número 1 al 10, este elemento sirve de guía para seguir la secuencia metodológica por fases, desde la cual se diseñó la estrategia.

Fase de sensibilización: fichas 1 a la 3.

Fase de implementación: fichas 4 a la 7.

Fase de evaluación y cierre: fichas 8 a la 10.

Título de la actividad

El título de la ficha hace referencia al tema guía que se propone para el desarrollo de la sesión.

Objetivo de la sesión

Cada ficha establece un objetivo orientado a la promoción de la actividad física y/o de la alimentación saludable; es importante señalar que cada una de las actividades y objetivos, se planteó considerando tanto las particularidades y el contexto de la población de referencia, como la fase de resocialización a la cual ingresarán una vez finalicen el proceso intramural en el cual se encuentran.

Notas para el facilitador

Las notas para el facilitador establecen lineamientos metodológicos básicos, tales como instrucciones para el grupo, ambientación del espacio, elementos a tener en cuenta para el correcto desarrollo de la sesión, entre otros.

Materiales requeridos

En materiales, se describirá cada uno de los elementos requeridos para el desarrollo de la sesión, incluyendo, fichas, materiales como lápices, colores, hojas, u otros insumos. Es importante la revisión previa de este apartado, para la adecuada preparación de la sesión.

Descripción de la actividad

En descripción de la actividad, se explica el paso a paso que se debe seguir por el implementador, para realización del encuentro.

Ejercicio de cierre

Cada ficha, propone un momento reflexivo que se orienta a recoger los aprendizajes logrados en la sesión, la finalidad del ejercicio de cierre es que los participantes planteen estrategias para implementar en sus contextos una vez egresen, así mismo los repliquen con sus redes de apoyo, en los espacios de visita.



7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se enmarcó en los principios rectores del código deontológico y bioético de la psicología en Colombia, especialmente los alusivos a la “investigación con participantes humanos”, así como en los presupuestos éticos establecidos en el informe Belmont “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, y en el código de ética médica de Nuremberg; estos principios establecen el respeto a la persona, al respeto a la autonomía para participar en la intervención, la obligación de realizar el consentimiento informado, y la realización de las acciones bajo estándares de seguridad, especialmente referidos al manejo confidencial de la información obtenida.

Esta estrategia cuenta con las siguientes condiciones éticas según la ley 1090 de 2006.

- **Principio de confidencialidad:** El proyecto garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia, respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por derecho a la privacidad. Se establece el compromiso a no informar en sus publicaciones ninguno de los nombres de los participantes ni otra información que permitiese su identificación.
- **Derecho a la no participación:** Al estar informados de la estrategia educativa, tienen plena libertad para abstenerse total o parcialmente de participar de las actividades propuestas en la estrategia educativa “TU CUERPO TE HABLA”.
- **Derecho a la información:** Podrán solicitar la información que consideren necesaria con relación a la estrategia educativa “TU CUERPO TE HABLA”. En caso de considerar que alguna actividad implica riesgo para su salud física y emocional pueden abstenerse de participar.
- **Remuneración:** Los fines de la presente estrategia son netamente formativos y no tienen ninguna pretensión económica. Por tal motivo la participación es totalmente voluntaria.

8 RESULTADOS

Para el desarrollo de este trabajo y dando cumplimiento a los objetivos planteados se realizó una revisión sistemática de la literatura con base a la población que se desea impactar la cual presenta antecedentes de habitancia de o en situación de calle los cuales se encuentran realizando un proceso de resocialización; se investigó en bases de datos académicas tales como PubMed, Google académico, lilacs y Scielo donde se buscó evidencia relacionada al tema y se encontraron diferentes artículos de revista, estudios científicos, capítulos de libros, páginas web, leyes, resoluciones, políticas públicas de diferentes países de Latinoamérica.

Para la revisión de antecedentes de malnutrición por exceso y acciones para la promoción de hábitos saludables se incluyeron las siguientes palabras claves de búsqueda por diferentes categorías: habitantes de calle, hombres sin abrigo, indigentes, situación de calle, procesos de resocialización, sobrepeso y obesidad, frecuencia de consumo, políticas públicas en Colombia y Medellín, programas de intervención para habitantes de calle, actividades educativas para habitantes de calle, manejo de sobrepeso y obesidad para personas en resocialización, dimensión económica del sobrepeso y obesidad, actividad física, situación nutricional en Colombia, hábitos alimenticios, estilos de vida saludables, obesidad en la pobreza, programas de atención al habitante de calle en Colombia, comorbilidades de la obesidad.

Se utilizaron operadores booleanos OR, AND, NOT con el objetivo de realizar una revisión documental que incluyera procesos de intervención en personas en condición de habitancia de y en calle, adultos en procesos de resocialización que evidenciaran hábitos saludables y consumo responsable de alimentos para la prevención del sobrepeso y obesidad.

La búsqueda se realizó con el fin de hacer una revisión sistemática para extraer información valiosa, acciones de aplicación de saberes y prácticas asociadas a la alimentación saludable y la realización de actividad física que aportara bases para la realización de la estrategia y adaptar el mejor diseño a las características de la población elegida y de los facilitadores que la implementaran a futuro.

Con la información seleccionada, se crearon espacios de discusión donde se llegó a la conclusión que la mejor metodología a implementar era la creación de una cartilla con actividades adaptadas especialmente a la población elegida, la cual direccionara el

desarrollo de las mismas a través de instrucciones claras de manera que los facilitadores la puedan utilizar y aprovechar para intervenir a la población en la promoción de hábitos de vida saludables para la prevención del sobrepeso, la obesidad y sus comorbilidades.

Esperamos que el impacto de las actividades propuestas en la estrategia educativa y de promoción de la salud permita la modificación de las representaciones y prácticas asociadas con la alimentación y su relación con el autocuidado, que además brinde herramientas metodológicas para los facilitadores que estarán a cargo de estos individuos.

Según la OMS se entiende la educación para la salud con enfoque integral como un proceso de generación de aprendizajes, no solo para el autocuidado individual, sino para el ejercicio de la ciudadanía, la movilización y la construcción colectiva de la salud en la cual participan las personas y los diferentes sectores del desarrollo. Aprendemos para vivir mejor, no solo en lo individual sino en lo grupal y colectivo, por lo tanto, procesos de educación para la salud basados en la comunicación, el diálogo de saberes, la pedagogía activa crítica, participativa y transformadora logran el empoderamiento individual y la transformación de las realidades en las que estamos inmersos (32)

9 CONCLUSIONES

- La estrategia educativa tu cuerpo te habla favorece la implementación de hábitos de vida saludable brindando elementos para adecuar su alimentación y actividad física de cada individuo, así como también los prepara para cuando terminen su proceso de resocialización y se reinserten a la vida en sociedad.
- Si bien el diseño de la cartilla está encaminada a la realización actividades para el autocuidado para mejorar los hábitos alimenticios y actividad física incluyendo criterios acordes a las condiciones especiales de la población elegida, se debe tener en cuenta que cada individuo debe reforzar de acuerdo con su voluntad la implementación de estas herramientas brindadas a su diario vivir, para garantizar el éxito del trabajo propuesto.

- En el proceso de resocialización para habitantes de y en situación de calle en medio cerrado la Granja y en proyectos similares, es pertinente que se realicen actividades que estimulen la promoción de hábitos de vida saludable no solo con la aplicación de las actividades propuestas en la estrategia educativa, si no también, implementar actividades que perpetúen la promoción de los estilos de vida saludable adaptándolas a este tipo de población que tienen condiciones y antecedentes especiales y requiere intervenciones diferentes.
- El impacto de la estrategia se evidencia cuando se logra en los participantes el empoderamiento y la divulgación de los conocimientos y herramientas adquiridos en replica a sus entornos y sus círculos donde interactúan.



ANEXO 1

Estrategia de promoción y comunicación para la Salud “Tu Cuerpo te Habla”

Nombre de la ficha: Caracterización Institución Proyecto Granja de la Alcaldía de Medellín, ubicado en el municipio de Barbosa (Antioquia).

Historia de la institución: En el año 2013 se expide la Ley 1641 "*por la cual se establecen los lineamientos para la formulación de la política pública social para habitantes de la calle y se dictan otras disposiciones*", con esta Ley se crea la Política Pública Nacional de Habitante de Calle la cual es coordinada por el Ministerio de Salud y Protección Social y con la cual se busca Garantizar, promocionar, proteger y restablecer los derechos de las personas habitantes de calle y la atención integral e inclusión social de estas personas.

Por otro lado, en el año 2015 desde el Concejo de Medellín se expidieron dos acuerdos municipales que tenían como objetivo dar respuesta y complementar la oferta de atención a esta población, el primero el Acuerdo 0024 de 2015 denominado la Política pública para los habitantes de calle del Municipio de Medellín, el cual fue reglamentado por el Decreto 0718 de 2017 y el segundo el Acuerdo 0029 de 2015, por medio del cual se establecen “las granjas productivas para la resocialización y rehabilitación de los ciudadanos habitantes de y en calle en el municipio de Medellín”.

Con este escenario, el Plan de Desarrollo del período de gobierno 2016-2019 tuvo la necesidad de generar estrategias de atención con la población habitante de y en calle que respondiera a la normatividad vigente y que además fuera coherente con los objetivos del desarrollo sostenible, que también son conocidos como los Objetivos mundiales y apuntan a la adopción de medidas para poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todos los ciudadanos gocen de paz y prosperidad (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, [PNUD] 2018). Por lo tanto, en la actualidad el proyecto ha crecido y se ha consolidado, nombrándose como un sistema que acompaña al habitante de calle en su ciclo vital, haciendo un diagnóstico integral y situacional para ofrecerle, según sus necesidades, condiciones mínimas que apunten a mitigar las consecuencias de su situación de vulnerabilidad.

De ahí que desde la granja se construye una propuesta sustentada en la ecología humana, que reconoce el conocimiento de las actividades agropecuarias como alternativas ocupacionales y a futuro laborales para este tipo de población, intencionado las posibilidades que brinda el internamiento en la granja y construyendo la inclusión social en la reconciliación consigo mismo, el entorno y la comunidad, complementado con los enfoques de desarrollo humano y de derechos se ha desarrollado una propuesta con dos componentes claves, uno de orientación psicosocial y otro componente agropecuario, este último desarrollando sesiones formativas.

Características de la población atendida: La población atendida es habitante de y en calle de ambos sexos mayores de 18 años en la ciudad de Medellín. Con o sin consumo de Sustancias Psicoactivas u otras adicciones no tóxicas, personas con mayor funcionalidad y procesamiento cognitivo.

Con criterios de ingreso personas mayores de edad cuya permanencia de habitanza en calle haya sido como mínimo 3 meses, las cuales deben cumplir preproceso de 21 días, en la modalidad de atención básica. Un equipo psicosocial realiza un análisis del caso para determinar la pertinencia de la atención.

Modelo de tratamiento: Este componente se desarrolla en espacio cerrado y se ejecuta a través del desarrollo de cinco etapas las cuales son: búsqueda de armonía, autocuidado y protección al entorno, equilibrio con la naturaleza, derechos y deberes ciudadanos, desprendimiento gradual; el avance por parte de los ciudadanos se da con el alcance de los indicadores de logro establecidos en cada una de ellas, las cuales se plantea alcanzar en 36 semanas (9 meses aproximadamente). Y 3 meses de desprendimiento gradual dando un total de 12 meses aproximadamente durante todo el proceso. La capacidad instalada de atención para esta modalidad es hasta 190 personas, cuyo perfil apunta a ciudadanos habitantes de y en calle mayor de 18 años, hombres y mujeres independientes en actividades de la vida diaria, con posibilidades de autogestión y compensada física y mentalmente.

Objetivos del tratamiento: Ofrecer los elementos necesarios para que el ciudadano en situación de calle logre su adaptación y permanencia en el proceso buscando alcanzar la inclusión social, familiar y laboral, a través de la gestión para el acceso a la oferta de servicios, por medio de intervenciones educativas, nivelación académica, promoción de procesos de identificación que reflejen la atención integral de la población.

Objetivos de la institución

- Orientar la atención en aspectos individuales que permitan la construcción de un diagnóstico psicosocial
- Propiciar espacios donde los ciudadanos logren desvincularse de los comportamientos de calle y de las adicciones.
- Propiciar la interiorización de rutinas institucionales y normas de convivencia dentro del proceso
- Brindar herramientas necesarias para que los individuos logren su permanencia en el proyecto.
- Hacer seguimiento y ofrecer acompañamiento a aquellos individuos que han tenido egreso exitoso de algún proceso de Resocialización del Sistema de Atención al Habitante de y en Calle.

Equipo profesional: El proyecto granja cuenta con un equipo interdisciplinario el cual está conformado por trabajadores sociales, psicólogos, terapeutas ocupacionales, profesionales en artes, pedagogos y educadores, profesionales de enlace laboral, deportólogos, nutricionistas, enfermería, personal de oficios varios y mantenimiento, manipuladores de alimentos, personal administrativo, coordinadora general, coordinadora metodológica, agrónomo, auxiliares en labores del campo.

Cifras: Se atiende alrededor de 150 ciudadanos en un lugar donde habitan permanentemente en un entorno cerrado y natural, zona rural del municipio. Con criterios de ingreso personas mayores de edad cuya permanencia de habitación en calle haya sido como mínimo 3 meses, las cuales deben cumplir preproceso de 21 días, en la modalidad de atención básica. Un equipo psicosocial realiza un análisis del caso para determinar la pertinencia de la atención.

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

13. Blanco Aspiazu MÁ, Kou S, Xueqing L. La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. Rev Habanera Cienc Médicas. febrero de 2017;16(1):12-24.
14. Antonio AL. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud. Rev Médica Clínica Las Condes. marzo de 2012;23(2):145-53.
15. Organización Mundial de la Salud O. Hipertensión [Internet]. 2022 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/hypertension>
16. López de Fez CM, Gaztelu MT, Rubio T, Castaño A. Mecanismos de hipertensión en obesidad. An Sist Sanit Navar. agosto de 2004;27(2):211-9.
17. Organización Mundial de la Salud O. Diabetes [Internet]. 2021 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
18. Scull R, Esther L. La obesidad y sus consecuencias clinicometabólicas. Rev Cuba Endocrinol. diciembre de 2004;15(3):0-0.
19. Soca M, Enrique P. Dislipidemias. ACIMED. diciembre de 2009;20(6):265-73.
20. Sánchez-Arias AG, Bobadilla-Serrano ME, Dimas-Altamirano B, Gómez-Ortega M, González-González G. Enfermedad cardiovascular: primera causa de morbilidad en un hospital de tercer nivel. Rev Mex Cardiol 26 de abril 2016; 27 (s3): s98-s102

21. García Milian AJ, Creus García ED. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento. Rev Cuba Med Gen Integral. septiembre de 2016;32(3):0-0.
22. Vargas CS. La definición de Política Pública. Dossier 2012; 1:47-52.
23. Ministerio de Salud y Protección Social. Etiquetado nutricional [Internet]. 2021 [citado 28 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-ya-cuenta-con-etiquetado-nutricional.aspx>
24. Vargas-Murillo G. Estrategias educativas y tecnología digital en el proceso enseñanza aprendizaje. Cuad Hosp Clínicas. julio de 2020;61(1):114-29.
25. Organización Mundial de la Salud O. Promoción de la Salud - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. OPS/OMS. 2022 [citado 29 de octubre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
26. Instituto Colombiano D bienestar familiar. ENSIN: Encuesta Nacional de Situación Nutricional [Internet]. Portal ICBF - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF. 2015 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/encuesta-nacional-situacion-nutricional>
27. Arango MEC. Para Una Nueva Comprensión De Las Características Y La Atención Social a Los Habitantes De Calle. Rev Eleuthera. 2007;1:91-102.
28. Mejía DCP, Tapias DSR, García JAR, Pratto JSR. [Identificación de hábitos y rutas alimentarias de la población habitantes de calle en la ciudad de Cartagena de Indias en el año 2019]. Cartagena; Universidad del Sinú. 2019.
29. Ministerio Salud S. Ley 1355 de octubre 14 de 2009 [Internet]. Minsalud. 2019 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.mineducacion.gov.co/portal/normativa/Leyes/381525:Ley-1355-de-octubre-14-de-2009>

30. Ministerio Interior. Ley 1641 de 2013 - Gestor Normativo - Función Pública [Internet]. 2013 [citado 22 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=53735>

31. Pawelek JG. EL APRENDIZAJE EXPERIENCIAL. Universidad de Buenos Aires [internet] 2013;21 [citado 31 de octubre 2022]. Disponible en: https://www.ecominga.uqam.ca/ECOMINGA_2011/PDF/BIBLIOGRAPHIE/GUIDE_L ECTURE_5/1/3.Gomez_Pawelek.pdf

32. OMS. Educación para la salud con enfoque integral. 2017-educacion.pdf [Internet]. [citado 15 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>