

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



SEMILLERO DE CUIDADOS PARA MEJORAR LOS  
HÁBITOS ALIMENTICIOS Y ACTIVIDAD FÍSICA EN  
MUJERES DE LA ZONA 1° MAYO

Proyecto de grado presentado para la obtención del Grado de Licenciatura en  
Trabajo Social

POR: PAOLA VANESA ALANOCA ORDOÑEZ

TUTORA: M. SC. MARÍA NELLY PEREIRA

LA PAZ - BOLIVIA

Marzo, 2023

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**Trabajo de Grado:**

**SEMILLERO DE CUIDADOS**

Presentado por: Paola Vanesa Alanoca Ordoñez

Para optar el grado académico de licenciatura en Trabajo Social

Nota numeral: .....

Nota literal: .....

Ha sido: aprobada con .....

Directora de la Carrera de Trabajo Social: M. Sc. Marcela Molina Aviles

Tribunal: .....

Tribunal: .....

## **DEDICATORIA**

Dedico este Proyecto a mis padres René y Roxana que me apoyaron incondicionalmente para poder llegar a ser profesional, a mis abuelos Carmen y Serafín quienes fueron la inspiración en mi vida para ser Trabajadora Social.

A mis hermanos Alvaro, Marleny, Kelly, Ashelen y mis sobrinos Alexander y Jayden por la comprensión que me brindaron día a día en el transcurso de mi carrera universitaria.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a Dios por haberme brindado la oportunidad de tener la salud mental, física y los recursos para poder realizarme como persona y profesional.

A mis queridos padres, abuelos, familia y amistades por ser mi soporte en cada etapa de vida.

A la distinguida M. Sc. María Nelly Pereira Álvarez por la dedicación de tiempo y paciencia con la que me ha guiado en la elaboración de este proyecto.

## **RESUMEN EJECUTIVO**

El proyecto denominado “Semillero de cuidados” para mejorar los hábitos alimenticios y actividad física en mujeres de la zona 1° de mayo tiene como objetivo principal que las mujeres con sobrepeso y obesidad de dicha zona establezcan un estilo de vida saludable para de esa manea evitar futuras complicaciones en su salud.

Las enfermedades como el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo con alto índice de incidencia, debido a que las complicaciones no se perciben de manera inmediata, sino que pueden tardar años en ver efectos en la salud es necesario la intervención oportuna. En este caso se trabajará de manera multidisciplinaria contando así con profesionales en el área salud con un/a Nutricionista, como también del área social con Trabajo Social y Comunicación Social, un instructor/a de actividad física tendrá lugar en el proyecto y la incorporación de un profesional en Psicología clínica.

De este modo, se diseñó una estrategia con la metodología COMBI que promoverá los cambios conductuales de las mujeres. Los componentes de esta intervención son: capacitaciones en materia de género que busca crear un ambiente libre de estereotipos y prejuicios para las mujeres, también, la práctica de actividad física, la adopción de hábitos alimenticios saludables, del mismo modo, brindar herramientas para control del estrés y ansiedad al que están sometidas las mujeres con sobrepeso y obesidad, conjuntamente, se potenciara su autoestima mediante acompañamiento terapéutico.

A su vez, para la sostenibilidad del proyecto se diseñaron componentes como la apertura de un club de vida en el cual las mujeres serán participantes activas, empoderándose y apropiándose del proyecto. Mientras que la formación de una

microempresa de comida saludable busca la independencia económica de las beneficiarias y por último la red de prevención de sobrepeso y obesidad, tiene como ejecutoras a las mujeres participantes, serán ellas quienes pondrán en marcha esta red dentro de los colegios de la zona.

La implementación del proyecto durará dos años y promoverá una cultura de cuidado dentro de la comunidad beneficiando de forma indirecta a las familias de las participantes, llegando mediante redes de comunicación a sembrar cambios en los vecinos miembros de esta comunidad. Por lo cual los beneficios tras la intervención son altos.

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN .....	12
ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD A NIVEL MUNDIAL Y NACIONAL.....	14
1.1.    Importancia para Trabajo Social .....	27
MARCO REFERENCIAL.....	31
2.1. Salud y proceso salud-enfermedad.....	31
2.2. Determinantes sociales de la Salud.....	33
2.3. Salud Pública .....	35
2.4. Enfermedades no Transmisibles: Sobrepeso y obesidad.....	44
2.4.1. Sobrepeso, obesidad y hábitos alimenticios .....	51
2.4.2. Sobrepeso, Obesidad y actividad física.....	52
2.4.3. Sobrepeso, Obesidad y estado psicológico .....	53
2.5. Género y el sobrepeso, obesidad.....	54
2.6. División sexual del trabajo.....	54
2.7. Economía del cuidado, cuidado y autocuidado.....	55
3.1.    Situación del problema.....	62
3.2.    Objetivos .....	63
3.2.1.    Objetivo General.....	63
3.2.2.    Objetivos específicos .....	63
3.3.    Metodología .....	63
3.3.1.    Fase Pre evaluativa.....	64
3.3.2.    Fase evaluativa.....	65
3.3.3.    Fase Post evaluativa .....	66
3.4.    Resultados .....	66
3.5.    Identificación de las necesidades .....	71
Necesidad identificada a intervenir .....	74
3.6.    Problema a intervenir.....	75
DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE PROYECTO .....	76
4.1.    Objetivos .....	76
4.1.1.    Objetivo General.....	76
4.1.2.    Objetivos Específicos.....	76
4.2.    Meta .....	77

4.3.	Beneficiarios .....	77
4.4.	Localización.....	77
4.5.	Recursos.....	77
4.6.	Metodología.....	79
4.7.	Estrategia.....	81
4.8.	Plan de seguimiento .....	84
4.8.1.	Informes de seguimiento.....	87
4.9.	Plan de evaluación .....	92
4.9.1.	Propuesta de Términos de referencia .....	92
4.10.	Plan de sostenibilidad.....	103
4.11.	Cronograma de ejecución.....	105
4.12.	Presupuesto .....	106
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....		108
5.1.	Conclusiones.....	108
5.2.	Recomendaciones .....	109
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		111



## ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Clasificación por departamentos según el Índice de Masa Corporal en Mujeres de 15 a 49 años (incluye El Alto).....	18
Cuadro 2 Índice de Masa Corporal .....	61
Cuadro 3 Matriz de priorización .....	73
Cuadro 4 Estrategia metodológica COMBI .....	81
Cuadro 5 Plan de seguimiento.....	89
Cuadro 6 Informes de seguimiento por niveles de organización .....	91

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Obesidad por departamentos, año 2016 (en porcentaje).....	17
Gráfico 2: Sobrepeso por departamentos, año 2016 (en porcentaje) .....	17
Gráfico 3: Caracterización integral de las funciones esenciales de la Salud Pública	37
Gráfico 4: América Latina (16 países): Tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población de 15 años de edad y más, por sexo, según país, último período disponible (Promedio de horas semanales).....	59

## ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1 Matriz de Marco lógico.....	115
Anexo N°2 Matriz de involucrados.....	119
Anexo N°3 Árbol de problemas.....	121
Anexo N° 4 Objetivos conductuales preliminares .....	122
Anexo N°5 Técnica Mapa parlante .....	124
Anexo N°6 Técnica de presentación e integración Temores y esperanzas .....	125
Anexo N° 7 Instrumento para definir objetivos conductuales HICDARM .....	127
Anexo N° 8 Instrumento para definir estrategia comunicacional MSCREFS .....	129
Anexo N° 9 Técnica de presentación e integración Logotipos .....	132
Anexo N° 10 Técnica de autoconocimiento y autovaloración Mi distinción personal .....	133
Anexo N° 11 Minuta de reuniones mensuales .....	135
Anexo N° 12 Guía de observación.....	136
Anexo N° 13 Guía de entrevista grupal .....	137
Anexo N° 14 Planes Operativos.....	138
Anexo N° 15 Guía de entrevista a los responsables de las actividades (Equipos)...	146

## **GLOSARIO**

**COMBI:** Communication for behavioural impac (Comunicación para el impacto conductual

**DSS:** Determinante Sociales de la Salud

**EDSA:** Encuesta de Demografía y Salud

**ENT:** Enfermedades No Transmisibles

**FESP:** Funciones Esenciales de la Salud Publica

**IMC:** Índice de Masa Corporal

**SAFCI:** Salud Familiar Comunitaria Intercultural

**OMS:** Organización Mundial de la Salud

**OPS:** Organización Panamericana de la Salud

## INTRODUCCIÓN

El sobrepeso y la obesidad son considerados un grave problema de salud pública, por su presencia en enfermedades crónicas no transmisibles que se observan cada vez más en las mujeres. Para tratar este fenómeno se exige que las personas que lo padecen cambien sus hábitos, estilos de vida, dietas alimenticias, entre otros. Sin embargo, estas circunstancias están ligadas a construcciones de género y patrones culturales compartidos por toda la comunidad. Estas enfermedades no son solo condiciones médicas, son un problema social que por lo tanto necesitan una explicación e intervención desde un enfoque social (Cruz, 2013, p. 166).

En el marco del estudio realizado que tuvo como finalidad identificar estrategias de cuidado de las mujeres con sobrepeso y obesidad de la zona 1° de Mayo, quienes se constituyen ahora beneficiarias del proyecto.

El objetivo principal de este proyecto es lograr el desarrollo de un estilo de vida saludable en cada una de las mujeres beneficiarias. Es así que se analizó los factores que obstaculizan o dificultan el mejoramiento de su salud integral.

El abordaje social de carácter integral y sistémico permitió abordar con mayor científicidad el diagnóstico y la propuesta de intervención social sobre el sobrepeso y obesidad en mujeres.

El presente documento es presentado por capítulos para una mejor lectura, siendo estos los siguientes:

En el capítulo I se exponen los antecedentes, la naturaleza del proyecto y la importancia para Trabajo Social.

En el capítulo II se desarrolla el marco referencial que permite situar y entender el problema social.

El diagnóstico desde sus objetivos, metodología y resultados se presentan en el capítulo III.

De este modo, en el capítulo IV se desarrolla la propuesta de proyecto donde se expone estrategias para contribuir a la resolución de la problemática. Se considera los objetivos planteados conforme a las necesidades identificadas en el anterior apartado, teniendo una descripción de las beneficiarias, localización, metas, metodología, estrategias, incluyendo el plan de monitoreo, evaluación y sostenibilidad, cronograma de ejecución y presupuesto.

Y finalmente se presentan las conclusiones y recomendaciones en el capítulo V.

Se requiere dar a conocer la experiencia que se tuvo de realizar el diagnóstico y el proyecto durante la pandemia, la aparición del Covid-19 modificó la forma de vida de todo el mundo, en Bolivia como en otros países se instauraron medidas de bioseguridad lo cual hablando de la labor de investigación, alteró la manera convencional de ejecutar las actividades necesarias de obtención de datos de fuentes primarias, se buscó maneras de lograr los objetivos, se tomaron medidas de bioseguridad, se utilizó insumos de bioseguridad como el barbijo, alcohol en gel, guantes para poder concluir nuestras diligencias satisfactoriamente. Esta pandemia fue un desafío como personas, estudiantes, futuras profesionales; pero se comprendió y experimento lo dinámicas y versátiles que se debe ser para cumplir las metas.

## **CAPÍTULO I**

### **ANTECEDENTES DE LA OBESIDAD A NIVEL MUNDIAL Y NACIONAL**

La Organización Mundial de la Salud (OMS), indica que “desde 1975, la obesidad se ha triplicado en todo el mundo” (OMS, 2020), Asimismo, la Organización Panamericana de Salud (OPS), señala que en los últimos 20 años ha ocurrido un rápido incremento de estas enfermedades con un impacto mayor en zonas y países donde se consumen muchos alimentos procesados; es decir, que la obesidad y el sobrepeso son enfermedades que están afectando la salud de la población; también, puntualiza que las mujeres tienen un 10% más en la tasa de obesidad; comparada con la de los hombres (OPS, 2017).

Además, es preciso recalcar que el acelerado aumento del sobrepeso y obesidad; son importantes factores de riesgo para padecer Enfermedades No Transmisibles (ENT), tales como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y otras, además de muerte prematura.

Entonces podemos decir que la obesidad es una enfermedad prevalente y, en la mayoría de los casos es crónica, además tienen un fuerte componente social relacionado con los estilos de vida y de hábitos alimentarios. (Medina, Aguilar, & Sole, 2014, p. 68) De la misma forma, el aumento de la obesidad y sobrepeso de las mujeres está relacionado con cuatro condiciones socioeconómicas: 1) estilo de vida, 2) el uso de tiempo, 3) factores hereditarios y 4) la posibilidad de mejorar la calidad de vida, estas condiciones son determinantes para definir los estatus de las mujeres (Esquivel, 2004). A pesar de los mencionados componentes sociales dentro de estas enfermedades los estudios sobre este tema son cuantitativos en su mayoría.

No obstante, el sobrepeso y la obesidad ponen al descubierto distinciones sociales y de género dentro de nuestra sociedad. Entre estas desigualdades de géneros esta la percepción de que los varones son más aptos para actividades físicas; lo que conlleva que obtienen más oportunidades a realizarlas; en comparación las mujeres son asociadas con actividades sedentarias.

Así también las mujeres son presionadas con publicidad de un cuerpo delgado y esbelto para entrar dentro de los lineamientos de lo considerado “bello y sano” (Cruz, Tuñón, Villaseñor, Álvarez, & Nigh, 2013, p. 174). De ahí que la familia se convierte en la principal fuente de presión para que las mujeres con estas enfermedades puedan cambiar esta situación y así asociarse a los estándares de lo considerado sano; en ese sentido, son las madres las encargadas de imponer desacuerdo por el peso corporal de estas mujeres, tales manifestaciones de disconformidad se manifiestan en bromas, insultos e indirectas, que son justificados con discursos de preocupación por el tema salud, teniendo un trasfondo estético y de prejuicios hacia esta condición. De forma similar en el ámbito laboral existe la presencia de prejuicios respecto a empleados y empleadas con sobrepeso y obesidad, asociando a estas a menos productividad, actividad, cuidado y disciplina, lo que los excluye de ascensos, contrataciones, entre otros; es aún más marcada la línea de discriminación para las mujeres; esto podría ser un factor del porque hay mayor tasa de desempleo en el sexo femenino (Bautista, Márquez, Ortega, García, & Alvarez, 2019, pp. 125 y 126).

Ahora bien, en América Latina el sobrepeso y obesidad es un problema de salud pública, esta enfermedad que conlleva otras complicaciones; pone en riesgo la calidad

de vida de las personas que la sufren, alrededor del 64% de los adultos tiene sobrepeso y el 30,5% es obeso (Cirilo, 2012, p. 1).

Por su parte, los países donde la obesidad en las mujeres ha avanzado con mayor rapidez en los últimos 31 años son los siguientes: Haití, República Dominicana, Costa Rica, Salvador y Honduras (Orgaz, 2019). Este aumento en las cifras se puede atribuir al cambio demográfico, social, cultural y estilos de vida que se viven en naciones que están en vías de desarrollo, desligando así a la obesidad y sobrepeso de ser una enfermedad de países desarrollados.

Se debe mencionar que además del crecimiento económico, el aumento de la urbanización, los ingresos medios de las personas y la incorporación de la región latinoamericana en los mercados internacionales, han reducido el empleo de alimentos bajo preparaciones tradicionales, aumentando el consumo de productos ultra procesados (OPS, s.f.).

Por otro lado, muchos países latinoamericanos cuentan con políticas y programas para reducir este fenómeno, tal es el caso de México que incremento la tasa de impuestos a alimentos bajos en nutrientes para desincentivar el consumo de comestibles chatarra y bebidas altamente azucaradas; también tenemos a Chile que tiene una reglamentación en cuanto a la publicidad de suministros que incluyen diseño de envases, formas de promoción y ubicación de alimentos no saludables, todo esto, con tal de reducir los riesgos de sufrir sobrepeso y obesidad dentro de su población.

De la misma forma, la OMS apoyo a Argentina, Chile, Brasil, Costa Rica y México para la prohibición del consumo de grasa trans cuyo propósito es eliminar los Ácido Grasos de tipo trans para el 2030; en esta línea son Ecuador y Chile quienes cuentan

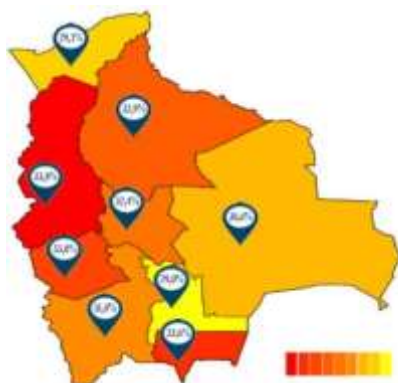


con normas de etiquetado; el primero constituye en un semáforo nutricional que indica de manera didáctica lo niveles de grasa, grasas saturadas, azúcares y sodio en alimentos procesados, el segundo país cuenta con un sistema de octógonos de color negro que sigue las normas de información nutricional.

Por último, en Colombia tiene programas que fomentan la actividad física individual y comunitaria, con la creación de ciclo vías, cierre de calles lo que motiva a correr, caminar, jugar, mostrando así resultandos favorables; Brasil cuenta con su programa Agita siendo esta una estrategia de intervención comunitaria que promueve una vida activa (Kennedy & Lama, 2018, pp. 29- 32).

Ahora bien, si se habla de Bolivia lo casos de sobrepeso y obesidad también aumentaron en los últimos años, a continuación, se presentarán dos mapas que exponen el sobrepeso y obesidad en los nueve departamentos del país reflejado en porcentajes:

**Gráfico 1: Sobrepeso por departamentos, año 2016 (en porcentaje)**



**Gráfico 2: Obesidad por departamentos, año 2016 (en porcentaje)**



Fuente: Instituto Nacional de Estadística – Encuesta de Demografía y Salud 2016.

El Gráfico 1, muestra al departamento de La Paz con un 33,8% de personas con sobrepeso situándolo en el departamento con más sobrepeso a nivel nacional, en el Gráfico 2 tenemos a Santa Cruz con 32.5% teniendo así mayor porcentaje de obesidad,

sobrepasando incluso al índice de sobrepeso existente en este departamento. Estas cifras ponen en evidencia la necesidad de la creación y aplicación de políticas integrales para prevenir y tratar el sobrepeso y la obesidad, dentro del territorio boliviano, para reducir el riesgo a enfrentar el acrecentamiento de personas que desarrollen Enfermedades no Transmisibles a consecuencia de estas dos condiciones.

Para saber si una persona tiene sobrepeso u obesidad el Índice de Masa Corporal (IMC), sin ser una medida perfecta, permite una aproximación al estado nutricional de niños y niñas mayores de cinco años, adolescentes y personas adultas no embarazadas bajo estas especificaciones en la Encuesta de demografía y Salud (EDSA) de la gestión 2016, se presenta una tabla del panorama nacional con relación a mujeres de 15 a 49 años con sobrepeso y obesidad, incluyendo al municipio de El Alto (Instituto Nacional de Estadística, 2017).

**Cuadro 1 Clasificación por departamentos según el Índice de Masa Corporal en Mujeres de 15 a 49 años (incluye El Alto)**

Departamentos	Delgada	Normal	Sobrepeso	Obesidad	Sobrepeso y Obesidad
<b>Beni</b>	1,4	35,2	32,9	30,5	63,4
<b>Santa cruz</b>	2,5	34,4	30,6	32,5	63,1
<b>Tarija</b>	1,5	37,5	33,6	27,4	61,0
<b>El Alto</b>	<b>0,8</b>	<b>41,0</b>	<b>33,1</b>	<b>25,0</b>	<b>58,1</b>
<b>La Paz</b>	1,1	42,4	33,8	22,6	56,4
<b>Cochabamba</b>	1,8	42,9	32,4	22,8	55,2
<b>Pando</b>	2,1	44,8	29,1	24,0	53,1
<b>Chuquisaca</b>	1,5	45,8	29,0	23,8	52,8
<b>Oruro</b>	2,1	45,5	33,0	19,4	52,4
<b>Potosí</b>	1,0	50,7	31,8	16,5	48,3

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE) – Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) 2016.

Como se puede observar en el cuadro anterior los departamentos de Beni, Santa Cruz y Tarija lideran la lista con mayor cantidad de mujeres que sufren obesidad o sobrepeso. Sin embargo, resalta alarmantemente datos de la ciudad de El Alto, al estar por encima de seis departamentos (La Paz, Cochabamba, Pando, Chuquisaca, Oruro y Potosí), siendo este un municipio. (Colque & Mamani, 2018, p. 7). Estos datos no quieren decir que un gran número de personas dentro de El Alto sufren de estas enfermedades, además, también afecta a la población joven, incluidos los niños y adolescentes. Esto puede tener consecuencias a largo plazo para su salud y bienestar, ya que el sobrepeso y la obesidad en la infancia tienen persistir en la edad adulta.

Considerando que la alimentación es un factor notable para el aumento de peso en las personas, la urbe alteña opta el consumo de alimentos altos en carbohidratos como la papa, chuño, arroz, fideos, panes, masas en general, entre otros; hacen parte a lo que muchos llaman la “dieta andina”. A esto le sumamos el mercado saturado de comida rápida que se extendió de manera acelerada, facilitando el consumo masivo de platillos como la conocida salchipapa, hamburguesas, pollo frito, tucumanas entre muchos otras; siendo está una razón de que las familias alteñas no tengan variación dentro de los grupos de alimentos que consumen en su dieta diaria (Colque & Mamani, 2018, p. 8).

Todo esto parece confirmar que las mujeres alteñas con sobrepeso y obesidad están propensas a sufrir enfermedades cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, hipertensión; como consecuencia de su condición en vista que tienen acceso limitado a la salud debido a costos de atención, la búsqueda de métodos naturales como licuados proteínicos, regímenes dietéticos que buscan por internet, productos que ofrecen pérdida de peso rápida y sin rebote (Nuez de la India, Herbalife, entre otros). Las fuentes de consumo de productos para bajar de peso con efecto rebote pueden variar, Pero es importante tener en cuenta que estos productos suelen ser promocionados como soluciones rápidas y milagrosas para perder peso. Algunas fuentes comunes de estos productos son:

1. Redes sociales y publicidad en línea: Muchos productos para bajo de peso con efecto rebote se promocionan en redes sociales y sitios web, utilizando

testimonios y promesas de resultados rápidos. Es importante tener precisión al confiar en este tipo de publicidad y autobús información adicional antes de tomar una decisión.

2. Comercio en línea: Muchos productos para bajar de peso con efecto rebote se venden en línea a través de noticias en línea o sitios web dedicados a la venta de suplementos y productos para la publicación de peso. Es importante investigar y leer reseñas antes de realizar una compra.
3. Tiendas de productos naturales y suplementos: Armas nuevas de productos naturales y suplementos pueden vender productos para bajo de peso con efecto rebote **1**. Es importante tener en cuenta que la venta de estos productos no está regulada de la misma manera que los medicamentos y es posible que no se haya demostrado su eficacia.

Es importante registrar que la pérdida de peso saludable y sostenible se logra a través de cambios en el estilo de vida, como una alimentación equilibrada y actividad física regular. Consultar con un profesional de la salud, como un médico o un nutricionista, puede ser útil para recibir orientación y apoyo en el proceso de publicación de peso.

Lo que se constituye como una señal de alerta, para buscar mecanismos integrales e interdisciplinarios para la prevención y tratamiento del sobrepeso y la obesidad dentro del país.

Es importante aclarar que la diferencia entre obesidad y sobrepeso radica en el grado de acumulación de grasa corporal. El sobrepeso se refiere a tener un peso corporal más alto de lo considerado saludable para la estatura y composición corporal de una persona. Por otro lado, la obesidad se refiere a una acumulación exclusiva de grasa corporal.

En términos de índice de masa corporal ( IMC ), se considera sobrepeso cuando el IMC está entre 25 y 29.9, y se considera la obesidad cuando el IMC es igual o superior a 30.

La obesidad en Bolivia es un problema de salud pública que afecta a toda la población, pero especialmente a las mujeres. La prevalencia de obesidad ha aumentado

significativamente en los últimos años, lo que ha llevado a un aumento de los problemas de salud relacionados, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2 y algunos tipos de cáncer.

En el caso de las mujeres, existen factores específicos que contribuyen a la alta prevalencia de obesidad. Estos factores incluyen la falta de acceso a alimentos saludables, la influencia de la publicidad de alimentos poco saludables, la falta de tiempo para realizar actividad física debido a las responsabilidades familiares y laborales, y los roles de género tradicionales que pueden limitar la participación de las mujeres en actividades físicas.

Además, la obesidad en las mujeres puede tener consecuencias adicionales debido a los cambios hormonales asociados con el embarazo, la menopausia y otros eventos relacionados con la salud reproductiva. Esto puede aumentar el riesgo de complicaciones durante el embarazo, como la diabetes gestacional, y aumentar el riesgo de enfermedades crónicas a largo plazo.

Es importante destacar que la obesidad en las mujeres no solo tiene impactos negativos en la salud individual, sino también en la salud de la familia y la comunidad en general. Las mujeres desempeñan un papel fundamental en la alimentación y el cuidado de la salud de sus familias, por lo que abordar la obesidad en este grupo poblacional puede tener un impacto positivo en la salud de toda la comunidad.

Para abordar el problema de la obesidad en Bolivia, es necesario implementar estrategias integrales que promuevan la educación nutricional, el acceso a alimentos saludables, la promoción de la actividad física y la creación de entornos favorables para la adopción de estilos de vida saludables. Además, es importante fomentar la

equidad de género y promover la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su salud y bienestar.

La obesidad en Bolivia, especialmente en las mujeres, tiene varios impactos y consecuencias significativas. Algunos de ellos incluyen:

1. Problemas de salud: La obesidad está asociada con una serie de problemas de salud, como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades respiratorias, ciertos tipos de cáncer y trastornos musculoesqueléticos. Estas condiciones pueden reducir la calidad de vida de las personas y aumentar el riesgo de discapacidad y mortalidad prematura.
2. Carga económica: La obesidad puede generar una carga económica significativa en términos de costos de atención médica y pérdida de productividad laboral. El tratamiento de las enfermedades relacionadas con la obesidad puede ser costoso y requerir recursos de salud limitados.
3. Impacto psicológico: La obesidad puede tener un impacto negativo en la salud mental y el bienestar emocional de las personas. Las personas con obesidad pueden experimentar estigmatización, discriminación y baja autoestima, lo que puede afectar su calidad de vida y relaciones sociales.
4. Transmisión intergeneracional: La obesidad en las mujeres puede tener un impacto en la salud de las generaciones futuras. Las mujeres con obesidad tienen un mayor riesgo de tener hijos con problemas de salud, como bajo peso al nacer, malformaciones congénitas y mayor riesgo de desarrollar obesidad y enfermedades crónicas en la vida adulta.

5. Desigualdades de género: La obesidad en las mujeres puede verse agravada por desigualdades de género, como la falta de acceso a alimentos saludables, la carga desproporcionada de responsabilidades familiares y laborales, y los roles de género tradicionales que pueden limitar la participación de las mujeres en actividades físicas y el autocuidado de la salud.

Para abordar estos impactos y consecuencias, es necesario implementar estrategias integrales que promuevan la educación nutricional, el acceso a alimentos saludables, la promoción de la actividad física y la equidad de género. También es importante fomentar la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su salud y bienestar, así como fortalecer los sistemas de salud para brindar atención y tratamiento adecuados.

Según los datos disponibles, en los últimos cinco años en Bolivia ha habido un aumento preocupante en las tasas de sobrepeso y obesidad en mujeres. A continuación, se presentan algunos datos estadísticos relevantes:

1. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2016: Según esta encuesta, el 31% de las mujeres bolivianas mayores de 15 años tenían sobrepeso, mientras que el 23% eran obesas.
2. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2017: En esta encuesta, se informó que el 32% de las mujeres bolivianas mayores de 15 años tenían sobrepeso, mientras que el 24% eran obesas.

3. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2018: Según los datos de esta encuesta, el 33% de las mujeres bolivianas mayores de 15 años tenían sobrepeso, mientras que el 25% eran obesas.
4. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2019: En esta encuesta, se informó que el 34% de las mujeres bolivianas mayores de 15 años tenían sobrepeso, mientras que el 26% eran obesas.
5. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES) 2020: Según los datos de esta encuesta, el 35% de las mujeres bolivianas mayores de 15 años tenían sobrepeso, mientras que el 27% eran obesas.

Estos datos muestran un aumento constante en las tasas de sobrepeso y obesidad en mujeres en Bolivia en los últimos cinco años. Es importante destacar que estos datos son aproximados y pueden variar según la fuente y la metodología utilizada en las encuestas. Sin embargo, reflejan una tendencia preocupante que requiere acciones y políticas para abordar el problema de la obesidad en el país.

Es evidente el rápido crecimiento en el número de personas con sobrepeso y obesidad, las mujeres constituyen uno de los grupos más vulnerables a sufrir estas enfermedades que a largo plazo derivarían en complicaciones cardiovasculares, diabetes, hígado graso, entre otros, que no sólo afectan su condición física sino también el desarrollo de sus actividades dentro de su vida cotidiana y problemas con su autoestima.

De esta manera, el presente proyecto social es planificado desde el enfoque educativo, ya que, se desarrollará capacitaciones, talleres formativos en áreas como los hábitos alimentarios, género y cursos de actividad física. Buscando, de esa manera desarrollar un estilo de vida saludable en las mujeres con sobrepeso y obesidad.



Se trabajará con metodologías participativas, estas metodologías son herramientas prácticas que generar transformaciones sociales desde y por, los procesos locales y comunitarios. Para el diseño de la propuesta de proyecto se empleó el método del Marco Lógico con cuatro pasos, que se puede apreciar en el anexo N° 1, 2 y 3. Es así, que el diseño del proyecto es una adaptación de la metodología de Comunicación y movilización para el cambio conductual (COMBI), como guía que consta de tres fases la planificación, ejecución y evaluación del proyecto.

El proyecto tiene un enfoque desde la economía del cuidado, que será el eje rector de las acciones diseñadas, planificadas y ejecutadas. Es importante recalcar que el proyecto social contribuirá de manera positiva y significativa al decreto supremo N° 29601 modelo de salud familiar comunitario intercultural (SAFCI) que es el modelo de gestión en salud vincula la participación social con los niveles de gestión estatal en salud y las instancias de concertación.

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), como política de salud del Estado Plurinacional de Bolivia, es una nueva forma de comprender y hacer la salud, que complementa y articula el quehacer del personal de salud con la persona, la familia y la comunidad; mediante acciones del llamado Modelo de Gestión Participativa y Control Social y; del Modelo de Atención Integral intercultural.

Los objetivos de la política están dirigidos a:

- Garantizar el acceso a salud
- Promover la participación social en la toma de decisiones sobre la salud
- Brindar servicios de salud, a la persona, familia y comunidad
- Articular la medicina biomédica y la tradicional

- Contribuir a mejorar las condiciones de vida, para el vivir bien.

Como es conocido, la política SAFCI tiene cuatro principios fundamentales: Integralidad, Intersectorialidad, Interculturalidad y Participación Social.

Es en el marco de esta política, que se crea la *Estrategia de Actuación Integrada*, especialmente dirigida a enfrentar los cambios del perfil epidemiológico y perfil demográfico existentes en nuestro país. Estos cambios implican que las principales causas de morbilidad y mortalidad ya no son -exclusivamente- las enfermedades transmisibles, sino que ahora cobran importancias las Enfermedades No Transmisibles (cardiovasculares, diabetes, cánceres, respiratorias obstructivas, etc.), y sus Factores de Riesgo ligados con el comportamiento humano, como el Consumo de tabaco, el Consumo perjudicial de alcohol, el Sedentarismo y el Sobrepeso y los Hábitos alimentarios inadecuados.

La *Estrategia de Actuación* fue diseñada para ser aplicada en las Redes Funcionales de Servicios de Salud, es decir serán las prácticas a ser incorporadas en los servicios de salud de primer, segundo y tercer nivel, mediante procesos de organización, articulación e integración.

Esta estrategia, actuará en tres ámbitos:

- **Ámbito comunitario:** donde la participación real y efectiva de la comunidad organizada, estará orientada a la Promoción, Prevención y al acompañamiento de acciones para la Rehabilitación (de base comunitaria como lo son los Grupos de Auto Ayuda).

- **Ámbito de servicios:** para la atención integral, intercultural, centrada en la persona y oportuna, se emplearán procedimientos de articulación de servicios para la Atención Regular y de Emergencia, para el manejo de Información y la Vigilancia epidemiológica, para el Empoderamiento Comunitario y para la Educación continua de los equipos de salud.

- **Ámbito de políticas públicas:** para satisfacer las necesidades y demandas de las comunidades, se establecerán mecanismos (interinstitucionales y con diferentes actores sociales) que ayuden a la administración estatal local a tomar las mejores decisiones que contribuyan a la salud de la población (ej.: control sobre el uso de sal, control sobre el consumo perjudicial de alcohol, prohibición del consumo de tabaco, habilitación de espacios para la actividad física de la población, etc.).

### **1.1. Importancia para Trabajo Social**

La importancia que tiene el presente proyecto va permitir fortalecer las funciones del área de Trabajo Social, ya que se aborda una problemática como es el sobrepeso y obesidad que no es atendida de forma directa por el área social. En ese sentido, se debe desarrollar un nivel de adaptación de metodologías en salud para ser adecuadas con un componente multidisciplinario.

El sobrepeso es un problema de salud pública que afecta a nivel mundial, y Bolivia no es una excepción. Abordar esta temática desde el Trabajo Social es de vital importancia debido a varios aspectos:

1. **Impacto en la salud:** El sobrepeso está asociado a numerosas enfermedades crónicas, como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de

cáncer. Al abordar esta temática, el Trabajo Social puede contribuir a promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades relacionadas con el sobrepeso.

2. **Desigualdades sociales:** El sobrepeso tiende a afectar de manera desproporcionada a grupos socioeconómicos más desfavorecidos. El Trabajo Social puede jugar un papel fundamental en identificar y abordar las desigualdades sociales que contribuyen al sobrepeso, como la falta de acceso a alimentos saludables y la falta de oportunidades para realizar actividad física.
3. **Empoderamiento de la comunidad:** Al abordar la temática de sobrepeso, el Trabajo Social puede empoderar a las comunidades para que tomen medidas y promuevan cambios en su entorno. Esto puede incluir la creación de programas de educación nutricional, la promoción de espacios seguros para la actividad física y la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud.
4. **Enfoque multidisciplinario:** El abordaje del sobrepeso requiere de la colaboración de diferentes disciplinas y sectores. El Trabajo Social puede desempeñar un papel de coordinación y facilitación entre los diferentes actores involucrados, como profesionales de la salud, educadores, autoridades locales y organizaciones comunitarias.

Abordar la temática de sobrepeso en Bolivia y principalmente en la ciudad de El Alto, desde el Trabajo Social es esencial para promover la salud, reducir las desigualdades sociales y empoderar a las comunidades. Es un enfoque multidisciplinario que busca

generar cambios positivos en la sociedad y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por el sobrepeso.

**a) Salud y bienestar**

El sobrepeso y la obesidad son problemas de salud que pueden tener consecuencias crónicas para las personas, como enfermedades cardiovasculares, diabetes y problemas musculoesqueléticos. El Trabajo Social puede desempeñar un papel fundamental en la promoción de estilos de vida saludables y en la prevención y tratamiento del sobrepeso, contribución, así como al bienestar de la población boliviana.

**b) Acceso a recursos y servicios**

El Trabajo Social puede ayudar a identificar y abordar las barreras que dificultan el acceso de las personas con sobrepeso a recursos y servicios necesarios para su bienestar. Esto incluye el acceso a alimentos saludables, espacios para la actividad física, servicios de atención médica y programas de apoyo psicosocial.

**c) Trabajo Social y colaboración**

El abordaje del sobrepeso requiere de la colaboración y coordinación entre diferentes actores y sectores, como el sector de la salud, la educación, la alimentación y la sociedad civil. El Trabajo Social puede desempeñar un papel clave en la creación de redes y alianzas para abordar de la manera integral la temática del sobrepeso en Bolivia.

El Trabajo Social puede desempeñar un papel fundamental en el diseño e implementación de proyectos de salud interdisciplinarios, ya que se fortalece y ejerce la función de gestión social detallando en los siguientes párrafos:

En primer lugar, el Trabajo Social puede contribuir en la identificación de las necesidades sociales de la población objetivo del proyecto. Esto implica realizar estudios y análisis de la situación social de dicha población, identificar los determinantes sociales de la salud y contemplarlos en la planificación del proyecto. Que implica abordar la problemática que no es atendida de forma directa por el área social.

Además, el Trabajo Social puede ayudar en la elaboración de estrategias de intervención y en el diseño de programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Esto implica considerar factores como la accesibilidad a los servicios de salud, la educación para la salud, el apoyo emocional y social a las personas y grupos vulnerables, entre otros aspectos relevantes para mejorar la salud de la población.

Asimismo, el Trabajo Social es fundamental en la coordinación y colaboración con otros profesionales de la salud y disciplinas relacionadas. Esto implica establecer redes y alianzas con diferentes actores y organizaciones involucradas en el proyecto, con el objetivo de garantizar una atención integral y de calidad a los usuarios. Por lo que, el asume un nivel de adaptación de metodologías de salud para aplicarlos con un componente multidisciplinario.

Por último, el Trabajo Social puede desempeñar un papel importante en la evaluación de resultados y el seguimiento del proyecto. A través de la recolección y análisis de datos, asimismo, puede evaluar el impacto del proyecto en la población objetivo, identificando fortalezas y áreas de mejora, y proponiendo recomendaciones para su

continuidad y sostenibilidad. Potenciando la intervención desde la profesión y contribuir a la creación de teoría.

El Trabajo Social aporta una perspectiva enfocada en los aspectos sociales de la salud, lo que permite diseñar e implementar proyectos de salud interdisciplinarios más inclusivos y efectivos, generando un mayor impacto en la calidad de vida de las personas.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

En el presente capítulo, analizaremos la información existente en cuanto a la temática a abordar con el fin de contextualizar el estudio y proyecto, e identificar las principales propuestas que nos lleven a cumplir con el objetivo del trabajo.

#### **2.1. Salud y proceso salud-enfermedad**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (Alcántara Moreno, 2008).

La salud es importante a nivel social porque una población saludable contribuye al desarrollo de una sociedad activa, reproductiva y equitativa. Además, promueve la calidad de vida y el bienestar general de la comunidad.

Cuando se habla del término proceso salud-enfermedad en medicina y ciencias de la salud es para describir las diferentes etapas por las que una persona atraviesa durante su estado de salud y también cuando está enferma. Esta concepción reconoce que la

salud y la enfermedad no son estados invariables, sino que son procesos en constante cambio a lo largo del tiempo.

Durante el estado de salud, una persona se considera libre de enfermedad y experimenta bienestar en términos físicos, mentales y sociales. Sin embargo, diversos factores pueden influir en esta condición y desencadenar la aparición de una enfermedad, como factores genéticos, ambientales o sociales.

Cuando una persona se enferma, comienza un proceso de enfermedad que incluye diferentes fases, como la manifestación de síntomas, el diagnóstico, el tratamiento y la recuperación. La duración y la gravedad del proceso pueden variar según el tipo de enfermedad y la respuesta individual al tratamiento.

Es importante destacar que el proceso salud-enfermedad no sigue una línea recta y uniforme, ya que cada individuo tiene sus propias características y responde de manera única a los factores que influyen en su salud. Además, factores sociales, económicos y culturales también pueden tener un impacto en la salud y la enfermedad de las personas.

El objetivo de comprender y estudiar el proceso salud-enfermedad es poder promover y mantener la salud de las personas, así como prevenir y tratar adecuadamente las enfermedades. Esto implica llevar a cabo acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación.

Así mismo, el proceso salud-enfermedad se explica como una interacción completa entre diversos factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales que influyen en el estado de salud de una persona. Este proceso no se limita únicamente a la



presencia o ausencia de conferencias, sino que también considera el bienestar físico, mental y social de un individuo.

La construcción del concepto salud-enfermedad no puede entenderse fuera de su marco cultural, ya que los valores, representaciones, roles y expectativas de las personas van configurando lo que cada uno entiende y vive como el proceso salud-enfermedad. Cada sociedad, y cada grupo familiar resuelve cotidianamente cómo cuidar la salud y cómo recuperarla cuando se ha deteriorado, siendo éste un proceso dinámico no sólo desde la propia experiencia personal sino también en relación al contexto que la determina (Sacchi, Hausberger, & Pereyra, 2017).

En ese sentido, es relevante recalcar que para el estudio diagnóstico realizado previamente y para la elaboración de la propuesta de proyecto, este proceso salud-enfermedad está caracterizado e identificado dentro de un grupo específico que son mujeres de 30 a 60 años de edad que además presentan sobrepeso y obesidad. Se considera así posible reconocer las características principales de este grupo social y como es que su entorno social, cultural, político y económico son determinantes para su salud.

## **2.2. Determinantes sociales de la Salud**

La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OPS, s.f.).

En el caso del sobrepeso y la obesidad, los determinantes sociales de la salud son especialmente importantes debido a que estos factores tienen un impacto significativo

en el desarrollo de estas condiciones. A continuación, se presentan algunas razones por las cuales son importantes:

- **Desigualdades en el acceso a alimentos saludables:** Las personas que viven en áreas con poca disponibilidad de alimentos frescos y saludables, conocidas como "desiertos de alimentos", tienen una mayor probabilidad de tener una dieta poco saludable y desarrollar sobrepeso y obesidad. Estas disparidades en el acceso a alimentos saludables pueden deberse a factores socioeconómicos, como la falta de tiendas de comestibles cercanas o la imposibilidad económica de comprar productos frescos. Es importante abordar estas desigualdades para garantizar que todas las personas tengan acceso a alimentos saludables.
- **Ambientes obesogénicos:** Los entornos físicos, como el lugar de trabajo, la escuela o el vecindario, pueden promover comportamientos poco saludables, como la falta de oportunidades para la actividad física o la exposición excesiva a alimentos poco saludables y bebidas azucaradas. Es necesario trabajar en la creación de entornos que fomenten la adopción de comportamientos saludables, como la disponibilidad de áreas verdes para la actividad física o políticas que regulen la publicidad de alimentos poco saludables.
- **Nivel educativo y conciencia:** El nivel educativo de una persona puede influir en su conocimiento sobre una alimentación saludable y su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su alimentación y estilo de vida. Las políticas y programas de salud deben abordar la educación nutricional y promover la alfabetización en salud para empoderar a las personas y permitirles tomar decisiones saludables.

- **Desigualdades socioeconómicas:** La obesidad tiene una fuerte asociación con el nivel socioeconómico. Las personas con bajos ingresos tienen más probabilidades de tener una mala alimentación y menos acceso a servicios de atención médica preventiva y tratamientos. Es crucial abordar las desigualdades socioeconómicas para poder combatir efectivamente el sobrepeso y la obesidad.

En resumen, los determinantes sociales de la salud son fundamentales para abordar el sobrepeso y la obesidad, ya que influyen en la disponibilidad de alimentos saludables, en la creación de entornos obesogénicos, en la educación sobre nutrición y en las desigualdades socioeconómicas. Para combatir eficazmente el sobrepeso y la obesidad, es necesario tener en cuenta estos factores y desarrollar políticas y programas que aborden estos determinantes.

### **2.3. Salud Pública**

La salud pública representa la organización racional de todas las acciones y condiciones dirigidas a proteger a la colectividad de los factores de riesgo, a mejorar la convivencia y la calidad de vida; que a su vez presenta el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de la persona desde el momento de la concepción hasta la muerte.

Para lograr sus objetivos, la salud pública utiliza diversos métodos y herramientas, como la investigación epidemiológica, la educación sanitaria, la planificación y gestión de servicios de salud, la promoción de la vacunación, el control de enfermedades transmisibles, la vigilancia sanitaria, entre otros.

Es entonces, que la OMS define 11 Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) que se consideran apropiadas para la región las Américas. Su desarrollo conceptual comenzó en los años 2000 como respuesta a reformas sectoriales que amenazaban con quitar protagonismo al Estado y la salud pública en los Estados Unidos.

El objetivo principal de las FESP era definir estas funciones como parte fundamental del papel del Estado para asegurar la eficiencia y efectividad de los servicios de los programas de salud pública del país.

En la siguiente figura elaborada por la OPS (Organización Panamericana de Salud), plasma cuatro etapas dentro de las cuales se encuentran las 11 funciones esenciales de la salud pública. La primera etapa es la evaluación, en esta, lo que se busca es analizar los problemas de salud de la población y sus causas, también que limitaciones tiene el sistema de salud para poder abordar estos problemas de salud.

De ahí que, al obtener estos resultados se concilia un dialogo con la sociedad civil y la comunidad lo que se consolida como la segunda etapa el desarrollo de políticas, es en esta etapa donde se definen las líneas de acción para abordar los problemas de salud y sus causas.

Por consiguiente, en la tercera etapa se delimita la asignación de recursos (humanos, económicos, tecnológicos) que se requieren para que el sistema de salud fortalezca la capacidad de respuesta a los problemas de salud de la población. La última etapa busca producir condiciones de acceso a la salud, además, incluye capacidad de elaborar intervenciones que contemplen los factores de riesgo, determinantes sociales de la salud y la salud publica ambiental.

**Gráfico 3: Caracterización integral de las funciones esenciales de la Salud Pública**



Fuente: (Organización Panamericana de Salud, 2020).

En tal sentido, las Funciones Esenciales de la Salud Pública han sido revisadas y actualizadas por la necesidad de tener una visión más integral para la salud pública.

Los desafíos que tuvo el sector salud en la pandemia de Covid-19, desafió la capacidad de respuesta del sistema salud.

De esta manera, el panorama epidemiológico sumado a los cambios sociopolíticos ha llevado al aumento de las enfermedades no transmisibles; la violencia doméstica e interpersonal, el deterioro en la salud mental y el estrés que han ocupado lugares importantes en los problemas de salud principales de los últimos años demanda un abordaje intersectorial.

La estrategia busca la construcción de un modelo de atención que este centrado en las personas y comunidades, donde los mecanismos de colaboración entre diferentes instancias gubernamentales y no gubernamentales aborden los determinantes de salud.

Las Funcione Esenciales de la Salud Pública (FESP) serás resumidas y analizadas en los siguientes párrafos basados en (Organización Panamericana de Salud, 2020):

*I. Monitoreo y evaluación de la salud y el bienestar, la equidad, los determinantes sociales de la salud y el desempeño e impacto de los sistemas de salud*

Fortalecer los sistemas de información que incluyan parámetros sobre los determinantes sociales de la salud en los sistemas de monitoreo y evaluación. Que sirven como base para mejorar las políticas y programas sociales que influyen en la salud y el acceso equitativo a la salud.

El estudio, prevención y tratamiento del sobrepeso y obesidad como factor de riesgo de las enfermedades no transmisibles, así como su monitoreo y evaluación que incluya los determinantes sociales de la salud como: el estilo de vida, biología humana, el medio ambiente, su sistema sanitario, etc., son primordiales para la creación de políticas intersectoriales que brinden mejores resultados a corto y largo plazo. El sobrepeso y obesidad no solo son malos hábitos alimenticios sino más bien enfermedades ligadas a contextos sociales, económicos, culturales, donde, se debe formular soluciones estratégicas que serán posibles con datos tangibles, actuales y transversales para contra restar tales enfermedades. FUENTE

*II. La vigilancia en la salud pública: el control y la gestión de los riesgos para la salud y las emergencias*

Potenciar la evaluación de riesgos para el desarrollo de estrategias e intervenciones apoyadas en evidencias, que ayuden a fortalecer sistemas de alerta temprana para una reducción de riesgo que conlleva gestionar los recursos (humanos, financieros, tecnológicos y físicos). Es importante tomar en cuenta estos riesgos relacionados con los determinantes sociales de la salud, y la responsabilidad compartida entre los

gobiernos locales y las comunidades principalmente, y como otras instancias vinculadas a la promoción de la salud. Como se ha mencionado en el párrafo anterior, los determinantes sociales de la salud son factores imprescindibles, ahora bien, las personas con sobrepeso y obesidad son población vulnerable frente a varias enfermedades ya sean respiratorias, cardiovasculares, inmunológicas, diabetes, ...etc., por lo que la población que vive con estas enfermedades están... en alto riesgo en situaciones de riesgo y emergencias.

### *III. Promoción y gestión de la investigación y el conocimiento en el ámbito de la salud*

Desarrollar mecanismos eficientes y efectivos desde la administración y dirección de la investigación, que contribuyan al financiamiento, formulación y divulgación de la investigación en salud, tomando en cuenta dentro de las investigaciones los determinantes sociales de la salud, como también el marco regulatorio, su incidencia en limitaciones y desafíos a la capacidad de respuesta de los sistemas de salud.

La línea investigativa de enfermedades como el sobrepeso y obesidad, debe tomar en cuenta el marco legal de cada región, como también su contexto sociocultural. No se puede decir que es lo mismo tener sobrepeso en Estados Unidos que en Bolivia, como también ser hombre o mujer cambia considerablemente las condiciones de vivir con la enfermedad. El apoyo a estudios regionales focalizados producirá datos mucho más precisos, pero no todo se trata de recolección de datos sino también, del acceso a esa información adaptándola para cada público de manera fácil de comprender.

### *IV. Formulación e implementación de políticas de salud y promoción de legislación que proteja la salud de la población*

Planificación de políticas que incluyan aspectos como financiamiento, recursos humanos, tecnologías, programas específicos, determinantes sociales de la salud, actores públicos y privados políticas externas que tienen impacto en la salud. Las medidas deben facilitar la eliminación de las barreras de acceso a los servicios de salud, publica, individual y colectiva. También gestionar cambios que aborden el enfoque en los entornos sociales y físicos con mayor compromiso de socios intersectoriales.

Un enfoque integral para la creación de políticas de salud es necesario para todo tipo de enfermedades. El acceso a la salud no está garantizado para toda la población y es un lujo en muchos casos, se debe trabajar desde el marco legal que garantice dicho acceso como un derecho humano.

V. *Participación y movilización social, inclusión de actores estratégicos y transparencia*

Garantizar la participación de la sociedad civil y la comunidad dentro de la formulación de políticas, el Estado debe ofrecer espacios democráticos para poblaciones vulnerables, así también la sociedad civil con participación social debe asumir un rol de control social para brindar transparencia evitando así incumplimientos o falta de compromiso de las autoridades.

Las políticas, programas y proyectos orientados a las enfermedades no transmisibles (y otras enfermedades) se fortalecerán al contar con actores clave, estas personas miembros de la población deben asegurarse representar de manera honesta y clara las necesidades de sus bases. En Bolivia muchas personas viven con sobrepeso y obesidad sin darse cuenta que afecta a su salud a largo plazo y desconocen que estas son un factor de riesgo para el padecimiento de otras enfermedades. No se identifican así



mismas como población vulnerable por lo que limita su participación activa dentro del desarrollo de programas y proyectos.

#### *VI. Desarrollo de recursos humanos para la salud*

Regulación de la formación del personal de la salud, el establecimiento de estándares en pregrado, postgrado, y educación continua en el ejercicio de su profesión.

También la adquisición de habilidades para el trabajo interprofesional.

El Estado debe regular la oferta y demanda del mercado, donde se ofrezca un empleo digno junto con sistemas de protección contra riesgos del trabajo.

La formación de los profesionales en salud es un punto importante para iniciar una transformación dentro de la salud pública el ejercicio de su profesión que contemple análisis sanitario, comunitario y personal de las enfermedades contribuirá a mejorar la intervención de las enfermedades. Pero también, es imprescindible el trabajo interprofesional y la capacidad de trabajar junto a otros profesionales, en el caso del estudio de las enfermedades respecto a los determinantes sociales de la salud la colaboración con científicos sociales (Trabajo social, Sociología, entre otros) es importante para poder tener una lectura del contexto de las causas y efectos de las enfermedades.

#### *VII. Asegurar el acceso y el uso racional de medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales de calidad, seguras y eficaces*

Asegurar el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias esenciales es una función con impacto social que se extiende a toda la comunidad.

Entonces, se debe regular y fiscalizar la eficacia y calidad de los medicamentos y tecnologías, como también evaluar su incorporación y uso racional, por último, se debe contar con capacidad de promoción y financiamiento de las mismas.

#### *VIII. Financiamiento de la salud eficiente y equitativo*

Planificar estrategia presupuestaria del gasto público que implique mecanismos que efectivicen la equidad y eficiencia para fortalecer la salud pública.

Se debe reconocer la necesidad de mayor inversión en la salud pública desde las autoridades del gobierno central, gobernaciones y municipales también con autoridades del sistema nacional de salud. Para lograr la atención eficiente y equitativa de las enfermedades es imperante cuestionar la distribución de dinero, poder y recursos que tiene cada país.

Invertir en las determinantes sociales de la salud consolidaría la creación de sociedades más sanas.

#### *IX. Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad*

Fortalecer las intervenciones desde la intersectorialidad, basado en las personas, familias y comunidades, para así mejorar la atención del primer nivel y su articulación con los otros niveles. El primer nivel de atención en salud en muchos casos es limitado, para una persona con sobrepeso y obesidad acceder a servicios nutricionales u otras especialidades para diagnosticar las causas de su padecimiento se ve empañada por poca información relevante sobre estas enfermedades.

No se toma en cuenta el trasfondo del desarrollo del sobrepeso y obesidad, además de dejar de lado sus consecuencias por ser a mediano o largo plazo.

*X. Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud, reducir factores de riesgo y favorecer comportamientos saludables*

Asegurar acceso al conjunto de intervenciones de salud pública cuyo objetivo es reducir la exposición a los factores de riesgo que causan enfermedades no transmisibles y favorecer los entornos saludables. Dentro de esta FESP, se puede evidenciar la necesidad de tratar los factores de riesgo, siendo el sobrepeso y obesidad una de ellas, la actuación del Estado frente otros sectores como son la producción del tabaco, alcohol, alimentos azucarados es primordial para asegurar entornos saludables. En Bolivia no se regula del todo el ingreso de alimentos altos en grasas, azúcares y otros elementos dañinos para la salud y que ayudan al aumento de peso. Además de que se debe garantizar el acceso a una alimentación saludable para toda la población, la promoción de actividad física entre otras medidas que contribuyan a comportamientos saludables.

*XI. Gestión y promoción de las intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud*

Establecer la coordinación intersectorial en los tres niveles del Estado y asegurar la coherencia entre las políticas y la responsabilidad de cada nivel.

Al tener en cuenta los determinantes sociales de la salud se tiene una visión amplia donde la salud no solo depende de la biología humana, sino que están influenciadas por su entorno económico, físico y social. Lo que con lleva a planear políticas con abordaje integral teniendo en cuenta las necesidades sociales que aseguren el desarrollo humano con equidad y sostenibilidad. Es así como el sobrepeso y obesidad al ser abordado como un problema de salud que tienen incidencia dentro de lo

económico, social y físico y viceversa, se puede realizar una intervención integral para lograr resultados eficaces que sean sostenibles a largo plazo.

#### **2.4. Enfermedades no Transmisibles: Sobrepeso y obesidad**

Las enfermedades no transmisibles son enfermedades de larga duración y en su mayoría crónicas uno de sus factores de riesgo son el sobrepeso, la obesidad, presión arterial elevada, el aumento de colesterol en la sangre, asimismo, el consumo de tabaco, alcohol, régimen alimentario bajo en frutas y verduras, inactividad física y consumo de grasas entre otras. (Ministerio de Salud, 2018). Para este estudio se tomará el sobrepeso y la obesidad que se definen como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. (OMS, 2020).

Por otro lado, para Colque y Mamani (2018) el sobrepeso y la obesidad son estados que tienen diferentes características. Tener sobrepeso significa peso corporal por encima de lo que se considera normal y saludable (tomando en cuenta la edad, sexo, compleción física) (p. 4).

En cambio, la obesidad es el exceso de grasa corporal que se deposita y se acumula de forma generalizada. Para poder saber si tienen peso normal, obesidad o sobrepeso el 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. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ) (OMS, 2020).

## Cuadro 2 Índice de Masa Corporal

IMC	Quiere decir:
Menos a 18,5	Delgado/a
18,5 a 24,9	Peso Normal
25 a 29,9	Sobrepeso
Mayor a 30	Obesidad

Fuente: (Colque & Mamani, 2018)

En América Latina el 59% de las personas adultas sufren de sobrepeso y obesidad, frente a 36,6% a nivel mundial, situándola, así como la región más obesa del mundo (OMS, 2019), así mismo para el año 2014 se estimó que la media de prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 18 años y más, en la región de Latinoamérica y El Caribe alcanzaba 58,2% y en el área Andina, 60,1% (Instituto Nacional de Estadística, 2017). Ahora bien, entre los factores etiológicos de la obesidad identificados se encuentran las alteraciones en el gasto energético como el desequilibrio entre el aporte y utilización de las grasas, las causas de carácter endocrino, metabólicas, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas (Ticona, 2015, págs. 13-14).

En consecuencia, las complicaciones médicas que se pueden atribuir a la obesidad son:

❖ *Hipertensión arterial*

El paciente obeso o con sobrepeso tiene mayor probabilidad de sufrir hipertensión arterial o de sufrirla en mayor grado que aquellas personas que tienen peso normal. Aunque no está del todo esclarecida la relación entre obesidad e hipertensión arterial,

la evidencia científica mostrada por varios estudios clínicos ha establecido que incluso una disminución de peso moderada es muy beneficiosa para la reducción de la hipertensión arterial y del riesgo cardiovascular.

❖ *Accidente cerebrovascular*

Por las mismas razones que el paciente con exceso de peso tiene una mayor probabilidad de sufrir la formación de ateromas en las arterias coronarias, también puede desarrollar estas lesiones en las arterias cerebrales o próximas al cerebro, que pueden desprenderse total o parcialmente y obstruir alguna arteria cerebral, lo que puede dar lugar a lesiones cerebrales por falta de riego. Conforme el exceso de peso aumenta, lo hace también la probabilidad de sufrir un accidente cerebrovascular o ictus.

❖ *Diabetes Mellitus tipo 2*

La diabetes tipo 2, también llamada diabetes del adulto o no insulino dependiente, es una enfermedad caracterizada por un aumento de la concentración de glucosa en la sangre. Una de las razones de que se produzca este aumento de la glucosa en la sangre es la falta de respuesta de las células del organismo a la insulina, lo que se denomina resistencia a la insulina.

La insulina hace que la glucosa penetre en las células y pueda ser aprovechada convenientemente, bajando de paso la concentración de glucosa en la sangre. Al aumentar la resistencia a la insulina, la glucosa permanece en mayor concentración en la sangre, por lo que puede aparecer la enfermedad.

Existe una estrecha relación entre diabetes tipo 2 y obesidad. De hecho, más del 80 % de los diabéticos de esta clase tienen exceso de peso. Diversos estudios clínicos han puesto de manifiesto que aquellas personas con un IMC de 32 o superior tienen un riesgo triple de sufrir diabetes mellitus tipo 2 que las personas con un IMC de 19 a 22.

Como se sabe, la diabetes es una causa frecuente de muerte prematura, enfermedad cardíaca, accidente cerebrovascular, fracaso renal o ceguera.

#### ❖ *Hiperlipemia*

El exceso de peso está causado por la grasa corporal acumulada en forma de triglicéridos en el tejido adiposo. Frecuentemente, el paciente con sobrepeso u obesidad sufre también una elevación de la concentración de grasas en la sangre.

Aunque la obesidad y la elevación del colesterol en sangre son factores de riesgo independientes, el paciente obeso presenta muy a menudo elevación de triglicéridos en sangre y disminución del colesterol “bueno”, lo que a su vez aumenta el riesgo cardiovascular.

#### ❖ *Distintos tipos de cáncer*

La obesidad y el sobrepeso están relacionados con un aumento del riesgo de sufrir distintos tipos de cáncer.

En pacientes con obesidad acentuada (IMC igual o superior a 40), un estudio de más de 16 años de duración ha puesto de manifiesto un mayor riesgo de padecer cáncer de esófago, colon, recto, hígado, vesícula biliar, páncreas y riñón, mama y útero (endometrio), así como enfermedades malignas como el mieloma múltiple y el linfoma

no hodgkiniano. Se calcula que el riesgo adicional de sufrir este tipo de enfermedad es un 50% mayor que en personas de peso normal.

Aunque en el caso del cáncer de mama los datos pueden ser controvertidos, se estima que una mujer obesa puede tener un riesgo triple de sufrir un cáncer de útero que la población femenina de peso normal.

En el caso de los tumores del tubo digestivo, se ha indicado que la causa más verosímil del aumento del riesgo de cáncer de esófago es el reflujo de jugo gástrico desde el estómago al esófago (reflujo gastroesofágico), que sucede frecuentemente en las personas obesas y da lugar a ardores de mayor o menor intensidad.

#### ❖ *Artrosis/artropatía degenerativa*

Se trata de enfermedades muy extendidas, afectando principalmente a las rodillas, caderas y columna vertebral, especialmente la columna lumbar. En los pacientes que sufren estas dolencias y son obesos o tienen sobrepeso, el aumento de presión debido al exceso de peso es un factor primordial en la sobrecarga y degeneración articular, provocando además un aumento extra del dolor en las articulaciones.

#### ❖ *Síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS)*

Se trata de un trastorno que provoca paradas momentáneas de la respiración (fase de apnea), que se producen de forma continuada durante el sueño. Por lo general, las personas que sufren esta enfermedad sufren un agravamiento en caso de sobrepeso u obesidad.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño se origina por un bloqueo momentáneo del paso del aire por la vía aérea superior, que se repite sucesivamente. Aparte de otros



factores que también intervienen en la producción del SAOS, la obesidad hace que se rellene de grasa el tejido que rodea la garganta, facilitando así la aparición o agravamiento del SAOS, al estrechar el paso de aire por esta zona.

#### ❖ *Infertilidad y embarazo*

La obesidad puede causar alteración del ciclo menstrual y está relacionada con infertilidad en la mujer. Una proporción de grasa modestamente elevada (p.e.10%) puede colaborar a la infertilidad femenina. La obesidad también se ha relacionado con una mayor incidencia de fibromas uterinos.

La obesidad es un riesgo sobreañadido al embarazo. De un lado, puede facilitar la aparición de la diabetes gestacional; por otro, favorece la elevación de la presión arterial. También se ha relacionado con una elevación de la tasa de mortalidad fetal en fases avanzadas del embarazo y una mayor incidencia de partos por cesárea.

#### ❖ *Cálculos biliares*

La obesidad y el sobrepeso se asocian con frecuencia a la aparición de cálculos biliares y disfunción de la vesícula biliar.

#### ❖ *Daño al hígado*

Los pacientes obesos presentan con mayor frecuencia una degeneración grasa del hígado, una enfermedad similar a la producida en las hepatitis tóxicas, que se llama esteatosis hepática.

#### ❖ *Depresión y otros trastornos psíquicos*

Como consecuencia de la falta de aceptación social y la frecuencia con que son excluidos, especialmente los jóvenes y los muy obesos, se presenta a menudo una depresión que en muchos casos puede ser debido a un eventual rechazo social a su condición física.

Esto es particularmente cierto en chicas jóvenes, en las que se ha podido demostrar una relación directa entre grado de obesidad y depresión. Cuanto mayor es el índice de masa corporal, tanto mayor es el grado de depresión. Por el contrario, los jóvenes del sexo masculino no parecen estar afectados en el mismo grado.

Derivado de esto, algunos indicadores sociales como el grado de escolarización o el bienestar económico también se deterioran en el obeso, especialmente en la mujer.

Tras la descripción de sus causas más conocidas y las complicaciones que acarrear expuestas en páginas anteriores, demuestran que el sobrepeso y la obesidad son factores de riesgo que produce aumento de las enfermedades no transmisibles, por esta razón la OMS crea la siguiente resolución a nivel mundial para reducir tales efectos:

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en el 2011 la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), en la que los Estados miembros se comprometieron, entre otras acciones, a reducir los factores de riesgo y crear entornos promotores de la salud mediante intervenciones multisectoriales eficaces para reducir los efectos de los factores de riesgo comunes de las ENT, así como la aplicación de acuerdos y estrategias internacionales pertinentes y de medidas educativas, legislativas, reglamentarias y fiscales (OMS, 2019)

Teniendo en cuenta que la prevención y control de estas enfermedades comprende metas mundiales de aplicación voluntaria para el 2025: se busca reducir en un 25% la mortalidad prematura que causa las ENT, reducir el 10% de uso nocivo del alcohol, busca también disminuir el consumo de sal en un 30%, reducir relativamente la inactividad física, entre otros.

Ahora bien, en el caso de Bolivia existe la Política “La Salud Familiar Comunitaria Intercultural” (SAFCI), como una política de salud del Estado boliviano busca comprender y hacer la salud articulando la labor del personal de salud con tres ámbitos estratégicos: personal, familiar y comunitario. Es en ese sentido la creación de la Estrategia de Actuación Integrada, dirigida sobre todo a afrontar los cambios del perfil epidemiológico y demográfico en el país.

Así mismo, estos cambios involucran que las principales causas de morbilidad y mortalidad que son las enfermedades transmisibles y las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo ligados a la conducta humana, como es el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios inadecuados, el sedentarismo y el sobrepeso y el consumo perjudicial de alcohol.

#### **2.4.1. Sobrepeso, obesidad y hábitos alimenticios**

Los hábitos alimenticios como conjunto de costumbres que determinan el comportamiento las y los individuos en relación con los alimentos. Este conjunto de costumbres varía según el contexto, cultura, religión, etc. Es así que está ligado estrechamente al desarrollo de sobrepeso y obesidad, el consumo de alimentos nocivos procesados, altos en grasas trans y alto en azúcares, aumenta la acumulación de masa corporal.

Es así que, los hábitos alimenticios considerados saludables son: comer una diversidad de alimentos, comer en cantidades moderadas, y consumir grasas, sal y azúcares sólo en muy poca cantidad, para de esa manera cuidar el índice de masa corporal como también la salud integral del individuo (Monge Di Natale, 2007, p. 22). Lo más importante, dentro del ejercicio de hábitos alimenticios saludables es la práctica continua y constante para establecerlo como un estilo de vida.

En la Universidad Nacional Mayor de San Marcos en Perú estudiaron la prevalencia de anemia en mujeres con sobrepeso y obesidad, entre los 20 a 59 años de edad. Donde el 28% de las mujeres con sobrepeso y el 24% con obesidad presentaron anemia.

Por lo que se reporta coexistencia de deficiencia nutricional (anemia) con una enfermedad de exceso nutricional (sobrepeso-obesidad). A tales datos se cree necesario entonces, que en el tratamiento de pacientes con sobrepeso u obesidad se considere la anemia nutricional, incorporando en el petitorio de análisis el examen de hemoglobina. En caso que la patología esté presente, se recomienda la suplementación con sulfato ferroso y ácido fólico (Pajuelo, Muñoz, Ayquipa, Ponciano, & Lopez, 2000).

La suplementación con la diversificación dietética, el enriquecimiento de alimentos y las medidas de salud pública son estrategias promovidas por los organismos internacionales para enfrentar la deficiencia de micronutrientes, entre ellos el hierro.

#### **2.4.2. Sobrepeso, Obesidad y actividad física**

La actividad física desempeña un papel significativo para el control del peso y la prevención del sobrepeso y obesidad, por su influencia en las funciones metabólicas, la conducta y su relación con la ingesta de energía alimentaria que se requiere. De esta

manera, se considera a una persona sedentaria cuando realiza menos de dos sesiones semanales de ejercicios de 20 minutos cada una, es decir, menos de 40 minutos por semana (García Pando, s/f, p. 20).

Así pues, se puede evidenciar que la actividad física por medio de actividades recreativas o actividades diarias constituye en un rendimiento físico indispensable para mantener saludable el cuerpo y controlar la masa corporal.

### **2.4.3. Sobrepeso, Obesidad y estado psicológico**

Los aspectos psicológicos son importantes en la causa o prevalencia en muchos casos de obesidad y sobrepeso, señalando así, que la presencia de factores psicológicos afecta al estado físico.

Dentro de estos factores psicológicos se puede mencionar el estrés que inhibe el apetito, pero cuando llega a ser crónica las glándulas adrenales liberan una hormona llamada cortisol, lo que incrementa el apetito en alimentos altos en grasas, azúcares; por otra parte, el estrés también produce pérdida de sueño, consumo de alcohol y la realización de menos actividad física.

Lo que incide en, la llamada “ingesta emocional” se puede ligar a la ingesta de alimentos, donde se busca suprimir o mitigar sentimientos de tristeza, aburrimiento, ansiedad, soledad, entre otros (Tamayo & Restrepo, 2014). No obstante, la baja autoestima es un común denominador dentro de los factores anteriormente mencionados, apareciendo así, como causa o efecto dependiente de la situación.

## **2.5. Género y el sobrepeso, obesidad**

El género se relaciona con todos los aspectos de la vida cotidiana y privada de los individuos y determina características y funciones dependiendo del sexo o de la percepción que la sociedad tiene de él. Las relaciones de género derivan de los modos en que las culturas asignan las funciones y responsabilidades distintas a la mujer y al hombre. Cuando se habla de enfoque de género, esta toma en cuenta tales relaciones que conjugan dentro del proceso de desarrollo de la sociedad para el logro de políticas, programas, proyectos y planes (La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, s/f).

Es así, que estos roles asignados pueden variar dependiendo de la cultura, pero tienen un común denominador, que es la asignación diferenciada de responsabilidad y funciones entre hombres y mujeres. De esa manera las responsabilidades del hogar son netamente obligaciones de la mujer. Siendo así que los hombres están exentos de estas tareas; por qué, el lugar que se les asigna esta fuera del hogar para conseguir retribuciones monetarias. Esta diferencia entre ambos, ponen en desventaja el acceso a recursos económicos, créditos bancarios, participación, entre otras, para las mujeres.

## **2.6. División sexual del trabajo**

El concepto de división sexual del trabajo permite analizar con mayor claridad los roles sociales diferenciados por sexo. Esta división, que se considera una construcción cultural y, por tanto, susceptible de ser modificada, determina cómo los roles se distribuyen en la sociedad: las mujeres estarían a cargo de la reproducción social y los hombres de las tareas productivas (Organización de Naciones Unidas, 2018).

De ahí que, dentro de la lógica patriarcal y capitalista imperante, las mujeres tienen oportunidades limitadas y/o nulas para poder ingresar en la política, en los sindicatos, en juntas directivas, en la economía de manera equitativa con los hombres esto debido al androcentrismo que impera en la sociedad.

### **2.7. Economía del cuidado, cuidado y autocuidado**

Los roles asignados a cada género pueden variar ligeramente dependiendo de la cultura, pero tienen un común denominador, que es la asignación diferenciada de responsabilidad y funciones entre hombres y mujeres. De esa manera las responsabilidades del hogar son netamente obligaciones de la mujer. Siendo así que los hombres están exentos de estas tareas; por qué, el lugar que se les asigna esta fuera del hogar para conseguir retribuciones monetarias. Esta diferencia entre ambos, ponen en desventaja el acceso a recursos económicos, créditos bancarios, participación, entre otras, para las mujeres.

Por lo que, la vida de la mujer es afectada fuertemente por su vida reproductiva, la cual tiene una clara y directa influencia en su estado de salud, las oportunidades de acceso a la educación y al empleo y en los ingresos propios y de su familia (La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, s/f)

Por otro lado, los cambios sociales, económicos y demográficos, manifiestan desafíos en relación a una transformación jurídica y normativa para los cuidados en Latinoamérica. Cabe señalar, que los avances legislativos e inclusive normas constitucionales apuntan a un reconocimiento del cuidado y exponen la necesidad de promover una modalidad más equitativa de distribuir las responsabilidades al interior de la familia y entre las instituciones públicas. (Batthyány, 2015, p. 16)

Está claro, que la situación de las mujeres entorno a las tareas de cuidado que desarrollan por asignación de constructos sociales, repercuten su desarrollo dentro de la sociedad, desplazándolas a la esfera privada de la sociedad, donde muchas de ellas pasan casi toda su vida; pese a los avances aún queda un largo camino para poder lograr un cambio en la estructura social. Por lo que, para lograr una distribución equitativa en materia de cuidado se debe garantizar que:

Las políticas de cuidado tanto de la infancia como de personas dependientes deben enmarcarse en un enfoque que integre y armonice los derechos de los niños, las personas discapacitadas y otros dependientes con los derechos de las mujeres cuidadoras y la igualdad de género. (Batthyány, 2015)

Es así como Pautassi (2007) en Rico y Robles (2016) ha planteado que es posible identificar, en el marco del conjunto de los derechos sociales vigentes, el derecho a ser cuidado, cuidar y auto cuidarse como componentes de una trilogía a ser relevada por el Estado (p. 13). Teniendo como trasfondo el reconocimiento integral del vínculo emocional entre cuidador y personas cuidada para la creación de políticas públicas considerando así ambas partes.

De ahí, que el ajustar la redistribución de las tareas de cuidado entre las familias, el mercado y el Estado sigue constituyendo un estancamiento en las políticas públicas de América Latina y el Caribe (Batthyány, 2015) posicionando a las mujeres como malabaristas entre sus tiempos, teniendo que cumplir con las tareas de cuidado y haciendo lo posible para poder abrirse paso en el mercado laboral.



Es el cuidado la acción de ayudar a un niño, niña o a una persona dependiente en el desarrollo y el bienestar de su vida cotidiana. Dentro de este se debe tomar en cuenta tres elementos, el material que implica un “trabajo”, el económico que conlleva un “costo económico” y el psicológico que sostiene un “vínculo emocional, emotivo y sentimental”. Este cuidado puede ser o no remunerado queda regido a donde se realice (Batthyány, 2015, p. 10). Por lo tanto, el cuidado que las mujeres proveen dentro de sus hogares es invisibilizado porque es “asignado” dentro de sus obligaciones impuestas a su género.

Por lo que, la vida de la mujer es afectada fuertemente por su vida reproductiva, la cual tiene una clara y directa influencia en su estado de salud, las oportunidades de acceso a la educación y al empleo y en los ingresos propios y de su familia (La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, s/f)

Por otro lado, los cambios sociales, económicos y demográficos, manifiestan desafíos en relación a una transformación jurídica y normativa para los cuidados en Latinoamérica. Cabe señalar, que los avances legislativos e inclusive normas constitucionales apuntan a un reconocimiento del cuidado y exponen la necesidad de promover una modalidad más equitativa de distribuir las responsabilidades al interior de la familia y entre las instituciones públicas. (Batthyány, 2015, p. 16)

Está claro, que la situación de las mujeres entorno a las tareas de cuidado que desarrollan por asignación de constructos sociales, repercuten su desarrollo dentro de la sociedad, desplazándolas a la esfera privada de la sociedad, donde muchas de ellas pasan casi toda su vida; pese a los avances aún queda un largo camino para poder

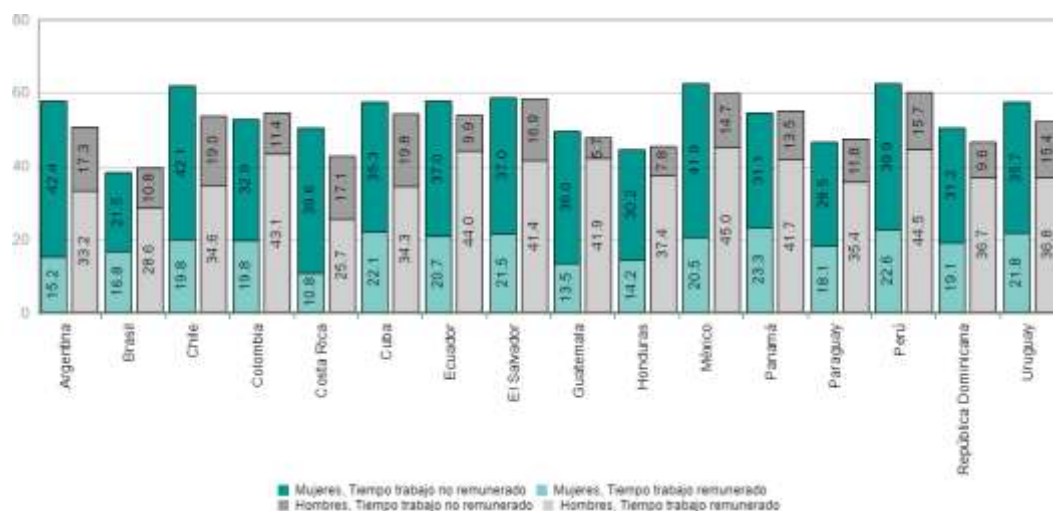
lograr un cambio en la estructura social. Por lo que, para lograr una distribución equitativa en materia de cuidado se debe garantizar que:

Las políticas de cuidado tanto de la infancia como de personas dependientes deben enmarcarse en un enfoque que integre y armonice los derechos de los niños, las personas discapacitadas y otros dependientes con los derechos de las mujeres cuidadoras y la igualdad de género. (Batthyány, 2015)

Es así como Pautassi (2007) en Rico y Robles (2016) ha planteado que es posible identificar, en el marco del conjunto de los derechos sociales vigentes, el derecho a ser cuidado, cuidar y auto cuidarse como componentes de una trilogía a ser relevada por el Estado (p. 13). Teniendo como trasfondo el reconocimiento integral del vínculo emocional entre cuidador y personas cuidada para la creación de políticas públicas considerando así ambas partes.

De ahí, que el ajustar la redistribución de las tareas de cuidado entre las familias, el mercado y el Estado sigue constituyendo un estancamiento en las políticas públicas de América Latina y el Caribe (Batthyány, 2015) posicionando a las mujeres como malabaristas entre sus tiempos, teniendo que cumplir con las tareas de cuidado y haciendo lo posible para poder abrirse paso en el mercado laboral. Ya para el caso de Latinoamérica y el Caribe, de acuerdo a estudios realizados los resultados de uso de tiempo por países y género tenemos los siguientes datos presentados en un gráfico:

**Gráfico 4: América Latina (16 países): Tiempo promedio destinado al trabajo remunerado y no remunerado de la población de 15 años de edad y más, por sexo, según país, último período disponible (Promedio de horas semanales)**



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe, División de Asuntos de Género en base a tabulaciones especiales de encuestas de uso del tiempo. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe, [en línea]: <http://oig.cepal.org/es>.

Como se ve en el Gráfico, las mujeres les dedican entre 28 a 42 horas semanales a las tareas domésticas y de cuidado como resultado de trabajo no remunerado. Y los hombres de 5 a 17 horas semanales dedicadas a tareas no remuneradas (tareas domésticas de cuidado), ni en el mejor de los casos se puede asimilar la misma cantidad de horas trabajadas dentro del hogar entre hombres y mujeres.

También, es necesario tener en cuenta el concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. Estas actividades de autocuidado se adquieren, y son influenciadas por el entorno familiar, tipo de cultura y la sociedad durante toda la vida del individuo.

Tales autocuidados que precisan todos los individuos para preservar y mantener su funcionamiento integral como persona e incluyen la conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, la actividad y el descanso, soledad e interacción social, la prevención de riesgos y promoción de la actividad humana (Prado, González, Paz, & Romero, 2014, p. 838 - 840).

Ahora bien, se hablara de las capacidades de autocuidado (CAC), se desarrollan en la teoría del déficit de autocuidado y se define como la habilidad para ocuparse del autocuidado; estas se desarrollan en el curso de la vida diaria a través del proceso espontáneo del aprendizaje. Según la teoría, presentan tres elementos estructurales: las capacidades fundamentales, los componentes de poder y las capacidades especializadas para operar el autocuidado. Para este estudio se aplicaron solamente los componentes de poder, considerados como aquellas habilidades que impulsan la acción de autocuidado:

- a. Habilidad para mantener la atención con respecto a uno mismo como agente de autocuidado y de los factores externos.
- b. Habilidad para controlar el uso de energía.
- c. Habilidad para controlar la posición corporal.
- d. Habilidad para razonar dentro de un marco de autocuidado.
- e. Motivación al autocuidado.
- f. Habilidad para tomar decisiones sobre el cuidado de uno mismo.
- g. Habilidad para adquirir conocimiento técnico sobre autocuidado.
- h. Repertorio de habilidades diversas par a llevar a cabo operaciones de autocuidado.

- i. Habilidad para ordenar acciones de autocuidado.
- j. Habilidad para integrar el autocuidado en la vida individual, familiar y comunitaria.

Cabe mencionar que si bien, que una persona tienen las habilidades para cuidar su salud pero no las utiliza. En este caso puede influir el contexto donde crecieron, roles que se les asigna, cultura, creencias, religión entre otros (Landeros Olvera, 2003, p. 4)

Pero como pueden realizar las personas un autocuidado cuando cumplen dobles o hasta triples jornadas de trabajo, como es el caso de las mujeres; ya que, si bien tienen una jornada laboral fuera del hogar donde reciben un salario, al retornar a sus hogares también, deben cumplir con sus obligaciones de cuidadoras y a eso se le suma el atender actividades del cuidado no remunerado en las organizaciones a las que pertenecen (asociaciones de desarrollo comunitario, iglesias o deben donar su trabajo “voluntario” a proyectos gubernamentales (alcaldías, ministerios, etc.).

## CAPÍTULO III

### DIAGNÓSTICO DE MUJERES CON SOBREPESO OBESIDAD EN LA ZONA 1RO DE MAYO

#### 3.1. Situación del problema

En Bolivia, los departamentos de Beni, Santa Cruz y Tarija lideran la lista con alcalde cantidad de mujeres que sufren la obesidad o el sobrepeso. Sin embargo, es alarmante destacar que la ciudad de El Alto tiene un índice de obesidad y sobrepeso superior a seis departamentos ( La Paz, Cochabamba, Pando, Chuquisaca, Oruro y Potosí ), a pesar de ser un municipio ( Colque & Mamani, 2018, p. 7 ). Las mujeres alteñas, al igual que otros habitantes, tienen una alimentación basada en la llamada dieta andina, que está compuesta principalmente por carbohidratos debido a su bajo costo

Es importante destacar que el autocuidado y la alimentación saludable son fundamentales para mantener un peso adecuado y una buena salud en general. Es recomendable que las mujeres almacenen formas de equilibrio sus responsabilidades domésticas con el tiempo dedicado a su propio cuando, incluido la planificación de las comunidades saludables y la incorporación de la actividad física regular en su rutina diaria.

...no hay tiempo de cuidarse a sí mismo se te olvidó en el transcurso de la semana, del mes, de los años, se te olvida que tú tienes que cuidarte a ti... (F-47-El Alto, 2020)

Es así, que el autocuidado queda relegado, lo alarmante de esta situación son las consecuencias a largo plazo que producen estas enfermedades al ser factores de riesgo para sufrir enfermedades más complejas como diabetes, hipertensión, enfermedades

cardiacas, dificultades para quedar embarazada entre otras, que, a su vez, podrían causar la muerte por complicaciones dentro de sus cuadros clínicos.

## **3.2. Objetivos**

### **3.2.1. Objetivo General**

- Identificar las estrategias de cuidados y las determinantes sociales en mujeres con sobrepeso y obesidad en la zona 1ro de mayo del municipio de El Alto.

### **3.2.2. Objetivos específicos**

- Determinar las características socioeconómicas de mujeres con sobrepeso y obesidad.
- Establecer las características de cuidado dentro de los hogares de las mujeres con sobrepeso y obesidad.
- Establecer la trascendencia del cuidado dentro de los determinantes sociales de la salud en mujeres con sobrepeso y obesidad.

## **3.3. Metodología**

El diagnóstico se realizó bajo la metodología de Evaluación de Necesidades educativas, entonces Pozo y Salmerón (s/f) definen esta metodología como un proceso sistemático que cuya intención es identificar necesidades, analizarlas y priorizarlas para poder definir estrategias de actuación y a la localización de recursos disponibles. En este sentido esta metodología cuenta con tres fases: Pre-evaluativa, Evaluativa y Post-evaluativa, las cuales, desarrollaremos en los siguientes párrafos. (p. 350).p

### **3.3.1. Fase Pre evaluativa**

En esta etapa de diseño de la investigación se definió la utilización del método cualitativo descriptivo, que permitió obtener información significativa respecto a cómo las mujeres con sobrepeso y obesidad perciben este fenómeno en sus vidas diarias, también permitió interrelacionar variables que interactúan con estas enfermedades. Logrando así obtener una visión panorámica de estas enfermedades desde sus componentes sociales.

La información que se recabo; en primera instancia de fuentes secundarias entre estas la información documental, con la técnica de revisión bibliográfica se realizó el análisis de contenido, permitió conocer la situación de este fenómeno, los estudios realizados anteriormente, como también información normativa vigentes para el tratamiento, prevención, políticas y/o disposiciones en temas de salud como sobrepeso y obesidad, cuidado. También, permitió las identificaciones del tipo de información necesaria para lo cual se empleó las siguientes técnicas: la observación directa no participante y entrevista guiada.

De esta manera, se estableció los criterios de selección de los sujetos de estudio, en este caso fueron: mujeres con sobrepeso y obesidad identificadas mediante la observación indirecta del investigador, estas mujeres deberían de tener entre 30 a 60 años de edad. En este sentido, tras la identificación de nuestra población se procedió a la selección de la muestra que en nuestro caso debido a la emergencia sanitaria por el COVID-19 fueron seleccionadas seis (6) mujeres con quienes se pudo llegar a la concertación de su participación; explicando el tema de investigación, se consiguió la disposición de las mujeres con sobrepeso y obesidad, se agendo los horarios y días en



que se llevarían a cabo tales entrevistas y, por último, se realizó la recolección de información mediante la Guía de Entrevista.

Por otro lado, la realización de la observación directa no participante se realizó de acuerdo al cronograma, haciendo el recorrido de la zona que permitió conocer y describir el entorno (físico: comercial, sanitario, recreativo; y social) que rodea a las mujeres con sobrepeso y obesidad en la zona 1° de Mayo del distrito 3 de la ciudad de El Alto mediante la Guía de Observación.

Es preciso mencionar que dentro del proceso de recolección de información se tuvo una planificación cuidadosa y pertinente, por la actual emergencia sanitaria por la pandemia Covid-19; por lo cual se trata de llegar de manera oportuna y con el menor riesgo posible a la obtención de datos.

### **3.3.2. Fase evaluativa**

En lo que concierne a la fase evaluativa, tras la realización del trabajo de campo se procedió al vaciado de datos obtenidos mediante los instrumentos.

En este sentido después del vaciado de datos se produjo la categorización de los datos. Empezando con los datos sociodemográficos de las mujeres con sobrepeso y obesidad; seguido de la situación del cuidado dentro de sus hogares y por último información sobre su condición de sobrepeso y obesidad.

Para concluir se realizó un análisis que conlleva la interpretación de los datos obtenidos relacionándolo con la teoría recogida de las fuentes secundarias, de esa manera, se identificó las necesidades emergentes de esta población vulnerable.

### **3.3.3. Fase Post evaluativa**

Por último, tras la identificación de necesidades en la etapa anterior. Se procede a la priorización de estas necesidades, para esto, se emplea una matriz de priorización donde se evalúa de manera individual cada necesidad, tomando en cuenta indicadores de su magnitud, gravedad, capacidad y beneficios. Para poder identificar la necesidad más urgente, para después reconocer los recursos disponibles; y de esa manera desarrollar una estrategia de intervención adecuada.

### **3.4. Resultados**

#### *❖ Perfil sociodemográfico de las mujeres con sobrepeso y obesidad*

El 50% de las mujeres entrevistadas tienen entre 37 a 45 años de edad, el 50% restante tienen de 46 a 54 años de edad.

El 75% de las mujeres se dedica exclusivamente a desempeñar tareas domésticas y de cuidado. El 25% restante se dedica al comercio informal en ferias

El 75% de familias de las mujeres con sobrepeso y obesidad están conformadas por 5 personas, contando con ambos padres y 3 hijas o hijos, este tipo de familia según la tipología de Angela Quinteros constituye el tipo de familia nuclear, asimismo, el 25% tiene 7 integrantes; conformándose así de ambos padres, hijos e hijas y abuelos, la convivencia bajo el mismo techo de tres generaciones posiciona a estas familias dentro del tipo de familia ampliada.

Las familias de las mujeres con sobrepeso y obesidad, la ocupación con más prevalencia es de Obrero con 50% entre estos integrantes están esposos e hijos. El 35%

son empleados contratados en una empresa, ya el 25% que resta tiene por ocupación artesanos.

De esa manera, podemos decir que el sobrepeso y obesidad se manifiesta de igual forma en cualquier etapa de la vida. Ya sea que la padezcan desde jóvenes llegan con esta a edades avanzadas, por falta de tratamiento, altos costos médicos o por buscar remedios naturales como mates, licuados que no resultan efectivos.

Cuando se muestran las cifras de ocupación ponen en evidencia que la distribución sexual de trabajo esta aun marcada dentro de las familias la mayor parte de estas mujeres se desenvuelven en espacios “privados”; pero, además, aquellas que desarrollan una actividad económica es dentro de espacios informales como el comercio, una vez más el papel de la mujer se ve relegado dentro del sistema patriarcal. Limitando a las mujeres a ámbitos poco reconocidos y sin prestaciones de seguridad social que es el caso del comercio informal.

La sociedad avanza a ritmos acelerados uno de esos cambios es de orden cultural, la muestra de que las familias de tipo ampliadas que tenían gran prevalencia décadas anteriores pierden protagonismo, dando paso a el aumento de familias nucleares lo que con lleva mayor independencia y autonomía frente a generaciones antecesoras, definiendo a estas familias pertenecientes a la clase media ya que en su mayoría trabajan asalariados.

La incidencia de que los integrantes de las familias cumplan con más de 8 horas de trabajo, nos muestra la dinámica familiar donde la mujer al no tener una actividad económica se encarga en su totalidad a las tareas domésticas y de cuidado, teniendo en cuenta la ocupación como empleados también tienen 8 horas de trabajo como

mínimo pero está orientado a la misma dinámica del anterior caso, ya en el caso de los artesanos el trabajo, llega a extenderse dependiendo de la época y la demanda de sus productos, que es cuando la familia sobre todo las mujeres deben ayudar en la producción dándoles un lugar en la esfera productiva pero sin un salario, llamándolo “ayuda por el bien de la familia”.

❖ *Estrategias de cuidado existente dentro de los hogares de las mujeres con sobrepeso y obesidad*

... de lunes a viernes yo lo hago sola, fin de semana nos distribuimos con mis hijos (F-47-El Alto, 2020).

En la cocina de encargada yo, en la limpieza si me ayudan mis dos hijas mayores, que ayudan con la limpieza de la mesa, para lavar las vajillas, de paso están encargadas también cada una de su cuarto, del arreglo de su cama (F-37-El Alto, 2020).

... mi esposo no sé, se sienta o esta echado en el living (F-47-El Alto, 2020).

... mi esposo pocas veces hace las cosas de la cocina mayormente cuando yo me enfermo, por la cuestión de trabajo (F-37-El Alto, 2020).

No tan bien, porque a veces, pero es la verdad que el sacrificio de la mamá es más fuerte que no se podría pedir un cuidado así exacto como una mamá se merece, las hijas, no pueden... (F-51-El Alto, 2020).

No, como mamá uno siempre está ocupado de ellos viendo su bienestar de ellos... dependen mucho y tal vez han dependido mucho de mí ya... (F-47-El Alto, 2020).

A veces dejamos de estar tan al pendiente, por el cuidado de tu casa, de mantener todo limpio. No comes bien, no comes a tiempo... (F-37-El Alto, 2020).

No, casi no, con el tiempo que le digo a veces no hay tiempo, no hay tiempo de cuidarse a sí mismo se te olvidó en el transcurso de la semana, del mes, de los años, se te olvida que tú tienes que cuidarte a ti...

En este sentido, si bien existe una distribución de las tareas de cuidado y domésticas las mujeres siguen nombrando a esto “AYUDA”, siendo el caso que estas tareas son responsabilidades de cada miembro de la familia, las mujeres aun no reconocen del todo esta situación.

De este modo, si los hijos e hijas contribuyen dentro de sus hogares por distribuciones hechas bajo el mando de la madre, al momento de tratar con sus parejas la situación no es la misma. Existiendo así dentro de la relación parental, desigualdad de género.

Esta muy enraizada la concepción de que las madres por el solo hecho de ser madres deben ser sacrificadas, obedientes a las necesidades que presenta cada miembro dentro de su familia, es en este sentido, aunque aceptan la dependencia que tienen estos hacia ella, no les crea un conflicto, ni las promueve a cuestionar su rol.

Ahora bien, es con estos testimonios notamos ampliamente ese rol marcado de proveedoras de cuidado que tienen las mujeres, poniendo este como una de las razones del progreso gradual de su sobrepeso y obesidad. Tales condiciones implican la creación de ambientes obesogénicos donde los demás miembros de la familia en especial del sexo femenino (hijas, nietas, etc.), están propensas a justificar el aumento de peso como un sacrificio del uso de tiempo destinado a su cuidado; sobrevalorando la reproducción social de su entorno familiar como más indispensable que el suyo.

❖ *Condición de sobrepeso y obesidad en mujeres desde una mirada social*

...He subido de peso, así ya debe ser unos cinco o seis años tal vez por la preocupación estrés... (F-47-El Alto, 2020).

Desde mis 25 años empecé a subir de peso... y lo que me hace subir más de peso es cuando a veces en las noches como pollo el pollo frito lo que venden a las pensiones pollo a la broaster es lo que me hace subir rápido de peso... había un momento cuando mi esposo no podía estar en casa, entonces yo me sentía tal vez con esa ansiedad o sola o no sé tal vez sin darme cuenta empezaba a comer y comer y comer... (F-37-El Alto, 2020).

Es que más uno el cansancio que uno siente al caminar la pesadez ... llegue a tener el hígado graso problemas en la vesícula y también problemas de corazón (F-37-El Alto, 2020).

Ya no he podido porque mis hijos, mis padres no comen tienen que tener más vitaminas diferentes el alimento para él no me alcanza el tiempo de cocinar aparte para mí aparte para para ellos (F-47-El Alto, 2020).

Quiero bajar de peso, pero para mi esposo estoy bien así y por sus celos. Estoy bien gordita dice el, yo no me siento tan bien así bueno. Me dice que no puedo ir (F-37-El Alto, 2020).

Me dijeron “Ya te has pesado, se debe romper la balanza” ...vas a comprar ropa y a veces te dicen no tengo tu talla, no tengo extra, te hacen sentir muy mal (F-47-El Alto, 2020).

Te dicen “¿Ay no qué ha pasado? Estás gordita” o bromas a veces que te hacen sentir mal claro en el momento te ríes de eso, pero por dentro te lastima (F-37-El Alto, 2020).

Es así, que los roles de género, su calidad de madres, el consumo de comida chatarra conjugado con aspectos psicológicos y el uso que le dan a su tiempo resultan un sinfín de situaciones cada caso exhibe el protagonismo en mayor nivel de uno u otro factor; sin embargo, el resultado es el mismo; el desarrollo de sobrepeso y obesidad que desemboca en cansancio en cuanto a la realización de sus actividades diarias y comprometiendo su salud al provocar distintas enfermedades ligadas a estas condiciones.

Estas situaciones son obstáculos importantes para el libre ejercicio de su derecho a la salud, estos trabajos domésticos y de cuidado que demandan entre 28 a 42 horas según estudios a nivel Latinoamérica (Gráfico N°2), a pesar de trabajar todo ese tiempo el gasto calórico es bajo con respecto a las calorías consumidas; provocando acentuar su condición.

De esa manera se demuestra que las mujeres viven dejando de lado la importancia de su salud, por “responsabilidades” que deben cumplir para desempeñar sus roles asignados como “buenas mujeres” y por su condición de cuidadora dentro de su entorno familiar.

Se debe tener en cuenta la manera en que la sociedad reproduce los constructos estéticos asociados a lo delgado como “bello” y a lo gordo como “insano”, también exigiendo cierto culto al cuerpo y la manera de hacer notar que está sano. Tener sobrepeso y obesidad no solo se limita a burlas dentro de su entorno sino también, prejuicios en el ámbito laboral con la creencia que una persona en esta condición no es productiva, aplicada, ni responsable.

### **3.5. Identificación de las necesidades**

Las necesidades humanas son un sistema en donde estas se interrelacionan e interactúan, es así que se combinan dos criterios posibles de clasificación: según categorías existenciales y según categorías axiológicas. Es esta composición la que consiente operar con una sistematización que contiene, por una parte, las necesidades de Ser, Tener, Hacer y Estar; y, por la otra, las necesidades de Subsistencia, Protección, Afecto, Entendimiento, Participación, Ocio, Creación, Identidad y Libertad. El Desarrollo a Escala Humana, orienta hacia la satisfacción de las necesidades humanas, obligándonos a ver la realidad de una manera diferente a la conocida; debe entenderse como una teoría para el desarrollo (Max-Neef, Elizalde, & Hopenhayn, 1998, p. 40)

La priorización de las necesidades encontradas en el diagnóstico fueron categorizadas y listadas en la siguiente matriz:



**Cuadro 3 Matriz de priorización**

	<b>Magnitud ¿Cuántas personas son afectadas por el problema?</b>	<b>Gravedad ¿Cuánto daño ocasiona?</b>	<b>Capacidad ¿Qué posibilidades de solución se tiene?</b>	<b>Beneficio ¿Cuántos nos beneficia su solución?</b>
<b>CRITERIOS</b>	Tiene que ver con la cantidad de personas afectadas por la necesidad social.	Registra la intensidad del daño que ocasiona el problema social	Capacidad de intervención indica la posibilidad de dar la solución al problema	Indica el nivel de utilidad que aporta la solución del problema
<b>Las mujeres necesitan tiempo disponible para poder cuidar su salud</b> (necesidad de subsistencia)	80%	Medianamente grave	Baja	Beneficio bajo
<b>Bajar el consumo de comida chatarra</b> (necesidad de subsistencia)	80%	Medianamente grave	Baja	Beneficio medio
<b>Control del estrés y ansiedad</b> (necesidad de subsistencia)	85%	Medianamente grave	Baja	Beneficio medio
<b>Información sobre autocuidado en mujeres con sobrepeso y obesidad</b> (necesidad de libertad y participación, subsistencia)	95%	Grave	Muy Alta	Beneficio alto
<b>Realización de actividad física</b> (necesidad de ocio)	80%	Medianamente grave	Alta	Beneficio medio
<b>Aplicación de la estrategia de actuación integrada dentro de la política SAFCI</b> (necesidad de subsistencia y participación)	85%	Grave	Mediana	Beneficio medio

Fuente: Elaboración propia

## Necesidad identificada a intervenir

Resultado de la priorización de necesidades identificadas durante el diagnóstico social, se estableció como prioritaria la necesidad de información sobre autocuidado en mujeres con sobrepeso y obesidad, debido a que, si bien las mujeres que sufren estas condiciones no son capaces de cambiarlas por factores sociales, culturales y psicológicos. Es ahí donde la intervención profesional de las y los Trabajadores Sociales es requerida, así lograr aminorar los efectos de esta condición en la vida de estas mujeres y mejorar su calidad de vida.

NECESIDAD	PROBLEMA	ESTADO DE ATENCIÓN ACTUAL POR EL ESTADO
<b>Información sobre autocuidado en mujeres con sobrepeso y obesidad</b>	Insuficiente conocimiento sobre el autocuidado en mujeres de la zona 1° de Mayo de 30 a 50 años de edad con sobrepeso y obesidad	<ul style="list-style-type: none"><li>• En el marco de la política SAFCI se crea la Estrategia de Actuación Integrada, busca reducir las principales causas de morbilidad y mortalidad: las enfermedades transmisibles y las Enfermedades No Transmisibles y sus factores de riesgo (sobrepeso).</li><li>• Plan Nacional para la igualdad de Oportunidades "Mujeres construyendo la Nueva Bolivia para Vivir Bien" que busca a grandes rasgos: Promover el ejercicio de los derechos laborales de las mujeres y el acceso al trabajo digno. Promover el acceso de las mujeres a los recursos naturales, a los recursos de producción y a los servicios públicos. Promover el acceso de las mujeres al patrimonio tangible (tierra, vivienda, capital) e intangible (tecnología y capacitación). La redistribución de las tareas de cuidado y protección de la familia entre mujeres y hombres dentro del hogar y entre las familias y el Estado. En concordancia con las políticas.</li></ul>

### **3.6. Problema a intervenir**

Es así, que se después de la priorización de las necesidades identificadas durante el diagnóstico social, se estableció como importante la necesidad del acceso a información sobre autocuidado en mujeres que sufren sobrepeso y obesidad.

Es importante la intervención interdisciplinaria, ya que, se ha demostrado en páginas anteriores las causas y consecuencias de estas enfermedades, y que además se posicionan como factores de riesgo de las Enfermedades no transmisibles.

Como profesión el Trabajo Social bajo sus funciones de educación social y gestión social tiene una formación idónea para diseñar, implementar y evaluar un proyecto social vinculando diferentes áreas con la perspectiva de género.

Como Trabajo Social, se debe trabajar de manera eficaz dentro de sistemas, redes y equipos interdisciplinarios, de igual forma, preparar, producir, implementar y evaluar planes de intervención, las y los trabajadores sociales cuentan con formación para valorar las necesidades y responder a situaciones de crisis para orientar la toma de decisiones que a su vez contribuirá al crecimiento, desarrollo e independencia de las personas.

Por lo que tienen la capacidad de favorecer a la promoción de mejores prácticas dentro de la sociedad ya que cuentan con formación en atención individual, familiar y comunitaria.

Por esta razón, el testimonio de las mujeres sujetas al estudio diagnóstico y la teoría apuntan a la atención primaria adecuada del sobrepeso y obesidad, que debe ser tratada

de manera integral (social, cultural, físico y psicológico) para combatir a estos factores de riesgo de otras enfermedades mucho más complejas y mortales.

Es de este modo, que en las siguientes páginas se detalla una propuesta de proyecto.

SEPARA PARA LA IMPRESION

## **CAPITULO IV**

### **DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE PROYECTO**

En este capítulo se desarrollará la propuesta de proyecto, presentando los objetivos que se quiere alcanzar, también, se ubicará el lugar donde será desarrollado, las beneficiarias, la metodología empleada, como también, la estrategia para la implementación del proyecto. Además, se presentará los planes de evaluación, seguimiento y sostenibilidad.

#### **4.1. Objetivos**

##### **4.1.1. Objetivo General**

- Contribuir al desarrollo de un estilo de vida saludable en mujeres con sobrepeso y obesidad de 30 a 50 años de edad, mediante procesos socioeducativo en el autocuidado de su salud integral.

##### **4.1.2. Objetivos Específicos**

- Promover un ambiente libre de estereotipos y prejuicios de ser mujer con sobrepeso y obesidad.
- Fomentar en las mujeres con sobrepeso y obesidad el autocuidado a partir de generar hábitos alimenticios saludables, actividad física, mejoramiento de la autoestima y competencias para disminuir el estrés y ansiedad.

- Organizar un Club de vida para el autocuidado de las mujeres con sobrepeso y obesidad.
- Conformar una microempresa de comida saludable.
- Formar una red de prevención educando sobre el sobrepeso y obesidad a estudiantes de colegios en la zona

#### **4.2. Meta**

Como meta principal se busca que 30 mujeres con sobrepeso y obesidad que estén entre los 30 a 50 años de edad, desarrollen un estilo de vida saludable mediante la adquisición de hábitos saludables, actividad física y mejoren su autoestima en el plazo de un año.

#### **4.3. Beneficiarios**

El proyecto beneficiara de manera directa a mujeres con sobrepeso y obesidad que tengan entre 30 a 50 años de edad.

Entonces, los beneficiarios indirectos serán las familias de las mujeres participantes y la comunidad de la zona 1° de Mayo.

#### **4.4. Localización**

El proyecto se realizará en la Zona 1° de Mayo perteneciente al distrito 3 del Municipio de El Alto.

#### **4.5. Recursos**

- Recursos humanos:

Los recursos humanos que son requeridos para el proyecto, en los diferentes componentes son:

- 2 Licenciada(o) s en Trabajo Social experta(o) en temáticas de Género
- 4 estudiantes de la Carrera de Trabajo Social (pasantes)
- Licenciada(o) en Nutrición y dietética
- Licenciada(o) en Psicología Clínica y/o Psiquiatría
- Instructor(a) de actividades deportivas (zumba, baile, step y aeróbicos).  
Especialista en Nutrición Deportiva.
- Licenciada en Comunicación Social
- Equipo evaluador
- Tramitador
  - Recursos materiales

Los recursos materiales necesarios para el desarrollo del proyecto son:

- Ambientes aptos para realizar actividades físicas
- Escalones de step
- Colchonetas
- Hojas de asistencia
- Balanza
- Ambientes para talleres
- Sillas
- Mesas
- Material de escritorio
- Proyector y computadora
- Recipientes
- Implementos básicos de limpieza y desinfección
- Imprenta

#### **4.6. Metodología**

Se empleará la metodología COMBI (Comunicación para el Impacto Conductual), para la planificación de acciones sostenidas de comunicación y movilización social en un enfoque de cambios conductuales medibles (Álvarez & Blandón, 2012). Debe señalarse que la aplicación de esta metodología está asociada a la prevención y control de las enfermedades transmisibles en un brote, se destaca con ejemplos el SARS, VIH o el reciente Ébola.

Esta estrategia de comunicación para impactar conductas es definida como un proceso que combina estratégicamente una variedad de intervenciones de comunicación destinadas a involucrar a individuos y familias en la adquisición de comportamientos saludables recomendados y alienta a la adopción y el mantenimiento de esos comportamientos (Rodríguez, Roncancio, & Misnaza, 2020, p. 79).

Además, COMBI se basa en el conocimiento de las personas, la comprensión y percepción de los comportamientos recomendados. Implica escuchar activamente a las personas y aprender sobre sus percepciones y comprensión de la conducta propuesta y también sobre los factores reales y percibidos que podrían restringir o facilitar la adopción del comportamiento.

De ahí, que la comunicación es trascendental para el desarrollo de esta metodología, cuando hablamos de esta comunicación podemos enfocarnos en cinco tipos:

- Intrapersonal: los procesos de pensamiento, creencias, actitudes y valores que predicen comportamiento y decisiones sobre el cuidado de la salud.

- Interpersonal: la información que se brinda está en constante intercambio y es fundamental el apoyo en la toma de decisiones de una persona para la elección de comportamientos de cuidado.
- Grupo: se debe comprender la comunicación dentro de la comunidad y los grupos sociales dentro de esta, teniendo en cuenta el género, edad, etc.
- Organizacional: son las que están a cargo de organizaciones que se dirigen a audiencias externas, se debe identificar los roles de estas organizaciones, para determinar la ayuda que pueda brindar al cumplimiento de las metas.
- Social: información es compartida por varios canales, y puede llegar a diferentes profesionales para su uso dentro de áreas de educación, promoción, etc.

De la misma forma, la movilidad social que es la posibilidad que las distintas sociedades ofrecen a sus miembros para cambiar su realidad social, mediante la metodología COMBI mediante estas estrategias promover tal condición en la población afectada, su entorno familiar y la comunidad.

La aplicación y adaptación de esta metodología se remite a los cambios conductuales en los hábitos alimenticios saludables, la práctica de actividad física y la potenciación de la autoestima para que de esa manera se pueda brindar un estilo de vida saludable a las mujeres con sobrepeso y obesidad



#### 4.7. Estrategia

El presente proyecto está planificado para desarrollarse en el transcurso de dos años, en el empleo de la metodología COMBI, se adaptó doce pasos, que serán presentadas en el siguiente cuadro:

**Cuadro 4 Estrategia metodológica COMBI**

<b>FASE</b>	<b>Paso</b>	<b>Actividades</b>	<b>Técnicas</b>	<b>Observaciones</b>
PLANIFICACIÓN	1. Conformar un equipo multidisciplinario	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Redacción de convocatoria a cargos específicos</li> <li>-Lanzamiento de convocatoria para contratación de profesionales requeridos</li> <li>-Contratación de los postulantes aceptados y que cumplan con los requerimientos</li> <li>-Conformación del equipo técnico y roles de los miembros de intervenciones.</li> <li>-Elaboración de términos de referencia y productos a entregar</li> <li>-Elaboración de un convenio con la Carrera de Trabajo Social de la Universidad Mayor de San Andrés para la incorporación de estudiantes en calidad de pasantes</li> </ul>	Grupo de discusión	
	2. Socializar los objetivos conductuales preliminares	-Estudio de los objetivos preliminares construidos	Grupo de discusión	Ver anexo N° 4 Se estudiará los objetivos preliminares para mejorarlos

3.Elaboración de una línea base	-Diseño el cuestionario: apartados y preguntas -Definición de la muestra -Realización de la prueba piloto -Levantamiento de la información -Procesamiento de los datos -Redacción de informe de resultados	Cuestionario Mapa parlante Temores y esperanzas (presentación e integración)	Ver anexo N° 5 y 6 Las técnicas planteadas permiten la participación activa de las beneficiarias en el proceso
4.Definir los objetivos conductuales	-Consulta de informe línea base -Estructuración los objetivos conductuales finales	Grupo de discusión HICDARM (español)	Ver anexo N° 7 Al tener los datos de la línea base la utilización del HICDARM asegurar el planteamiento de objetivos conductuales correctos.
5.Elaborar estrategia comunicacional y probar previamente los comportamiento, mensajes y materiales	-Elección de los medios de comunicación a utilizar -Redacción de los mensajes -Construcción de los materiales -Revisión y ajuste de los mensajes, materiales y comportamientos	MSCREFS Prueba piloto Logotipos (presentación e integración)	Ver anexo N° 8 y 9 La técnica MSCREFS contribuye a identificar estrategias de comunicación efectivas y eficaces, la técnica del logotipo fomentara a la apropiación del proyecto por parte de las beneficiarias
6.Fortalecer las habilidades del personal	-Diseño del plan de reuniones periódicas del equipo e instrumentos	Grupo de discusión Cronograma Mi distinción personal (autovaloración y autoconocimiento) Minuta de reunión	Ver anexo N° 10 y 11 La técnica elegida aportara datos del equipo de manera interna para poder fortalecer a todo el equipo
7.Desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación	Establecimiento de indicadores para el seguimiento y evaluación -Definición de técnicas de recolección -Diseño de instrumentos de recolección -Identificación del tiempo de aplicación de seguimiento y evaluación	Minuta de reunión	

	8.Determinar el presupuesto	-Establecimiento de costos -Designación de presupuesto a cada componente	Cuadro de presupuesto	
EJECUCIÓN	<b>9. Crear de un plan operativo</b>  <b>10. Ejecutar de actividades</b>	-Determinación actividades por componente -Establecimiento del periodo de ejecución -Definición del responsable de las actividades -Determinación de los recursos necesarios para la ejecución de cada componente -Definición de los medios de verificación  -Realización de actividades según plan operativo	Cuadro de plan operativo	
MONITOREO Y EVALUACIÓN	<b>11. Implementar del sistema de monitoreo y evaluación</b>	-Llenado de instrumentos de seguimiento y evaluación	Minuta de reunión Guía de entrevista a los responsables	Ver anexo N° 11 y 14

Fuente: Elaboración propia en base a: (World Health Organization, 2002)

#### **4.8. Plan de seguimiento**

A continuación, se presenta el plan de seguimiento que nos permitirá la revisión periódica de la ejecución de actividades dentro del proyecto, tanto en la eficiencia y eficacia del manejo de recursos humanos y materiales. Los resultados de este seguimiento contribuyen a obtener la información necesaria para la toma de decisiones durante la etapa de ejecución, de esta manera poder subsanar imprevistos y dar soluciones dentro del proceso.

El plan de seguimiento contará con datos de una línea base que se realizará al inicio del proyecto. Ya que el proyecto es una intervención multidisciplinaria se trabajará de manera simultánea cuatro componentes (de los 7 componentes que tiene el proyecto) que son: componente social, psicológico, nutricional y físico.

Se realizará esta intervención simultánea dentro de las áreas ya mencionadas ya que, el sobrepeso y obesidad es una enfermedad cuyo origen, desarrollo y prevalencia puede variar según cada persona, además, de ser una enfermedad no transmisible, el desarrollo de mecanismos sociales, psicológicos y físicos para mejorar la calidad de vida de las beneficiarias es de vital importancia, de esta manera podremos obtener resultados sostenibles que conlleven una práctica cotidiana de estos hábitos.

En este sentido, se debe también mencionar que la población beneficiaria son mujeres con sobrepeso y obesidad entre 30 y 50 años de edad, dada esta situación casi toda la población beneficiaria son casadas y/o madres de familia. Por lo que, las intervenciones se realizarán en días hábiles de calendario (lunes a viernes) durante las tardes-noches, puesto que en su gran mayoría ellas dedican los fines de semana a su hogar, familia, eventos sociales, etc.

##### **a) Seguimiento del componente social**

Dentro del componente social la intervención a ser ejecutada es un curso de capacitación en perspectiva de género que tendrá una duración de tres meses, con una sesión por semana, se realizarán en total 12 sesiones, para la recolección de datos se utilizarán técnicas como la entrevista y la observación directa. Dicha recolección se

realizará de manera mensual por el lapso de tres meses que es la duración de la capacitación, el encargado de la recolección de datos será el área de trabajo social.

#### **b) Seguimiento del componente psicológico**

Se contempla en este componente talleres de autoestima y disminución del estrés y ansiedad, estos talleres tendrán la duración de tres meses, con una sesión cada 15 días, teniendo así un total de 6 sesiones, se recolectara datos mediante un test de conocimientos previos a las beneficiarias sobre estos temas al empezar el proyecto, posteriormente se realizará de manera mensual una entrevista grupal para observar e identificar las habilidades sociales que desarrollaron las beneficiarias, el encargado de la entrevista y por ende la recogida de datos será el área psicológica.

#### **c) Seguimiento del componente nutricional**

Este componente contempla talleres de nutrición, que, con una duración de tres meses, que se realizarán una vez por semana, un total de 12 sesiones. Se aplicará una encuesta de los hábitos alimenticios de las beneficiarias, los resultados servirán para triangular el IMC y los ejercicios que realizarán por semana con el instructor/a de actividad física.

Esta triangulación de datos servirá para tener una intervención más equilibrada en relación a la alimentación y actividad física que deben desarrollar cada una de las beneficiarias del proyecto; es decir, que se elaborarán planes individuales de acuerdo a su metabolismo. Los planes se realizarán cada mes de acuerdo al avance y logros que alcancen las beneficiarias; esta información será incorporada en la ficha de evaluación nutricional. La recogida y procesamiento de datos está a cargo del/a profesional en nutrición.

#### **d) Seguimiento del componente físico**

En este componente se realizarán actividades físicas (*step*, aeróbicos, zumba, entre otros) cuya duración será de doce meses, dos sesiones por semana y 8 sesiones por mes. Las actividades físicas concluidas serán registradas considerando la medición de índice de masa muscular (IMC), para esto se medirá el peso y la talla trimestralmente. La recolección de datos estará a cargo de el/la instructor/a de actividad física.

#### **e) Seguimiento al club de vida**

Con respecto al Club de vida se prevé que sea creado al inicio del segundo año de ejecución del proyecto. De acuerdo a un registro de beneficiarias se procederá a crear una junta directiva quienes serán coordinadoras de actividades, entre el ente ejecutor y las usuarias. Para esto se utilizará una guía de observación e identificación de actores clave. El lapso para la creación de este club de vida es de un mes. Teniendo reuniones entre el/la coordinador/a del proyecto y el área de trabajo social una vez por semana, en total 4 reuniones.

El área de trabajo social estará a cargo del desarrollo y elección democrática de esta junta como también de proporcionar información al Club de Vida, sobre funciones y obligaciones por y para el proyecto. Dentro de este componente se busca la participación activa de las beneficiarias para empoderar mujeres y formar lideresas capaces de contribuir al proyecto.

#### **f) Seguimiento de Microempresa de comida saludable**

Como derivación del componente anterior se presenta la instauración de una microempresa de comida saludable, con una junta directiva conformada. Entre las primeras actividades se contempla la creación de una microempresa que responda a la necesidad de comercializar comida saludable en la zona. Para este componente se contratará un profesional en área legal para realizar el proceso de una licencia de funcionamiento municipal; además se creará un plan operativo para la microempresa con las mujeres beneficiarias y un profesional en administración de empresas. Ya que se debe hacer un análisis económico, social y legal para el desarrollo del negocio. El tiempo estimado en la instauración de este componente es de cuatro meses, se concretarán reuniones quincenales para informar los avances, haciendo un total de 8 reuniones, para ello el área de trabajo social recolectará datos con actas de reunión e informes de los profesionales a cargo.

#### **g) Seguimiento de la Red Escolar de Prevención del sobrepeso y obesidad**

La red escolar de prevención del sobrepeso y la obesidad como nuestro último componente conllevará convenios con escuelas y colegios de la zona, estará a cargo de las beneficiarias que forman parte del club de vida, la creación de esta red de prevención está estimada en dos meses, donde se tendrán reuniones quincenales con

la/el coordinador del proyecto y directores de colegios y escuelas de la zona y alrededores. Presentando de esta manera actas de reuniones, con la finalidad de obtener convenios firmados por ambas partes y la aprobación de planes pedagógicos para dar funcionamiento a esta red de prevención.

En esa misma línea se presenta todo lo detallado en los anteriores párrafos del seguimiento de cada componente en el cuadro N° 8 “Plan de seguimiento” (p. 48), de manera sistemática para su fácil comprensión, la intervención a realizar también se expone el indicador al cual responde, el responsable a cargo tanto en la intervención como en la recopilación de datos, como también el medio por el cual puede ser verificada la intervención y por último el tiempo de desarrollo de cada intervención y cantidad de sesiones y/o reuniones que se tendrá en cada componente.

#### **4.8.1. Informes de seguimiento**

Se prevé contar con informes mensuales, trimestrales y semestrales para una sistematización continua, de modo que el ente ejecutor tenga datos a mano ante cualquier requerimiento.

De este modo en los párrafos a continuación se explica la función de los informes, quien será el encargado de redactarlos, para que serán útiles cada uno de estos y su contenido. Como resultado en la página 49, se presenta el cuadro N° 9 “Informes de seguimiento por niveles de organización” que resume de manera concisa esta información.

##### **➤ Informes Mensuales**

Los datos recogidos de las reuniones programadas dentro del tiempo estipulado para cada componente, ya sean estas 2 o 4 sesiones al mes, serán presentadas en informes mensuales frente al equipo operativo (profesionales a cargo de los componentes social, psicológico, nutricional y físico) como también de los componentes Club de vida, Microempresa de comida saludable y Red escolar de prevención del sobrepeso y obesidad en sus respectivos tiempos. Es ahí donde se valorará los datos obtenidos y se autoevaluará a los responsables de cada actividad, teniendo en cuenta el llenado de las

actas de reuniones que son herramientas de levantamiento de datos. Tal acta de reuniones deberá ser llenado por el coordinador del proyecto. Véase anexo N° 11.

➤ **Informes Trimestrales**

Para los informes trimestrales que nos permitirá apreciar los resultados inmediatos de las intervenciones, será el o la coordinador/a del proyecto quien se encargue de su elaboración en base a los informes mensuales. Cabe recalcar que para este punto el componente social, psicológico y nutricional habrán dado por terminada su intervención, se enfatizará sobre el impacto de las intervenciones en la vida cotidiana de las beneficiarias. Además, se realizarán entrevistas a los responsables para la elaboración de los informes a fin de obtener datos relevantes de la ejecución de los componentes (ver anexo N° 14).

➤ **Informes Semestrales**

Los informes semestrales dentro del plan de seguimiento servirán para una evaluación de impacto ya que se recolectará datos post-intervención se enfatizará la retención, uso y aplicación de conocimientos brindados durante los cursos y talleres dentro del proyecto. Además, dicho informe será compartido con autoridades que son parte del ente ejecutor y al financiador para mostrar el progreso del proyecto.

➤ **Informes Anuales**

Por último, los informes anuales, están a cargo del coordinador/a, quien tendrá la responsabilidad de mostrar la coherencia de las actividades ejecutadas, el cumplimiento de plazos, objetivos e indicadores. Además, de las evaluaciones realizadas en la gestión.



**Cuadro 5 Plan de seguimiento**

<b>PLAN DE SEGUIMIENTO</b>				
Nombre del proyecto: SEMILLERO DE CUIDADOS				
Duración del proyecto: 24 meses				
Equipo del proyecto: grupo de operación				
<b>Intervención</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Responsable</b>	<b>Medio de verificación</b>	<b>Tiempo</b>
<b>Curso de capacitación en perspectiva de género</b>	Grado de aprendizaje de contenido de género	Trabajo social	Lista de participantes	3 meses 1 sesión a la semana 12 sesiones
<b>Cursos para fomentar la actividad física (step, aeróbicos, zumba, etc.)</b>	Cantidad de mujeres con sobrepeso y obesidad que asisten a los cursos. Índice de masa muscular al ingresar al proyecto	Entrenador físico	Registrar número de mujeres que asisten a los cursos Medir IMC	12 meses 2 veces por semana
<b>Talleres de nutrición</b>	Promedio de IMC de mujeres en el proyecto	Nutrición y dietética	Medir IMC al comenzar el proyecto y en lapsos de tiempo.	3 meses 1 sesión a la semana 12 sesiones
<b>Taller de disminución del estrés y la ansiedad</b>	Número de mujeres participantes. Grado de aprendizaje en temáticas abordadas	Psicología	Registro de conocimiento previo de las temáticas Recolección de datos a nivel de conocimiento después de los talleres	3 meses 1 sesión cada quince días 6 sesiones
<b>Taller de Autoestima</b>				

<b>Club de vida</b>	Cantidad de mujeres que son participantes activas y lideresas en el Club de vida	Coordinador/a del proyecto Trabajo social	Registro participantes del club de vida	1 mes 1 reunión por semana 4 reuniones
<b>Microempresa de comida saludable</b>	Valoración de necesidad de un comercio de comida saludable en la zona  Nivel de cumplimiento de procedimientos legales para la obtención de licencia de funcionamiento	Coordinador/a del proyecto Trabajo social	Licencia de funcionamiento Equipo de mujeres responsable de la microempresa	2 meses 1 reunión cada 2 semanas 4 reuniones
<b>Red escolar de prevención del sobrepeso y la obesidad</b>	% de estudiantes que reciben y comprender la información brindada	Coordinador/a del proyecto Trabajo social	Convenio firmado con directores de las escuelas de la zona y alrededores. Registrar estudiantes participantes de los talleres	2 meses 1 reunión cada 2 semanas 4 reuniones

Fuente: Elaboración propia

**Cuadro 6 Informes de seguimiento por niveles de organización**

SEGUIMIENTO POR NIVELES DE ORGANIZACIÓN			
Informe	Finalidad	Contenido	Responsables
<b>Informes Mensuales</b>	Apoyar la gestión cotidiana del proyecto y analizar cambios en los planes de acción.	Avances, cumplimiento de objetivos y metas en el desarrollo del proyecto, participación de las beneficiarias	Equipo operativo
<b>Informes Trimestrales</b>	Apreciar los avances hacia los resultados planeados.	Calidad de los resultados y respuesta de las beneficiarias	Coordinador/a del proyecto
<b>Informes Semestrales</b>	Evaluar los resultados de los componentes ejecutados del proyecto	Evaluación del impacto del proyecto en las beneficiarias	Coordinador/a del proyecto
<b>Informes Anuales</b>	Estimar la pertinencia del proyecto y hacer observaciones a futuro	Revisión del proyecto coherencia entre el diseño, organización y ejecución. Impacto en los beneficiarios	Coordinador/a del proyecto

Fuente: Elaboración propia

#### **4.9. Plan de evaluación**

La evaluación es una estrategia fundamental para la toma de decisiones, porque permite reflexionar sobre la calidad y el alcance del propio trabajo, proporcionando valiosos insumos para la planeación futura (Niño-Martínez Castro & de la Macorra Barroso, 2013).

Es importante conocer que se contratará un equipo externo de evaluadores, quienes se encargarán de definir la metodología apropiada para la evaluación oportuna e imparcial del proyecto, como las técnicas, instrumentos y herramientas que se utilizarán para la recolección de información, el proyecto cuenta con un plan de seguimiento cuyos datos, incluida la línea base que se desarrollará; será brindada al equipo de expertos para su referencia.

Por consiguiente, se presenta a continuación los términos de referencia para el equipo evaluador, sin antes dejar de lado que este equipo se encargara de la evaluación en tres tiempos, Evaluación ex ante, durante y ex post, dando por hecho que los términos de referencia serán modificados y mejorados por el/la coordinador/a del proyecto.

##### **4.9.1. Propuesta de Términos de referencia**

###### **A) Datos del proyecto**

Título del proyecto: Semillero de cuidados

País/área geográfica: Bolivia/ El Alto Distrito 3

Periodo de ejecución: 24 meses

## **B) Introducción y objetivos**

Se establece como prioritaria la necesidad de información, educación y empoderamiento sobre autocuidado en mujeres con sobrepeso y obesidad, debido a que, si bien las mujeres que sufren estas condiciones no son capaces de cambiarlas por factores sociales, culturales y psicológicos. Es ahí donde la intervención profesional de las y los Trabajadores Sociales es requerida, así lograr aminorar los efectos de la condición sanitaria de estas mujeres y brindar la oportunidad de establecer un estilo de vida saludable.

### **❖ Objetivo general**

Contribuir al desarrollo de un estilo de vida saludable en mujeres con sobrepeso y obesidad de 30 a 50 años de edad, mediante procesos socioeducativo en el autocuidado de su salud física y emocional.

### **❖ Objetivos específicos**

Mujeres de la zona 1° de Mayo de 30 a 50 años de edad con sobrepeso y obesidad conocen, toman decisiones y practican buenas acciones de autocuidado

Generar buenas acciones de autocuidado en mujeres con sobrepeso y obesidad de 30 a 50 años de edad

### **❖ Resultados esperados**

*Resultado 1:* Mujeres con sobrepeso y obesidad participan activamente en la capacitación de perspectiva de género.

*Resultado 2:* las mujeres con sobrepeso y obesidad se inscriben en los cursos y realizan actividad física.

*Resultado 3:* Mujeres con sobrepeso y obesidad asisten a los talleres de nutrición.

*Resultado 4:* Las mujeres con sobrepeso y obesidad asisten a los talleres de fortalecimiento del autoestima y disminución del estrés y ansiedad.

*Resultado 5:* Se concretiza la creación del Club de vida y su junta directiva donde las beneficiarias participan activamente en el club de vida.

*Resultado 6:* Se instaura de manera legal la microempresa de comida saludable y entra en operación comercial.

*Resultado 7:* Se firma acuerdos con autoridades escolares y se pone en marcha la red escolar de prevención del sobrepeso y obesidad en los colegios y escuelas.

### **C) Metodología**

La metodología a ser utilizada en estas evaluaciones, así como las herramientas empleadas para la recolección de información, serán diseñadas por el equipo de evaluadores. De forma general es esquema sugerido sería el siguiente:

#### **Fase I: Etapa de Gabinete y Presentación de un Plan de Evaluación**

*Recopilación de información:* será responsabilidad del equipo operativo y el/la coordinador/a, proveer y facilitar a los evaluadores toda la documentación requerida para la realización de las evaluaciones, dentro de esta documentación esta la línea base del proyecto, marco lógico, etc.

*Análisis de la documentación:* revisión de las fuentes de información existentes, análisis del contexto social y económico donde se desarrolla la intervención, marco lógico del proyecto, informes, actividades realizadas, cronograma, presupuesto, resultados.

*Preparación y presentación de un Plan de evaluación:* donde se incluya el plan de trabajo, con un cronograma de trabajo, lugares que se visitarán, instrumentos y técnicas de recolección de datos, agenda para visitar a los entes ejecutores y definición de actores clave que serán entrevistados.

### ***Fase II Trabajo de Campo y Presentación de un Informe preliminar***

*Visitas de campo y entrevistas:* visitas a los lugares donde se desarrolla en proyecto entrevistas en profundidad a actores claves, beneficiarios, autoridades que pueden ser individuales o grupales.

*Reuniones de devolución de resultados preliminares:* en este punto los evaluadores presentarán los resultados preliminares al equipo de coordinación del proyecto, cuya responsabilidad será analizar con el o los responsables de seguimiento. Se tendrá un plazo de 15 días para entregar a los evaluadores sus comentarios, observaciones y sugerencias de mejora para la obtención de un informe final.

### **Fase III Redacción del informe final**

En esta fase los evaluadores, una vez hayan recibido los comentarios y observaciones del o los responsables de seguimiento del proyecto, deberán redactar y entregar el informe final de evaluación. Tras su presentación en formato electrónico y una vez aprobado, los evaluadores entregarán cinco copias firmadas en papel de la versión

definitiva del Informe final cada ejemplar debe incluir CD's con el documento en formato PDF a los coordinadores.

El documento de evaluación deberá ser socializado con las beneficiarias y con otros actores relevantes para la retroalimentación y la apropiación de aprendizajes y recomendaciones obtenidas.

#### **D) Principales criterios de evaluación**

Los principales criterios a tener en cuenta serán expuestos en las siguientes líneas:

- ✓ *Pertinencia:* relacionada a qué tanto el diseño de la intervención responde a las necesidades de los beneficiarios. También se identifica si tiene coherencia con otras iniciativas, políticas o programas del país, región o municipio (Niño-Martinez Castro & de la Macorra Barroso, 2013).
- ✓ *Eficacia:* se refiere a la medida en la cual el proyecto produce los resultados esperados y por tanto lograr el objetivo específico del proyecto. También se identifica la apropiación del proyecto por las beneficiarias (Niño-Martinez Castro & de la Macorra Barroso, 2013). También el efecto que causó a nivel transversal, ya que al ser este proyecto una intervención multisectorial se busca ver efectos a largo plazo entre género, fortalecimiento de capacidades, salud, etc.
- ✓ *Eficiencia:* se refiere al análisis en el cual se brindan y gestionan los servicios y se realizan las actividades previstas optimizando los medios, recursos y tiempo disponibles para producir los resultados esperados (Niño-Martinez Castro & de la Macorra Barroso, 2013). Se debe tomar en cuenta el cumplimiento del cronograma y la gestión del presupuesto fijado, como



también, la calidad de los procedimientos y prácticas durante la ejecución del proyecto.

- ✓ *Impacto:* se refiere a los efectos del proyecto (positivos y negativos; intencionales o no; directos e indirectos) sobre los participantes beneficiarios del proyecto, así como los efectos indirectos sobre un mayor número de personas, en un sector o un área geográfica determinada (Niño-Martínez Castro & de la Macorra Barroso, 2013). El impacto puede ser técnico, económico, sociocultural e institucional. Se debe tomar en cuenta en qué medida se han logrado los objetivos y el aporte del proyecto.

De la misma forma los posibles efectos a largo plazo del proyecto y su sostenibilidad.

- ✓ *Sostenibilidad:* se refiere a la medida en la cual los impactos de la intervención tienen la posibilidad de continuar después de concluir el proyecto, considerando si los beneficiarios quieren y pueden dar continuidad a los objetivos del proyecto.

Dentro de este influye el sentido de apropiación de las beneficiarias, también la sostenibilidad institucional como la capacidad de las organizaciones o instituciones de proporcionar apoyo después de la conclusión del proyecto.

Se debe tomar en cuenta la sostenibilidad económica que va referida a la capacidad local para solventar gastos de operaciones (Niño-Martínez Castro & de la Macorra Barroso, 2013).

## **E) Premisas de los informes de evaluación, autoría y publicación**

Se debe definir ciertas condiciones indispensables dentro de este apartado, como ser:

*Anonimato y confidencialidad:* Las evaluaciones deben respetar el derecho de las personas a proporcionar información asegurando su anonimato y confidencialidad.

*Independencia:* El equipo evaluador deberá garantizar su independencia de la intervención evaluada, no estando vinculado con cualquier elemento que compone el proyecto y su directiva,

*Incidencia:* En el caso de la aparición de problemas durante la realización del trabajo de campo o en cualquier otra fase de la evaluación, estos deberán ser comunicados inmediatamente a las y los coordinadores del proyecto. De no ser así, la existencia de dichos problemas en ningún caso podrá ser utilizada para justificar la no obtención de los resultados establecidos en el presente documento.

*Convalidación de información:* Corresponde al equipo evaluador garantizar la veracidad de la información recopilada para la elaboración de los informes, y en la última instancia será responsable de la información presentada en los informes de evaluación.

*Informes de evaluación:* La difusión de la información recopilada y de los informes es concesión del equipo de coordinación del proyecto y asociados.

*Entrega de informes:* En caso de retraso en la entrega de los informes o en el hipotético en que la calidad de los informes entregados sea visiblemente inferior a lo esperado, el equipo coordinador del proyecto se reserva el derecho de rescindir el contrato.

## **F) Estructura y presentación de los informes de evaluación**

Los informes de evaluación deben incluir los siguientes contenidos:

*Resumen ejecutivo:* Un resumen de la evaluación con especial énfasis en los resultados principales y prioritarios, actividades desarrolladas, objetivos alcanzados, en las conclusiones y recomendaciones más importantes.

*Introducción:* antecedentes y objetivos de la evaluación, metodología empleada, condicionantes y limitantes de la evaluación realizada.

*Descripción de la intervención evaluada:* debe indicar objetivos y su estructura lógica de planificación, antecedentes, niveles de organización y gestión, actores implicados, contexto económico, social, político e institucional en el que se desarrolla la intervención.

*Análisis de la información recopilada:* dando respuestas a las cuestiones y criterios de evaluación establecidos en la metodología de trabajo.

*Resultados de la evaluación y conclusiones:* estos deben ir en relación con los criterios de evaluación establecidos.

*Recomendaciones:* derivadas de la evaluación.

### **G) Perfil del equipo evaluador**

El equipo evaluador debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Probada capacidad técnica y experiencia en la realización de trabajos anteriores similares a este en el contexto de la implementación de la Estrategia de Actuación Integrada en el marco de la actual política de salud (SAFCI).
- Buen conocimiento y manejo de metodologías de formulación, seguimiento y evaluación de proyectos de la política de salud SAFCI

- Capacidad de análisis para identificar los puntos fuertes y áreas de mejora, así como los aspectos críticos de la realidad analizada y de la intervención evaluada.

Los requisitos mínimos para la evaluación de las propuestas:

- Currículum vitae de la empresa consultora encargada de la evaluación
- Propuesta de ejecución
- También se tomará en cuenta:
  - Metodología de la evaluación
  - Herramientas empleadas
  - Planificación de recursos
  - Claridad y concreción de la propuesta

#### **H) Plazos para la realización de la evaluación**

A continuación, se establece tiempos entre las fases de la evaluación, asimismo se debe tener presente que la consultoría está establecida para las evaluaciones en tres tiempos del proyecto por lo que serán aplicadas como referencia y pueden ser modificadas en consenso entre los coordinadores del proyecto y el equipo evaluador.

Entrega y presentación de informe preliminar en reunión con las y los coordinadores del proyecto: no más de un mes y medio después de la fecha de firma del contrato de consultoría para la evaluación del proyecto en caso de la evaluación Ex ante y de acuerdo a planificación para las evaluaciones durante y ex post.

Entrega de observaciones del equipo de coordinadores del proyecto: se estima 15 días después de la entrega del informe preliminar.

Entrega del informe final: 7 días a contar a partir de la finalización del plazo para la entrega de observaciones y comentarios por parte del equipo coordinador y el equipo de seguimiento.

### **Ciclo de evaluación**

#### **➤ Evaluación ex ante**

La evaluación ex ante se refiere a la valoración de una propuesta de intervención que busca solucionar o mitigar un problema o necesidad que aqueja a una comunidad y los recursos asignados para su posterior implementación.

La evaluación integral del diseño se conforma mediante un conjunto de componentes que hacen posible la evaluación. Entre ellos se encuentran:

- ❖ El Enfoque del Marco Lógico que con su jerarquía de objetivos, conceptos y relaciones lógicas cruzan el conjunto del análisis evaluativo;
- ❖ Los criterios de evaluación que definen el análisis a realizar y orientan al respecto los juicios de valor;
- ❖ La línea base que se constituyen en la guía para el trabajo de los panelistas.
- ❖ El panel de evaluación constituido por expertos que enjuician el diseño de los programas sociales

Dentro de esta etapa de evaluación se puede mencionar los siguientes indicadores base:

- % de las mujeres con sobrepeso y obesidad conocen acciones de autocuidado.
- % de las mujeres con sobrepeso y obesidad toman decisiones y practican buenas acciones de autocuidado
- Percepción de las mujeres sobre las prácticas de autocuidado

- **Evaluación durante**

La evaluación ex dure es la que se realiza durante la implementación a fin de observar su funcionamiento y el logro de los productos, entre otros aspectos.

Para guía de esta etapa de evaluación se presentan indicadores que dan pautas a el cumplimiento de los objetivos del logro de productos.

- Las mujeres con sobrepeso y obesidad desmitifican los estereotipos y prejuicios de ser mujer
- Las mujeres practican actividad física dos veces por semana
- Las mujeres con sobrepeso y obesidad conocen hábitos alimenticios saludables
- Las mujeres con sobrepeso y obesidad desarrollan habilidades para control de su estrés y ansiedad, también potenciaron su autoestima

Asimismo, se detalla indicadores que según su tiempo de intervención sugieren ser guiados para un análisis de funcionamiento.

- Las mujeres con sobrepeso y obesidad son integrantes activas del club de vida
- Las mujeres participantes instauran una microempresa de comida saludable en la zona
- Los estudiantes conocen hábitos alimenticios saludables, la importancia de practicar actividad física y potencian su autoestima.

- **Evaluación ex post**

La evaluación realizada ex post analiza la materialización de lo que se propuso en el diseño, ya sea una vez que ha concluido. Su objetivo es entregar información relevante

para tomar decisiones que mejoren el diseño en que se basa, la gestión de los recursos involucrados o incluso decidir la continuidad o término de la iniciativa.

#### **4.10. Plan de sostenibilidad**

La sostenibilidad de un proyecto incluye diferentes dimensiones las cuales deben ser consideradas con el objetivo de dar continuidad a las acciones y que estas no afecten la capacidad de desarrollo a futuro.

En primer lugar, se detallará la sostenibilidad institucional ya que la voluntad y el apoyo es fundamental, más aún en el área administrativa por una organización municipal y así también con otras organizaciones públicas y privadas. Está previsto el traspaso de la metodología del proyecto a niveles municipales, ya que esta institución será colaborador activo dentro del proyecto. La transferencia de metodología perteneciente al proyecto será sistematizada para la fácil adaptación. Esto permitirá visibilizar los resultados del proyecto y la necesidad de sustento que se ha proporcionado desde políticas nacionales y sectoriales.

En este sentido, se debe concretar reuniones con autoridades municipales y departamentales para que se realicen actividades donde se apropien de la metodología del proyecto. Para que de esta manera se pueda llegar a un acuerdo institucional donde se debe definir la disponibilidad presente y futura. Se refiere con esto a los costos de mantenimiento del proyecto, a los recursos humanos, recursos materiales (equipos del componente actividad física entre otros).

Se debe tener en cuenta que la creación del Club de vida es la estrategia de sostenibilidad social que generara el proyecto, ya que la capacitación de mujeres para

su posterior participación activa en pro del proyecto entra dentro de la sostenibilidad social del proyecto. Por este motivo la junta directiva de este club de vida serán parte activa para lograr acuerdos que aseguren la continuidad del proyecto.



#### 4.11. Cronograma de ejecución

MES	GESTIÓN 2023												GESTIÓN 2024												
	E N E	FE B	M A R	A B R	M A Y	JU N	JU L	A G O	S E P	O C T	N O V	DI C	E N E	F E B	M A R	A B R	M A Y	JU N	JU L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	
1. Conformar un equipo multidisciplinario																									
2. Socializar los objetivos conductuales preliminares																									
3. Elaboración de una línea base																									
4. Definir los objetivos conductuales																									
5. Elaborar estrategia comunicacional y probar previamente los comportamiento, mensajes y materiales																									
6. Fortalecer las habilidades del personal																									
7. Desarrollar un sistema de seguimiento y evaluación																									
8. Revisión del plan operativo																									
9. Ejecutar las actividades																									
10. Implementar del sistema de seguimiento y evaluación																									

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.12. Presupuesto

Recursos	Ítem	Unidad	N° de unidades	Costo unitario	Costo total
<b>Humanos</b>	2 Licenciada (o)s en Trabajo Social	Mes	27	4.000bs	108.000bs
	Licenciada(o) en Nutrición y dietética	Mes	14	4.000bs	56.000bs
	Licenciada(o) en Psicología	Mes	7	4.000bs	28.000bs
	Instructor(a) de actividades deportivas	Mes	14	4.000bs	56.000bs
	Licenciada en Comunicación Social	Mes	12	4.000bs	48.000bs
	Equipo evaluador	Producto	1	10.000bs	10.000bs
	Tramitador	Producto	1	2.000bs	2.000bs
	Estudiantes de la carrera de Trabajo Social (pasantes)	Mes	6	400bs	2.400bs
<b>Materiales</b>	Ambientes aptos para realizar actividades físicas	Mensual	12	2.000bs	24.000bs
	Escalones de step	unidad	30	250bs	7.500bs
	Colchonetas	unidad	30	70bs	2.100bs
	Balanza	unidad	1	300bs	300bs
	Ambientes para talleres	Mensual	6	200bs	1.200bs
	Sillas	unidad	30	50bs	1.500bs
	Material de escritorio	paquetes	20	50bs	1.000bs
	Proyector y computadora	unidad	2	2000bs	4.000bs
	Recipientes	unidad	20	5bs	100bs

	Implementos básicos de limpieza y desinfección	Unidad	80	35bs	2.800bs
	Imprenta	producto	3	500bs	1.500bs
	Refrigerio	Refrescos sándwich	500 500	3bs	3.000bs
<b>TOTAL</b>					359.400bs

Fuente: Elaboración propia.

## **CAPÍTULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

El papel que tienen la mujer en la sociedad en sus diferentes ámbitos no puede pasar desapercibido, sin embargo, aun así, en Bolivia y otros países se trata mejor a los hombres que a las mujeres, a pesar de existir normativas estas carecen de sentido, si son las mujeres las que no pueden, ni tienen permitido exigir su cumplimiento. Es necesario la intervención en la problemática de mujeres con sobrepeso y obesidad; por ser un grupo doblemente vulnerado, por su condición de mujer, y por su enfermedad

#### **5.1. Conclusiones**

- ✓ El sobrepeso y obesidad es una problemática socio-sanitaria que debe ser atendida por sus altos índices de mortalidad y padecimiento de otras enfermedades relacionadas a estas.
- ✓ Así mismo, es importante resaltar la necesidad de políticas, programas y proyectos integrales y multidisciplinarios preventivos para la población en general que formen mecanismos de control y tratamiento, así minimizar los riesgos de padecer estas enfermedades que tenga en cuenta el enfoque de género necesario para poder llegar a una población vulnerable importante como son las mujeres.
- ✓ Se debe trabajar en la atención primaria para diagnosticar el sobrepeso y obesidad en mujeres y población en general, además de, asegurar profesionales especialistas para brindar tratamientos preventivos y adecuados.

- ✓ El estudio sobre la variable de la economía del cuidado para interpretar a la sociedad, no está desarrollada en Bolivia, los estudios son pocos y más aún la aplicación de este enfoque en políticas integrales.
- ✓ Se concluye que la economía del cuidado y el autocuidado como un tipo, dentro de esta, es un determinante social para la salud de las mujeres que sufren sobrepeso y obesidad, pero también, para muchas otras mujeres enfermas, ya que limita su vida cotidiana y el uso de su tiempo.
- ✓ El autocuidado dentro del entendimiento de las mujeres entrevistadas es sinónimo de egoísmo hacia sus familias, por lo cual la perspectiva de género es imprescindible para informar, educar y transformar su visión de una sociedad donde ellas también son merecedoras de cuidados y autocuidado.
- ✓ La creación de lugares de convivencia saludable para las mujeres desarrollara confianza y apoyo para cambiar su estilo de vida, es importante darles sostenibilidad a estas iniciativas desde los gobiernos municipales.
- ✓ Para llevar una vida saludable y de esta manera prevenir el sobrepeso y obesidad como también otras enfermedades, el educar a los niños y niñas dentro de las escuelas debe ser un plan estratégico para las municipalidades, el contribuir a la información y alternativas saludables que tienen al alcance esta población durante esta etapa crearía cimientos sólidos para su bienestar.

## **5.2. Recomendaciones**

- ✓ Se recomienda difundir conocimientos mediante cursos, seminarios para la aplicación del enfoque de economía de cuidados, de esa manera incrementar la producción teórica y práctica dentro de este enfoque.

- ✓ Dentro del marco de la política SAFCI y dentro de esta la Estrategia de Actuación Integrada que tiene como objeto la prevención de enfermedades no transmisibles, se recomienda la puesta en marcha de tal estrategia, debido a la demanda y necesidades identificadas dentro de la población boliviana.
- ✓ Por último, se recomienda la participación de las autoridades municipales como gestores de esta intervención post proyecto.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Barrio, J., García, M., & Bedía, M. (2006). Control del estrés. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 2(1), 429-439.
- Belli, L. (9 de Marzo de 2019). *ecofeminista*. Obtenido de ecofeminista: <https://ecofeminista.com/la-importancia-de-la-perspectiva-de-genero-en-salud/?v=7b60a39fc2a4>
- Cirilo, B. (Enero de 2012). Aspectos epidemiológicos de la obesidad en América Latina: los desafíos a futuro. *Medwave*, 12(1), 1-2.
- Clavijo, F. (19 de Diciembre de 2019). *Unicef*. Obtenido de Unicef.org: <https://www.unicef.org/bolivia/comunicados-prensa/bolivia-con-dificultades-para-cumplir-metas-en-nutrici%C3%B3n-de-ni%C3%B1os-y-mujeres>
- Colque, G., & Mamani, M. I. (marzo de 2018). *Fundación Tierra*. Recuperado el 27 de 06 de 2020, de [ftierra.org](http://www.ftierra.org/): <http://www.ftierra.org/>
- Dirección General de Promoción de la Salud. (2013). *Bases técnicas de las guías alimentarias para la población boliviana*. La Paz: Editorial Quatro Hnos.
- Falcón Flores, Y. (s/f). Taller de autoestima Gestalt- Branden.
- García Pando, P. (s/f). Prevalencia de sobrepeso/obesidad en escolares de 5 a 11 años en 6 unidades educativas del distrito 1 de educación de la ciudad de la paz, 2007. *Tesis*. La Paz, Bolivia.
- Gonzales Delgado, M. (2011). Pedagogía métodos y técnicas de intervención mpas parlantes. *Area de intervención pedagogica profesional UNAM*.
- Instituto Nacional de Estadística. (2017). *Encuesta de demografía y salud Bolivia: indicadores priorizados*. La Paz: INE.
- Kennedy, M., & Lama, M.-L. (Septiembre de 2018). Percepciones sectoriales del costo del sobrepeso y la obesidad en el municipio de La Paz. 1-40. (M. T. Nogales, & J. Rodriguez , Edits.) La Paz, Bolivia.
- La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. (s/f). *Enfoque de género en* <http://www.fao.org>. Obtenido de <http://www.fao.org>: <http://www.fao.org/3/X2919S/x2919s04.htm#TopOfPage>
- Landeros Olvera, E. A. (Agosto de 2003). Capacidades de autcuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad.

- Ministerio de Salud. (19 de Septiembre de 2018). Estudio de factores de riesgo de Enfermedades no Transmisibles coadyuvará en la prevención de esas patologías. La Paz, Bolivia.
- Monge Di Natale, J. d. (2007). Hábitos alimenticios y su relación con el índice de masa corporal de los internos de enfermería de la U.N.M.S.M. *Tesis*. Lima, Perú.
- Niño-Martinez Castro, C., & de la Macorra Barroso, M. A. (2013). *Guía para el seguimiento y evaluación de proyectos sociales*. México D.F.: Project Concern International.
- OMS. (2019). *Prevención y control de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles. Estado de la*. Washigton: Organizacion Mundial de la Salud.
- OMS. (1 de Abril de 2020). *www.who.int*. Recuperado el 28 de 06 de 2020, de Sobrepeso y Obesidad en *www.who.int*: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OPS. (19 de Enero de 2017). *www.paho.org*. Recuperado el 2020 de 08 de 08, de El sobrepeso y la obesidad aumentan en América Latina y el Caribe según informe de la FAO y la OPS en *www.paho.org*: [https://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1950:nota1ene17&Itemid=481](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=1950:nota1ene17&Itemid=481)
- OPS. (s.f.). *www.paho.org*. Recuperado el 28 de 06 de 2020, de Determiantes Sociales de la Salud en la Región de las Américas en *www.paho.org*: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=310&lang=es#:~:text=La%20Organización%20Mundial%20de%20la,la%20vida%20cotidiana%20\(%201%20\)](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=310&lang=es#:~:text=La%20Organización%20Mundial%20de%20la,la%20vida%20cotidiana%20(%201%20)).
- Organización de Naciones Unidas. (2018). *El trabajo de cuidados: una cuestión de derechos humanos y políticas públicas*. Mexico: ONU Mujeres.
- Organización Panamericana de Salud. (2020). *Las funciones esenciales de la salud pública en las américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción*. Washington D.C.: Creative Commons.
- Orgaz, C. J. (14 de Mayo de 2019). Los países de América Latina donde más ha crecido la obesidad.
- Oxfam Mexico. (2023). *Introducción a la perspectiva de género*. Centro de análisis e investigación.
- Pajuelo, J., Muñoz, C., Ayquipa, A., Ponciano, W., & Lopez, R. (2000). *El Sobrepeso, la Obesidad y la Anemia Nutricional en la Mujer Adulta* (Vol. 64). Lima: Intituto de investigaciones clínicas UNMSM.
- Quevedo Amador, M. (Febrero de 2009). Ejercicio físico en personas obesas. Guía para el profesional de la actividad física. *efdeportes*. Obtenido de <https://www.efdeportes.com/efd129/ejercicio-fisico-en-personas-obesas-guia-para-el-profesional-de-la-actividad-fisica.htm>



- Rico, M. N., & Robles, C. (2016). Políticas de cuidado en América Latina. *Serie Asuntos de Género*(140), 1-79.
- Rodríguez Enríquez, C. (Abril de 2015). Economía feminista y economía del cuidado. *Nueva Sociedad*(256), 31-44.
- Sacchi, M., Hausberger, M., & Pereyra, A. (Diciembre de 2017). Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del sistema de salud, en familias pobres de la ciudad de Salta. *Salúd colectiva*, 3(3), 271-283.
- Ticona, P. (2015). Prevalencia de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo en la ciudad de El Alto. *Tesis de Maestría*. La Paz, Bolivia.
- Torres Rodríguez, O. (s/f). Técnicas grupales para el trabajo en grupos.
- World Health Organization. (2002). *Communication for behavioural impact to rollback malaria*. Trial Edition.
- World Health Organization. (2012). *Communication for behavioural impact (COMBI)*. Luxembourg.

# **Anexos**

## Anexo N° 1 Matriz de Marco lógico

	OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<b>FIN</b>	Contribuir al desarrollo de un estilo de vida saludable en mujeres con sobrepeso y obesidad de 30 a 50 años de edad, mediante procesos socioeducativo en el autocuidado de su salud integral.	Índice de masa corporal (IMC) de mujeres de 30 a 50 años Estilo de vida (saludable y no saludable)	Encuesta de Demografía y Salud (EDSA) Cuestionario FANTASTICO	Las mujeres con sobrepeso y obesidad logran perder peso y mejorar su calidad de vida, y la de su familia
<b>PROPÓSITO</b>	Mujeres de la zona 1° de Mayo de 30 a 50 años de edad con sobrepeso y obesidad conocen, toman decisiones y practican buenas acciones de autocuidado Generar buenas acciones de autocuidado en mujeres con sobrepeso y obesidad de 30 a 50 años de edad	-80% de las mujeres con sobrepeso y obesidad conocen acciones de autocuidado. - 70% de las mujeres con sobrepeso y obesidad toman decisiones y practican buenas acciones de autocuidado - Percepción de las mujeres sobre las prácticas de autocuidado	Encuestas Observación directa, grupos focales. Entrevistas guiadas, observación indirecta	Las mujeres con sobrepeso y obesidad practican el autocuidado en su vida diaria para mejorar su salud física y emocional
<b>COMPONENTES</b>	Promover un ambiente libre de estereotipos y prejuicios de ser mujer con sobrepeso y obesidad	C1: 80% de las mujeres con sobrepeso y obesidad desmitifican los estereotipos y prejuicios de ser mujer	Entrevistas	-Mujeres con sobrepeso y obesidad conocen y reflexionan sobre los estereotipos mediante la perspectiva de género

	<p>Promover en las mujeres con sobrepeso y obesidad el autocuidado a partir de generar hábitos alimenticios saludables, actividad física, mejoramiento de la autoestima y competencias para disminuir el estrés y ansiedad.</p>	<p>C2: 90% de las mujeres practican actividad física una vez por semana</p> <p>C3: 90% de las mujeres con sobrepeso y obesidad conocen hábitos alimenticios saludables</p> <p>C4: 70% de las mujeres con sobrepeso y obesidad desarrollan habilidades para control de su estrés y ansiedad, también potenciaron su autoestima.</p>	<p>Ficha médica, observación directa.</p> <p>Entrevistas y Grupos focales</p> <p>Observación directa e indirecta e historias de vida.</p> <p>Grupos focales</p>	<p>-Mujeres con sobrepeso y obesidad realizan actividad física para mejorar su salud</p> <p>-Mujeres con sobrepeso y obesidad controlan su estrés y ansiedad y aplican buenos hábitos alimenticios</p>
	<p>Instituir un Club de vida para el autocuidado de las mujeres con sobrepeso y obesidad.</p>	<p>C5: 90% de las mujeres con sobrepeso y obesidad son integrantes activas del club de vida.</p>	<p>Seguimiento en participación de actividades</p>	<p>- Mujeres con sobrepeso y obesidad participan en el club de vida</p>
	<p>Crear una microempresa de comida saludable en la zona</p>	<p>C6: Las mujeres participantes instauran una microempresa de comida saludable en la zona</p>	<p>NIT con razón social de la microempresa</p>	<p>-Mujeres con sobrepeso y obesidad son responsables de una microempresa de comida saludable</p>
	<p>Establecer una red de prevención educando sobre el sobrepeso y obesidad a estudiantes de colegios en la zona</p>	<p>C7: 90% de los estudiantes conocen hábitos alimenticios saludables, la importancia de practicar actividad física y potencian su autoestima.</p>	<p>Convenio con directores de colegios Plan operativo de actividades</p>	<p>Mujeres con sobrepeso y obesidad establecen una red de prevención en colegios.</p>

ACTIVIDADES	Curso de capacitación en perspectiva de género	<b>Actividades C1:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Programación y planificación de la capacitación (material, logística, asistentes, etc.)</li> <li>- Elaboración de Guías Pedagógicas</li> <li>- Contratación de un/a experto/a en temáticas de Género.</li> <li>- Realizar la capacitación a las mujeres con sobrepeso y obesidad</li> <li>- Medir la efectividad de la capacitación</li> </ul>	-Mujeres con sobrepeso y obesidad participan activamente en la capacitación de perspectiva de género
	Cursos para fomentar la actividad física (step, aeróbicos, zumba, etc.)  Talleres de nutrición  Taller de disminución del estrés y la ansiedad  Taller de Autoestima	<b>Actividades C2, C3, C4:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Planificación de los cursos de actividad física (logística, material, asistentes, horarios, etc.)</li> <li>- Contratación de un/a instructor/a (con conocimientos en Zumba, baile, Step, aeróbicos)</li> <li>- Contratación de un/a experto/a en Nutrición.</li> <li>- Contratación de un/a experto/a en temáticas autoestima, estrés y ansiedad</li> <li>- Apertura de inscripciones a cursos de actividad física</li> <li>- Realización de talleres dirigido a mujeres con sobrepeso y obesidad</li> <li>- Medir la efectividad de los cursos</li> </ul>	-Mujeres con sobrepeso y obesidad se inscriben y realizan actividad física -Mujeres con sobrepeso y obesidad asisten a los talleres de nutrición -Mujeres con sobrepeso y obesidad asisten a los talleres de disminución del autoestima, estrés y ansiedad

	Club de vida	<b>Actividades C5:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto con las autoridades en salud de la zona 1° de Mayo</li> <li>- Presentación de la propuesta de proyecto</li> <li>- Convenios multisectoriales para la creación del club de vida</li> <li>- Apertura del club de vida</li> <li>- Creación de una junta directiva</li> <li>- Medir la efectividad y alcance del club de vida</li> </ul>		-Mujeres participan activamente en el club de vida
	Microempresa de comida saludable	<b>Actividades C6:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contratación de un/a experto/a en trámites.</li> <li>- Contratación de un profesional en administración de empresas</li> <li>- Delimitar la planificación y manejo de la microempresa</li> </ul>		-Se concretiza de manera legal la microempresa y entra en funcionamiento
	Red escolar de prevención del sobrepeso y la obesidad	<b>Actividades C7:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contacto con las/os directoras/os de colegios de la zona 1° de Mayo</li> <li>- Elaboración de Guías Pedagógicas</li> <li>- Realizar la capacitación a las mujeres para dar charlas</li> <li>- Medir la efectividad de la Red de prevención.</li> </ul>		-Se logra acuerdos con autoridades escolares y se pone en marcha la red escolar de prevención del sobrepeso y obesidad en los colegios y escuelas

Fuente: Elaboración propia.

## Anexo N°2 Matriz de involucrados

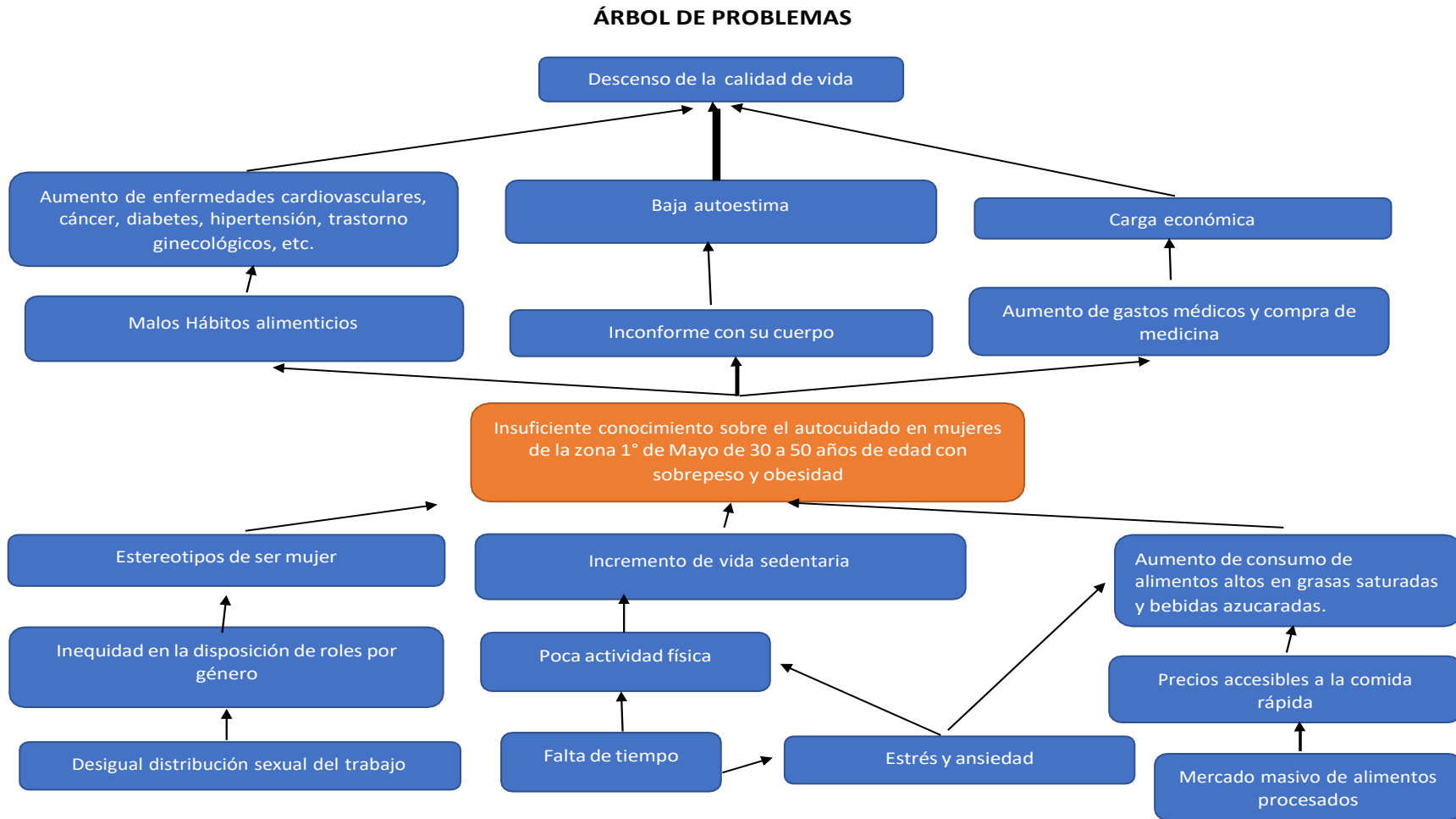
MATRIZ DE INVOLUCRADOS				
Grupos involucrados	Problemas percibidos	Intereses	Estrategias	Acuerdos y compromisos
<b>Mujeres con sobrepeso y obesidad</b>	- Insuficiente conocimiento sobre el autocuidado - Falta de tiempo para el autocuidado	Practicar acciones de autocuidado	Compromiso	
<b>Familia de las mujeres participantes</b>	Ambiente obesogénicos	Desarrollar un estilo de vida saludable	Trabajo conjunto	
<b>Centro de salud</b>	Alto índice de sobrepeso y obesidad en mujeres	Bajar el número de mujeres que sufren por obesidad y sobrepeso Prevenir aumento de Enfermedades no transmisibles	Convenio a trabajar de manera interdisciplinaria.	
<b>Sedes La Paz</b>	Sobrepeso y obesidad como un factor de riesgo exponencial	Controlar uno de los factores de riesgo de las Enfermedades no Transmisibles Prevenir aumento de Enfermedades no transmisibles	Poner en marcha las estrategias de actuación integrada en los barrios de El Alto	

<b>Ministerio de salud</b>	Prevalencia de Enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo	Controlar los factores de riesgo de las Enfermedades no Transmisibles		
----------------------------	---	---	--	--

Fuente: Elaboración propia.



### Anexo N°3 Árbol de problemas



Fuente: Elaboración propia.

#### Anexo N° 4 Objetivos conductuales preliminares

OBJETIVO ESPECÍFICO	OBJETIVO DE CONDUCTUALES
Promover un ambiente libre de estereotipos y prejuicios de ser mujer con sobrepeso y obesidad	Las participantes reflexionan sobre los... conceptos de sexo y género y, hacer que las participantes se sientan más cómodos con estos temas.
Generar hábitos alimenticios saludables	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Consumen diariamente una alimentación variada, que incluya alimentos de todos los grupos, aumentando la cantidad de verduras y frutas.</li> <li>-Aumente el consumo de leche y productos lácteos.</li> <li>-Consuma por lo menos 3 veces a la semana alimentos de origen animal, fuentes de hierro: carnes y vísceras</li> <li>-Prefiera aceites vegetales y evite las grasas de origen animal, grasas y aceites recalentados</li> <li>-Use siempre sal yodada en las comidas sin exageración</li> <li>-Consuma diariamente de 6 a 8 vasos de agua complementarios a las comidas</li> <li>-Evite el consumo exagerado de azúcar, dulces, bebidas gaseosas y alcohólicas</li> <li>-Reduzca el consumo de té y café, reemplácelos leche, jugos de frutas o apis (Tojori, Wilkaparu)</li> <li>-Lávese las manos antes de preparar y comer los alimentos</li> </ul>
Promover la práctica contante y continua de actividad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>Asumir la necesidad de caminar de 30 a 45 minutos al día</li> <li>Tomar iniciativa de subir y bajar escaleras por 15 minutos</li> <li>Bailar intenso durante 30 minutos</li> <li>Brincar la cuerda por 15 minutos</li> </ul>

<p>Forjar el mejoramiento de la autoestima y competencias para disminuir el estrés y ansiedad</p>	<p><b>AUTOESTIMA:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vivir conscientemente</li> <li>-Aceptar a sí mismo</li> <li>-Asumir la responsabilidad de uno mismo</li> <li>-Autoafirmación</li> <li>-Vivir con propósito</li> <li>-Integridad personal</li> </ul> <p><b>ESTRÉS Y ANSIEDAD:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Respirar de manera rítmica para calmarse</li> <li>-Autocontrolarse o control mental</li> <li>-Practicar actividades físicas</li> <li>-Buscar respuestas de relajación</li> <li>-Intentar prever momentos de estrés y/o ansiedad</li> </ul>
---	---

Fuente: (Dirección General de Promoción de la Salud, 2013), (Barrio, García, & Bedia, 2006), (Falcón Flores, s/f) y (Quevedo Amador, 2009).

## **Anexo N°5 Técnica Mapa parlante**

### **MAPA PARLANTE**

La técnica consiste en realizar un croquis de un área geográfica; se utiliza sobre todo en el análisis de la situación y el desarrollo de la visión, el mapa parlante da información acerca de recursos, conflictos y mapas de estructura social.

#### **¿Cómo realizarlo?**

Construir en grupo el croquis del sitio al que pertenece el grupo o la comunidad según como ellos lo observan hoy.

Facilitar que lo que se discute aparezca en este momento en el mapa, los participantes deben discutir haciendo

La elaboración del mapa debe ir acompañada de una guía compuesta por preguntas relacionadas con la temática que vayan facilitando la construcción del mapa.

#### **Método**

Formación de grupos de trabajo. Conformar 4-5 grupos de trabajo de acuerdo a la pertenencia territorial de las y los participantes. Convocatoria y socialización de proceso metodológico. Ello comprende la convocatoria de los actores claves del proyecto y la socialización del proceso de construcción de los mapas parlantes enfatizando al mismo tiempo la importancia de la participación organizada en la construcción de dichos instrumentos y la utilidad en los diagnósticos y auto evaluación progresiva (Gonzales Delgado, 2011).

**Anexo N°6 Técnica de presentación e integración Temores y esperanzas**  
**TEMORES Y ESPERANZAS**

**Objetivo**

Hacer que el grupo tome conciencia, en el comienzo del curso, sobre sus motivaciones, deseos y esperanzas, angustias y temores.

**Tamaño del grupo**

Veinticinco a treinta personas.

**Tiempo exigido**

Treinta minutos, aproximadamente.

**Material utilizado**

Una hoja en blanco y bolígrafo. Un pizarrón o una cartulina grande.

**Ambiente físico**

Una sala suficientemente amplia, con sillas, para acomodar a todos los participantes.

**Desarrollo**

El animador comienza diciendo que seguramente todos tienen, respecto del curso, temores y esperanzas. En el ejercicio que harán, todos podrán expresar esos temores y esperanzas.

1-Formará subgrupos de cinco a siete miembros cada uno.

2-A continuación, distribuirá una hoja en blanco para cada subgrupo, que designará un secretario para anotar los temores y las esperanzas del equipo.

3-Prosiguiendo, el animador pedirá a cada subgrupo exprese sus temores y esperanzas respecto del curso en la hoja que les fue entregada, utilizando para ello unos siete minutos.

4-Transcurrido el tiempo, se forma nuevamente el grupo mayor, para que cada grupo pueda comunicar lo que fue anotado.

5-El animador hará un resumen, en el pizarro o en la cartulina, y observará que probablemente los temores y las esperanzas de los subgrupos son idénticos y se reducen a dos o tres.

6-El ejercicio puede proseguir de esta manera: el animador pide que se formen nuevamente los subgrupos, y cada uno estudiará más en profundidad uno de los temores o una de las esperanzas del grupo, sus características, sus manifestaciones, etc. Al final, nuevamente en el grupo grande, uno de los miembros de cada subgrupo deberá personalizar el temor o la esperanza que se haya estudiado en el subgrupo. En otros términos, deberá vivenciar y hacer sentir a los demás ese temor o esa esperanza (Torres Rodríguez, s/f).

## **Anexo N° 7 Instrumento para definir objetivos conductuales HICDARM**

### **HICDARM**

La adopción del comportamiento se ilustra con el sencillo (y no demasiado perfecto) HICDARM modelo, basado en la teoría y la práctica de la adopción del comportamiento tradicional. Siendo este proceso la siguiente consigna:

First, we **HEAR** about the new behavior then, we become **INFORMED** about it and later **CONVINCEND** that it is worth while. in time, we make the **DECISION** to do something about our conviction and later we take **ACTION** on the new behavior we await next **RE-CONFIRMATION** that our action was a good one and if all is well, we **MAINTAIN** the behavior.

Traducida al español:

Primero, **Escuchamos** sobre el nuevo comportamiento, luego nos **Informamos** y luego nos **Convencemos** de que vale la pena. con el tiempo, tomamos la **Decisión** de hacer algo con respecto a nuestra convicción y luego **Tomamos** medidas sobre el nuevo comportamiento esperamos la siguiente **Reconfirmación** de que nuestra acción fue buena y si todo va bien, **Mantenemos** el comportamiento

De ese modo, el HICDARM describe un proceso mediante el cual aceptamos un nuevo comportamiento. Primero, escuchamos sobre el nuevo comportamiento; luego, nos informamos al respecto y luego nos convencimos de que vale la pena. Con el tiempo, tomamos la decisión de hacer algo con respecto a nuestra convicción. y luego actuamos sobre el nuevo comportamiento. Esperamos la próxima Re-confirmación de que

nuestra acción fue buena y si todo va bien, mantenemos el comportamiento (World Health Organization, 2012) y (World Health Organization, 2002).



## Anexo N° 8 Instrumento para definir estrategia comunicacional MSCREFS

### MSCREFS

Los estudios de investigación han demostrado que no verbal el lenguaje juega un papel importante en la comunicación. La suma de los modelos de teoría de la comunicación, desarrollados durante los últimos 50 años, puede ser descrito como el siguiente acrónimo:

<b>M</b> ensaje -- mensaje	La comunicación es un <i>mensaje</i> de una <i>fuentes</i> a través de un <i>canal que</i> va a un <i>receptor</i> con un cierto <i>efecto</i> que tiene <i>retroalimentación</i> en un <i>entorno</i> particular
<b>S</b> ource -- fuente	
<b>C</b> hannel --canal	
<b>R</b> eceiver -- receptor	
<b>E</b> fect -- efecto	
<b>F</b> eedback -- retroalimentación	
<b>S</b> etting -- ajuste	

### Consideraciones importantes

#### Mensaje

Asegúrese de que el lenguaje sea claro y de fácil comprensión. Eso es no es demasiado técnico. Dar demasiados mensajes confunde a la audiencia. Sea claro sobre cuál es el mensaje central principal y reducirlo a una oración.

#### Fuente

Utilice una persona creíble para transmitir el mensaje. Por ejemplo, es posible que la gente no preste mucha atención si un comerciante local dar consejos sobre la malaria, pero sería más creíble si un conocido doctor estaba transmitiendo el mismo mensaje. En otros casos, es más probable que un joven adolescente persuada otros adolescentes para actuar en lugar de un autoritario figura.

## **Canal**

Identificar el canal más apropiado es importante, ya sea utilizar los medios de comunicación a través de la radio, la televisión y los periódicos y/o canales interpersonales como visitas puerta a puerta, teatro tradicional, reuniones de grupo, etc. El canal correcto debe utilizarse para el público objetivo adecuado y, en general, el más eficaz es una mezcla selectiva de canales.

## **Receptor**

El receptor está filtrando e interpretando el mundo a través del lente cultural ven el mundo. Una comprensión de este mundo es crucial para lograr que la comunicación sea correcta. Por tanto, ¿cómo explicarías los efectos y el tratamiento? para la malaria para un agricultor rural sería diferente a urbano escolares y amas de casa.

## **Efecto**

El resultado final de la comunicación. El efecto es el conductual centrarse a través de la mejora del conocimiento, las habilidades y las indicaciones que crearía una diferencia en cómo la gente hacía cosas como hábitos de sueño, búsqueda de la ayuda adecuada en el momento adecuado, etc. Este es el punto en el que comenzar a planificar, es decir, tener claro qué efecto estás intentando crear.

## **Retroalimentación**

Importante asegurar que las intervenciones de comunicación sean apropiado, eficaz y compromete al receptor. Retroalimentación permite un ajuste fino para una mayor planificación de la comunicación para que un se forma un bucle continuo donde hay un diálogo positivo teniendo lugar.

## **Ajuste**

Puede facilitar o dificultar la comunicación. Si hay demasiado ruido, el tiempo no es apropiado, hay demasiadas distracciones, demasiado calor, demasiado frío, etc. Consideraciones como lugares religiosos, centro de salud, cafés, mercados, escuelas deben decidirse después de que el grupo objetivo, los mensajes y las fuentes hayan sido identificado (World Health Organization, 2002) y (World Health Organization, 2012)

## **Anexo N° 9 Técnica de presentación e integración Logotipos**

### **LOGOTIPOS**

#### **¿Qué es?**

Una técnica de presentación que posibilita el desarrollo de la creatividad y la originalidad.

#### **¿Para qué sirve?**

Para presentarse en un grupo a través de un objeto, símbolo o dibujo que nos caracterice o con el cual nos identifiquemos. Para conocernos a nosotros mismos y que nos conozcan. Es una técnica útil para la exploración del auto concepto.

#### **¿Cómo se hace?**

Cada participante debe contar con lápiz o marcadores y papel. Se realiza una introducción sobre qué son los logotipos, por ejemplo, los logos de las grandes marcas. Se les pide que dibujen un símbolo, elemento, gráfico, etc. que los identifique o caracterice. Aclarar que aquí no importa la calidad del dibujo, sino lo que representa.

En plenario cada uno de los participantes mostrará su logo y explicará brevemente por qué lo dibujó (Torres Rodríguez, s/f).

## **Anexo N° 10 Técnica de autoconocimiento y autovaloración Mi distinción personal**

### **MI DISTINCIÓN PERSONAL**

#### **Objetivo**

Ayudar a los miembros del grupo a considerar sus debilidades y habilidades.

#### **Desarrollo**

Se le entrega a cada participante una hoja para que elijan seis preguntas de las siguientes:

- Máximo logro en la vida.
- Lo que más te agrada de tu familia.
- Lo que más valoras en la vida.
- Menciona tres de tus puntos fuertes.
- Que te gustaría mejorar en ti.
- ¿Si te fueras hoy de este grupo, por qué te gustaría ser recordado?
- ¿Qué artículo material salvarías de tu casa si se estuviera quemando?
- ¿Qué es lo que más le gusta de ti al otro sexo?

Estas interrogantes se leerán en voz alta y se le pide a cada participante que responda a cada pregunta seleccionada con un dibujo. Se le puede sugerir la idea de integrar las respuestas y elaborar un distintivo personal en forma de escudo.

#### **Discusión**

Se forman subgrupos para compartir los dibujos compartiendo criterios sobre las vivencias compartidas.

Voluntariamente algunos presentarán sus dibujos al grupo. Pueden hacerse conclusiones sobre las tendencias predominantes en los aspectos reflejados como identidad personal (Torres Rodríguez, s/f).

**Anexo N° 11 Minuta de reuniones mensuales centrar todos los anexos**

**MINUTA DE REUNIÓN**

<b>Fecha</b>		<b>Hora Inicio</b>	
<b>Lugar</b>		<b>Hora Fin</b>	
<b>OBJETIVO</b>			

**ASISTENTES**

<b>ASISTENTES</b>			
<b>Nombre</b>	<b>Puesto</b>	<b>Asistencia</b>	<b>Firma o Motivo</b>

**ASUNTOS TRATADOS**

---

1. Asunto con prioridad

.....  
 .....  
 .....

2. Asunto secundario o menos importantes

.....  
 .....  
 .....

**COMPROMISOS ASUMIDOS**

<b>No.</b>	<b>TAREA</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>FECHA DE ENTREGA</b>

## Anexo N° 12 Guía de observación

### I. DATOS GENERALES

Dirección:..... Municipio.....

Zona: .....

Fecha:..... Hora de Inicio..... Hora de Finalización.....

<b>II. ASPECTOS A OBSERVAR</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
<b>1. Planeación</b>			
1.1			
1.2			
1.3			
<b>2. Interacción profesional-beneficiarias</b>			
2.1			
2.2			
<b>3. De las beneficiarias</b>			
3.1			
3.2			
<b>4. Entorno</b>			
4.1			
4.2			
<b>5. Evaluación</b>			
5.1			
5.2			
<b>III. CONSIDERACIONES FINALES</b>			



### **Anexo N° 13 Guía de entrevista grupal**

Fecha: \_\_\_\_\_

No. de registro: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Nombre del o la entrevistador/a: \_\_\_\_\_

---

Texto de la narración

Anotación de  
temas culturales  
o pre categorías

---

Comentarios del o la entrevistador/a

## Anexo N° 14 Planes Operativos

### COMPONENTE N° 1: Curso de capacitación en perspectiva de género

Actividad	Responsable	Recursos		Costo unitario	Costo total	Verificación
		Humanos	Materiales			
Conformación de un equipo de trabajo para la capacitación	Área de Trabajo Social		10 hojas de papel bond	2bs	2bs	Nómina del equipo
Contratación de un/a experto/a en Género	Área de Trabajo Social	Equipo de trabajo	honorarios	4000bs	12000bs	Contrato firmado
Contratación de un ambiente para la capacitación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	--	200bs	600bs	Contrato firmado
Elaboración de un programa para la capacitación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	10 hojas de papel bond	2bs	2bs	Programa elaborado
Movilización para la participación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	Imprenta	200bs	200bs	Factura de pago de servicios Panfletos
Compra de refrigerio para la capacitación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	35 jugos 35 sándwiches	105bs 140bs	315bs 420bs	Factura de la compra
Ejecución de la capacitación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	30 hojas de papel bond 30 bolígrafos	3bs 30bs	18bs 30bs	Lista de participantes Fichas de evaluación

Evaluación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo				Informe de resultados
------------	-------------------	-------------------	--	--	--	-----------------------

Fuente: Elaboración propia.

## COMPONENTE N° 2: Cursos para fomentar la actividad física (step, aeróbicos, zumba, etc.)

Actividad	Responsable	Recursos		Costo unitario	Costo total	Verificación
		Humanos	Materiales			
<b>Conformación de un equipo de trabajo para los cursos</b>	Área de Trabajo Social		20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Nómina del equipo
<b>Contratación de un/a instructor/a</b>	Área de Trabajo Social	Equipo de trabajo	honorarios	3000bs	36000bs	Contrato firmado
<b>Arrendamiento de ambiente</b>	Área de Trabajo Social	Equipo de trabajo	Salón de entrenamiento	2000bs	24000bs	Contrato de arrendamiento
<b>Compra de implementos de entrenamiento</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo, instructor/a	30 step 30 colchonetas 1 balanza 20 recipientes Jabón líquido Alcohol	250bs 70bs 300bs 5bs 20bs 15bs	7500bs 2100bs 300bs 100bs 200bs 150bs	Factura de compra
<b>Elaboración de un programa y horarios para los cursos</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Programa elaborado
<b>Elaboración de la convocatoria a inscripción</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	50 hojas	5bs	50bs	

<b>Movilización para la participación</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	Imprenta 50 panfletos	200bs	200bs	Factura de pago de servicios Panfletos
<b>Ejecución de la capacitación</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	30 hojas de papel bond 30 bolígrafos	3bs 30bs	18bs 30bs	Lista de participantes Fichas de evaluación
<b>Evaluación</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo				Informe de resultados

Fuente: Elaboración propia.

### COMPONENTE 3: Generar hábitos alimenticios saludables

Actividad	Responsable	Recursos		Costo unitario	Costo total	Verificación
		Humanos	Materiales			
Conformación de un equipo de trabajo para la capacitación	Área de Trabajo Social		20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Nómina del equipo
Contratación de un/a profesional en Nutrición y dietética	Área de Trabajo Social	Equipo de trabajo	honorarios	4000bs	48000bs	Contrato firmado
Arrendamiento de oficina	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo		1000bs	12000bs	Contrato firmado
Elaboración de un programa y horarios de consulta	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	100 hojas de papel bond	10bs	10bs	Programa elaborado

Elaboración de la convocatoria inscripción	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	100 hojas	10bs	10bs	Convocatorias impresas
Movilización para la participación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	Imprenta 50 panfletos	100bs	100bs	Factura de pago de servicios Panfletos
Ejecución de la atención	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	30 hojas de papel bond 30 bolígrafos	3bs 30bs	18bs 30bs	Lista de participantes Fichas de evaluación
Evaluación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo				Informe de resultados

Fuente: Elaboración propia.

#### COMPONENTE N° 4: Mejoramiento de la autoestima y competencias para disminuir el estrés y ansiedad

Actividad	Responsable	Recursos		Costo Unitario	Consto total	Verificación
		Humanos	Materiales			
Conformación de un equipo de trabajo para la capacitación	Área de Trabajo Social		20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Nómina del equipo
Contratación de un/a profesional en Psicología clínica o Psiquiatría	Área de Trabajo Social	Equipo de trabajo	honorarios	4000bs	24000bs	Contrato firmado
Elaboración de un programa para la capacitación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	50 hojas de papel bond	50bs	50bs	Programa elaborado
Movilización para la participación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	Imprenta 50 panfletos	100bs	100bs	Factura de pago de servicios Panfletos impresos

Compra de refrigerio para la capacitación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	35 jugos 35 sándwiches	105bs 140bs	630bs 840bs	Factura de compra
Ejecución de la capacitación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	30 hojas de papel bond 30 bolígrafos	3bs 30bs	18bs 30bs	Lista de participantes Fichas de evaluación
Evaluación	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo				Informe de resultados

Fuente: Elaboración propia.

#### COMPONENTE N° 5: Instituir un club de vida

Actividad	Responsable	Recursos		Costo unitario	Costo total	Verificación
		Humanos	Materiales			
Conformación de un equipo de trabajo	Área de Trabajo Social		20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Nómina del equipo
Definición de las necesidades estratégicas	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond 10 bolígrafos	2bs 10bs	12bs	Listo de necesidades estratégicas
Identificación de aliados potenciales	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Listado de posibles aliados
Programación de una cita a instancias del aliado elegido	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	5 hojas de papel bond	1bs	1bs	Factura de pago de servicios Panfletos impresos
Presentación de los posibles objetivos comunes	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Factura de compra

Asegurar la alianza estratégica	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	10 hojas de papel bond	1bs	1bs	Firma de convenio
Evaluación	Equipo de trabajo y aliado	Equipo de trabajo				Informe de resultados

Fuente: Elaboración propia

### COMPONENTE N° 6: Crear una empresa de comida saludable

Actividad	Responsable	Recursos		Costo	Costo total	Verificación
		Humanos	Materiales	unitario		
<b>Conformación de un equipo de trabajo</b>	Área de Trabajo Social		20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Nómina del equipo
<b>Contratación de un profesional en administración de empresas</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	Contrato	2.500bs	2.500bs	Contrato firmado
<b>Identificación de aliados potenciales</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Listado de posibles aliados
<b>Programación de una reunión entre mujeres y profesional en administración.</b>	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	5 hojas de papel bond	1bs	1bs	Plan de acción redactado

<b>Presentación de resultados</b>	Equipo de trabajo y mujeres	Equipo de trabajo				Informe de resultados, NIT y licencias de funcionamiento
-----------------------------------	-----------------------------	-------------------	--	--	--	--

Fuente elaboración propia

### COMPONENTE N° 7: Establecer una red de prevención escolar

Actividad	Responsable	Recursos		Costo unitario	Costo total	Verificación
		Humanos	Materiales			
Conformación de un equipo de trabajo	Área de Trabajo Social		20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Nómina del equipo
Definición de las necesidades estratégicas	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond 10 bolígrafos	2bs 10bs	12bs	Listo de necesidades estratégicas
Identificación de aliados potenciales	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Listado de posibles aliados
Programación de una cita a instancias de Directoras y Directores de las unidades educativas	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	5 hojas de papel bond	1bs	1bs	Factura de pago de servicios Panfletos impresos
Presentación de los objetivos comunes	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	20 hojas de papel bond	2bs	2bs	Factura de compra
Asegurar la alianza estratégica	Equipo de trabajo	Equipo de trabajo	10 hojas de papel bond	1bs	1bs	Firma de convenio



Evaluación	Equipo de trabajo y aliado	Equipo de trabajo				Informe de resultados

Fuente: elaboración propia

**Anexo N° 15 Guía de entrevista a los responsables de las actividades (Equipos)**

**AUTOEVALUACIÓN MENSUAL ENTREVISTA A LOS RESPONSABLES  
DE LAS ACTIVIDADES**

Objetivo del proyecto:
Indicador:

**DE LAS ACTIVIDADES DEL PROYECTO:**

1. Actividades (generales) previstas en el marco lógico del proyecto:

2. Actividades (más detalladas) por trimestre.

Enero	Febrero	Marzo	Observaciones

3. ¿Las actividades mencionadas están llevando el proyecto hacia el logro del objetivo y de los resultados del proyecto?

\_\_\_\_\_

4. ¿Se debe ajustar, modificar las actividades para poder lograr los resultados y el objetivo del proyecto? ¿Qué habrá que cambiar o modificar?

\_\_\_\_\_

5. ¿Se debe ajustar, modificar el marco lógico del proyecto para poder adecuar lo a la dinámica del proceso? ¿Qué habrá que cambiar o modificar?

\_\_\_\_\_