NIVEL DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES ENTRE 18 A 37 AÑOS EN 2 COMUNAS DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT Y SU ENTORNO FAMILIAR

MARÍA ANDREA CALDERÓN GARCÍA
ZULAY DANIELA CALDERÓN ROJAS

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE ENFERMERÍA
GIRARDOT
2021

NIVEL DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN MUJERES ENTRE 18 A 37 AÑOS EN 2 COMUNAS DEL MUNICIPIO DE GIRARDOT Y SU ENTORNO FAMILIAR

MARÍA ANDREA CALDERÓN GARCÍA

ZULAY DANIELA CALDERÓN ROJAS

TRABAJO DE GRADO

FRANCISCO JAVIER LAGUNA
GERMAN PINZÓN ZAMORA
DOCENTE INVESTIGADORES

UNIVERSIDAD DE CUNDINAMARCA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ENFERMERÍA

GIRARDOT

2021

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a Dios por darnos la oportunidad y sabiduría de llevar a cabo esta investigación. Queremos agradecer a nuestros docentes investigadores Francisco Javier Laguna y German Pinzón Zamora, también expresar nuestro agradecimiento a Geraldine Prada López, quienes nos acompañaron durante el proceso e hicieron posible esta investigación.

Para finalizar, extender nuestros agradecimientos a nuestros padres, por su apoyo, comprensión y palabras de ánimo en los momentos adecuados.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 7

CAPÍTULO I 8

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 8

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 11

3. OBJETIVOS 12

3.1 OBJETIVO GENERAL: 12

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 12

4. JUSTIFICACIÓN 13

5. MARCO REFERENCIAL 15

5.1 ESTADO DEL ARTE 15

5.2 MARCO TEÓRICO 21

5.3 MARCO CONCEPTUAL 22

5.4 MARCO LEGAL 24

5.5 MARCO ÉTICO 24

5.6 MARCO GEOGRÁFICO 25

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 26

7. DISEÑO METODOLÓGICO 46

7.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN 46

7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN 46

7.3 ALCANCE METODOLÓGICO 47

7.4 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA 47

7.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 48

7.5.1 Formulario 1. Caracterización – condiciones sociodemográficas de interés en nutrición y salud pública. 49

7.5.2 Formulario 2. Experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar último 30 días y Formulario 3. Estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria. 49

8. RESULTADOS 51

8. CONCLUSIONES 59

9. REFERENCIAS 60

ANEXOS 66

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 . Operacionalización de variable 26
Tabla 2. Puntos de corte para el procesamiento del indicador prevalencia seguridad/inseguridad alimentaria enel hogar 49
Tabla 3. Características sociodemográficas de 20 mujeres urbanas de estrato 1 y 2 en Girardot 51
Tabla 4. Características socioeconómicas de 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot 54
Tabla 5. Estrategias de afrontamiento de la seguridad alimentaria en 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot 56
Tabla 6. Experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar últimos 30 días en 20 hogares urbanosde estrato 1 y 2 en Girardot 57

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 Formulario 1. Caracterización – condiciones sociodemográficas de interés en nutrición y salud pública. 66
Anexo 2 Formulario 2. Experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar último 30 días 68
Anexo 3 Formulario. Estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria. 69

INTRODUCCIÓN

Esta investigación está orientada hacia una problemática en salud y su influencia trabajada en el entorno familiar, de manera que se realiza una debida caracterización y reconocimiento de este principal problema en salud que es el Sobrepeso y la Obesidad específicamente en una población con mayor tasa de incidencia y prevalencia que sería la mujer, reconocida en un entorno donde los factores de riesgo predisponen a que este individuo presente esta afección y por lo tanto no solo afecte a la mujer sino que también se vea reflejado en todos los miembros de su familia y cuales son todos estos factores, reconociendo uno por uno y así mismo generando ideas para planes de intervención en salud que permitan mitigar tanto la prevalencia como la incidencia de Sobrepeso y Obesidad en las familias.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial prevenible que se caracteriza por acumulación excesiva de grasa o hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo.[1] Se diferencia del sobrepeso, que significa pesar más de lo recomendado. Ambos términos significan que el peso de una persona está por encima de lo que se considera saludable según su estatura[2]. La grasa corporal se incrementa hasta un punto en que pone en riesgo la salud o la vida. El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

Actualmente, este problema involucra a la población de distintos géneros, razas e inclusive de distintas edades. Los niños se han convertido en una cifra sorpresiva que aumenta respecto a su prevalencia de estado de obesidad y/o sobrepeso. Desde 1975, la obesidad se ha casi triplicado en todo el mundo. [3]En los adultos se puede deducir una cifra más alta.

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como las siguientes: las enfermedades cardiovasculares (principalmente las cardiopatías y los accidentes cerebrovasculares), que fueron la principal causa de muertes en 2012; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy incapacitante), y algunos cánceres (endometrio, mama, ovarios, próstata, hígado, vesícula biliar, riñones y colon). El riesgo de contraer estas enfermedades no transmisibles crece con el aumento del IMC.[4]

La obesidad infantil se asocia con una mayor probabilidad de obesidad, muerte prematura y discapacidad en la edad adulta[5]. Sin embargo, además de estos mayores riesgos futuros, los niños obesos sufren dificultades respiratorias, mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. En 2016, según las estimaciones unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos[6]. Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos,

---

[1] CELDRÁN BAÑOS, A.I. *et al*. Revisión bibliográfica sobre la disfunción sexual y la obesidad. Internet: UNED. 2016.

[2] WEINECK, Jürgen. Salud, ejercicio y deporte. España: Editorial Paidotribo. 2001.

[3] BLASCO, Elíes Furio y PÉREZ, Matilde Alonso. Obesidad, un problema de salud pública. El caso español. En: HAL archives-ouvertes. Marzo. 2018.

[4] MIGUEL SOCA, Pedro Enrique. El síndrome metabólico: un alto riesgo para individuos sedentarios. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED). 2009, vol. 20, n° 2, p. 1-8.

[5] CHUECA, M. AZCONA, C. y OYARZÁBAL, M. Obesidad infantil. En Anales del sistema sanitario de Navarra. 2002, vol.25, sppl.1. p. 127-141.

[6] ALVAREZ-DONGO, Doris et al. Op. Cit., P.303-313

actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos. En África, el número de menores de 5 años con sobrepeso ha aumentado cerca de un 50% desde el año 2000. En 2016, cerca de la mitad de los niños menores de cinco años con sobrepeso u obesidad vivían en Asia. [7]

A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia.[8]

En 2016, más de 1900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos. En 2016, el 39% de las personas adultas de 18 o más años tenían sobrepeso, y el 13% eran obesas.[9]

La mayoría de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. En 2016, 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos. En 2016 había más de 340 millones de niños y adolescentes (de 5 a 19 años) con sobrepeso u obesidad.

La obesidad está tomando proporciones alarmantes en muchos países y supone un problema grave que se debe abordar con urgencia. En los Objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por las Naciones Unidas en 2015, la prevención y el control de las enfermedades no trasmisibles se consideran prioridades básicas. Entre los factores de riesgo para las enfermedades no transmisibles, la obesidad suscita especial preocupación, pues puede anular muchos de los beneficios sanitarios que han contribuido a la mejora de la esperanza de vida.[10]

Los progresos en la lucha contra la obesidad a nivel familiar, han sido lentos e irregulares. En 2014 se estableció la Comisión para acabar con la obesidad a fin de que examinará los mandatos y estrategias existentes y los ampliará para resolver carencias.[11]

Según las Cifras e Indicadores de Salud de ACEMI, el Informe de Carga de Enfermedad en Colombia elaborado por la Universidad Javeriana, la encuesta ENSIN del Ministerio de la Protección Social, las Estadísticas de la Vigilancia en Salud Pública y la Encuesta Nacional en Salud realizadas por el Instituto Nacional de Salud. Uno de cada 6 niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad en Colombia; esta relación aumenta a medida que se incrementa el

---

[7] WISBAUM, Wendy. La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España: Unicef. 2011. P.1-36.

[8] Ibid.

[9] DIAZ VERA; Xiomara Stefania y MEDEROS MOLLINEDA, Katiuska. Hábitos alimentarios y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de Ecuador. Tesis de grado para la obtención del título de licenciado en Nutrición Humana. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro. 2018.

[10] SANAHUJA PERALES, José Antonio. De los Objetivos del Milenio al desarrollo sostenible: Naciones Unidas y las metas globales post-2015. Anuario Ceipaz. 2014, n° 7. P. 49-84.

[11] ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: Informe de la Directora General. 2016.

nivel del SISBEN y el nivel educativo de la madre. El exceso de peso es mayor en el área urbana 19,2% que en la rural 13,4%.[12]

Por esos datos obtenidos a nivel internacional y nacional se estima como eje del proyecto conocer la obesidad que afecta a las mujeres entre los 18 a 35 años de edad y consigo a las personas que habitan con ella en el hogar, que se encuentran en la ciudad de Girardot con relacionándolo con las causas, se trabaja con niños, adultos y adultos mayores, ya que el hecho de conocer estos factores desde distintas etapas de edad, asegura efectos positivos y la educación y prevención de enfermedades dirigidas hacia su rango de edad.

Por lo cual se estima que se trabajara de manera detallada, en el que se estudiara los diversos posibles factores causales que conllevan a que estas personas presenten esta condición y al paso de los años, si no lleva un tratamiento para esta, la desarrolle influyendo así en diversas enfermedades crónicas y a una disminución de su calidad de vida.

Se parte desde una identificación en diferentes barrios de la ciudad de Girardot de mujeres que padezcan de esta condición, caracterizándose según sus condiciones económicas, su estado familiar, su estado social, el ambiente en el que viven y sus hábitos alimenticios, todo esto se conoce con el propósito de determinar un factor alterado en el que genere desencadenar la condición de sobrepeso u obesidad. Es importante resaltar, que se trabajara de la mano con la familia, para reconocer los distintos factores familiares habituales que conlleven a la obesidad de los miembros de estas familias y la relación con la mujer identificada.

[12] RUGE JOYA, Erika Johanna. Perímetro de cuello e índice de masa corporal en niños, un estudio correlacional. Trabajo de grado para optar por el título de especialista en pediatría. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.2017.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Según lo anterior, se pretende obtener los datos de la relación mujer-familia, intentando identificar la prevalencia de este y si es una problemática marcada de manera que se presenten numerosos casos, en los cuales se puede encontrar de distinta manera la relación como la mujer en estado de obesidad y su familia presente la misma o la mujer en estado de obesidad y su familia en un IMC normal u otro posible caso que se encuentra a la mujer en estado de obesidad y su familia en estado de desnutrición, entre otros posibles casos.

Se pretende alcanzar como meta, la respuesta a la pregunta de ¿Cuál nivel de sobrepeso y obesidad en mujeres entre 18 a 37 años en 2 comunas del municipio de Girardot y su entorno familiar? La cual se buscará encontrar las razones que los conllevan a ellos a presentar esta condición, desviándose desde distintos puntos clave que se ha comprobado influyen, como lo son la familia, la genética, las condiciones ambientales, los hábitos alimenticios y las relaciones sociales.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel nutricional de mujeres en condición de sobrepeso y obesidad y su núcleo familiar en dos comunas del municipio de Girardot, con el propósito de identificar su estado nutricional durante el año 2019.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Evaluar las condiciones nutricionales y estilo de vida de las mujeres incluidas en el estudio.
2. Establecer las condiciones y estilo de vida de las familias relacionadas con la malnutrición de la mujer caracterizada con obesidad.
3. Identificar factores asociados a la malnutrición de cada miembro de la familia basados en sus diferentes cursos de ciclo vital.

4. JUSTIFICACIÓN

El siguiente proyecto de investigación se enfocará en estudiar los tipos de relación que tiene la familia en relación al sobrepeso y obesidad, de manera que se identifique un individuo con unas problemáticas en salud, la cual se pueda ver reflejada también en la familia y en el hogar con sus distintos miembros familiares; esta relación permite conocer los tipos de casos de acuerdo a los comportamientos familiares, los hábitos alimenticios, las costumbres de dietas diarias, el manejo de la actividad económica de acuerdo a su consumo de alimentos y como la mujer cabeza de hogar maneja todas aquellas intervenciones nutricionales en la familia, y en qué manera influye en su familia con todo lo anterior mencionado.

El proyecto de investigación abordará inicialmente, por medio de una caracterización, que estará dirigida a la mujer que presente sobrepeso u obesidad, para luego proceder a abordar la familia de esta, identificando si existe relación o no dentro del hogar de la mujer abordada. Dicha caracterización cuenta con una información general sobre el tipo de alimentación que hay en la familia, cómo la manejan y cuál es la distribución que dan a cada alimento y que tanto dedican al suministro de esto; también tiene unos espacios para agregar la información antropométrica de cada miembro de la familia para un mejor abordaje y una mejor interpretación de relación.

Así, el presente trabajo permitirá conocer los diferentes tipos de relación posiblemente encontrados, como puede ser mujer obesa y familia obesa; mujer obesa y familia sin alteración nutricional y/o mujer obesa y familia en estado de desnutrición, de esta manera, permitirá conocer en gran medida cuál es la influencia de la mujer con sobrepeso u obesidad en su hogar, saber si existe relación entre estos y la manera en la que se podría manejar a nivel familiar; teniendo como objetivo principal e interviniendo de manera constante y en primer lugar a la mujer afectada, para luego poder abordar a la familia de esta.

Los motivos que nos llevaron a investigar sobre la influencia de la mujer obesa o en sobrepeso en la familia son aquellos datos y cifras encontradas, que ubican a la obesidad como una de las principales enfermedades de salud pública que afecta cada día a la población y que las intervenciones a la solución de esta, han sido pocas o son desconocidas por las personas, o incluso, enteradas por las personas pero sin darles alguna importancia, ya sea por desinterés o falta de información por parte del personal de salud; es por ello que se desea conocer esta relación, de manera que se pretende que al llegar a obtener datos, de caracterización, de charlas y talleres, se establezcan las intervenciones a realizar y cómo podría ser tratada.

Sí dicha relación existe, se comprueba que, por un miembro de la familia afectado, los demás corren el riesgo de también ser afectados, de tal manera que se podría comprobar que, al realizar una intervención de cuidado a un miembro de la familia, este recalcaría en los demás miembros en una mayor y mejor promoción y mantenimiento del cuidado en el hogar a tratar, para poder

lograr una mejor intervención a partir de la iniciativa por parte de la mujer obesa o en sobrepeso y de la orientación brindada por parte el personal de salud.

Pretendemos entonces, ayudar a alertar e informar acerca de estos riesgos y peligros que se podrían generar o que existen dentro del núcleo familiar, así como generar conocimientos que ayuden en el tratamiento de los efectos de la esta relación que interviene en la familia, cuáles podrían ser los pasos a seguir una vez comprobado y también estudiar los factores ambientales, sociales, personales y familiares, que conllevan a cada miembro a padecer de obesidad y cómo llega a influir como tal en el hogar, para que por medio de una caracterización completa, se podrá realizar un intervención adecuada y bien ejecutada para cada tipo de familia encontrada que se encuentre con dicha relación.

Se pretende crear un nueva realidad y conciencia dentro de la población a tratar, sobre la manera de cómo se puede manejar e intervenir el sobrepeso y obesidad en la mujer afectada y cómo esta puede empezar a crear consciencia en su familia y en qué medida puede empezar a influir y de manera positiva, para crear e implementar actividades e intervenciones brindadas por la familia, en donde esta pueda empezar a tratar en su vida diaria nuevos hábitos alimenticios, para el mejor manejo de los alimentos y para dar una mejor distribución de estos dentro del hogar.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1 ESTADO DEL ARTE

El siguiente estado del arte nos da una referencia de cómo la población de mujeres en edad adulta, muestran un estado de nutrición alterado reflejándose en el exceso de peso, por diferentes posibles causas como tener hábitos alimenticios poco saludables, el sedentarismo y la prevalencia de enfermedades crónicas, las cuales pueden llegar a ser la diabetes, el hipotiroidismo, hipertensión arterial y el síndrome metabólico. Cada familia va definiendo los entornos y las distintas maneras de actuar y sentir ya que pueden desarrollar malos hábitos por déficit de conocimiento nutricional óptimo, bajos recursos entre otros factores.

El estudio de la alimentación y la nutrición ha sido abordado desde las ciencias exactas enfocadas a aspectos fisiológicos y las ciencias sociales que incluyen los hábitos y costumbres alimentarias de cada sociedad. En el caso de la alimentación como un proceso social, esto no sólo permite al organismo adquirir sustancias energéticas y estructurales necesarias para la vida, sino también son símbolos que sirven para analizar la conducta.[13]

La nutrición profundiza también en la complejidad de los efectos de esos factores biológicos en presencia de factores sociales. La disponibilidad y la accesibilidad de los grupos de población a una cantidad y calidad específicas de alimentos, así como el efecto de los movimientos sociales, la costumbre y el estímulo psicológico que representa la compañía de otras personas durante el acto de la alimentación, son aspectos que modifican la ingesta y consecuentemente no se pueden olvidar en el estudio de la nutrición.[14]

La obesidad es un problema de salud pública tanto en los países desarrollados como en países en vías de desarrollo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la obesidad es una epidemia de una enfermedad crónica no transmisible que inicia a edades tempranas con un origen multicausal.[15]

En el ámbito de los adultos, de acuerdo con los últimos datos de los que se dispone, a nivel mundial más de 1 billón de adultos presentan exceso de peso y, en concreto, 300 millones de ellos son obesos. La prevalencia de unos países a

---

[13] MACIAS, Adriana. GORDILLO, Lucero y CAMACHO, Esteban. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. En: Revista Chilena de Nutrición. Septiembre, 2012, vol. 39, N°3. P.43-43.

[14] LOZANO ESTEBAN, María del Carmen. Condicionantes socioeconómicos de los alimentos alimentarios e ingesta de energía y nutrientes en escolares de la población española. Memoria para optar por el grado de doctor. España: Universidad Complutense de Madrid. 2003.

[15] ALVAREZ-DONGO, Doris. *et al.* Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. En: Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública. 2012, vol.29. n°3. P.303-313.

otros es muy variable, estando por debajo del 5% en China, Japón y ciertos países de África y llegando a superar el 75% en otros, como es el caso de Samoa (país que comprende un grupo de islas perteneciente al archipiélago de la Polinesia al sur del Pacífico).

Sin embargo, incluso en países con una prevalencia relativamente baja, como el caso de China, en algunas ciudades llega a alcanzar el 20%. En los países en vías de desarrollo la prevalencia de obesidad también suele ser superior entre el colectivo femenino que el masculino, mientras que en los países desarrollados es variable y depende de las características de cada uno.[16]

El incremento en la prevalencia obedece tanto a factores genéticos como ambientales. Dentro de los ambientales el tipo de dieta, las costumbres, la transculturación y la reducción en la actividad física de la población, entre otros.[17]

Teniendo en cuenta la alta prevalencia y las tendencias crecientes, la obesidad se centrará en miembros de la familia que cursan en distintas etapas de la vida comenzando desde la etapa más temprana como lo son los niños en los cuales se toma que ahora la obesidad infantil se considera un problema de salud pública en numerosos países. El objetivo principal del Programa Nacional de Nutrición y Salud es detener la prevalencia cada vez mayor de la obesidad infantil.[18]

Se toma desde un ámbito internacional en el que comienza en Estados Unidos 2007-2008, aproximadamente el 10% de los bebés y niños pequeños menores de 2 años se encontraban en o por encima del percentil 95 de las tablas de crecimiento de peso por longitud reclinada. Tomándose en el curso de vida de un adolescente se dice que casi el 12% de los niños y adolescentes de 2 a 19 años de edad se encontraban en o por encima del percentil 97 del Índice de masa corporal (IMC) para las tablas de crecimiento relacionada con la edad, mientras que casi el 17% estaba en o por encima del percentil 95 y casi el 32% estaba en o por encima El percentil 85. No se encontraron tendencias lineales estadísticamente significativas en el peso para la longitud ni en el IMC alto para ningún punto de corte en los períodos 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006 y 2007-2008 entre las niñas de cualquier edad.[19]

La obesidad relacionada en el ámbito familiar se puede derivar por distintas causas, comenzando por los malos hábitos alimenticios, la predisposición de los familiares a consumir una dieta en grasas y azúcares, el ámbito ambiental y socioeconómico, que conducen a varios miembros de la familia a presentar malnutrición la obesidad. Según estudio realizado a las familias del área

---

[16] RODRIGUEZ-RODRIGUEZ, Elena. *et al*. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. En: Nutrición Hospitalaria. Marzo-abril. 2011, Vol.26, N°2. P.355-363.

[17] MAGALLANES MONRREAL, Martha. *et al*. Sobrepeso, obesidad y dislipidemias en población universitaria del noreste de México. En: investigación y educación en Enfermería. Marzo,2010, vol.28, n°1. P.101-107.

[18] THIBAULT, Helene y ROLLAND-CACHERA, M.F. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. En: Archives de Pediatrie. Diciembre. 2003, vol.10. n°12. P. 1100-1108.

[19] OGDEN, Cyntia. *et al*. Prevalencia de obesidad y tendencias en el índice de masa corporal entre niños y adolescentes de EE. UU., 1999-2010. En: *JAMA.* 2012, Vol.307, n°5. P. 483–490

periurbana de México se observó baja frecuencia de consumo diario de verduras, lo que remite a pensar en baja ingesta diaria de vitaminas, minerales y fibra, resultados que contrastan con el alto consumo de alimentos fuentes de carbohidratos, azúcares y grasa.[20]

Los factores de relación familiar son también estudiados en diversas investigaciones como las correlaciones elevadas y significativas entre todos los pares de parientes y en las diferentes variables estudiadas. En el que las correlaciones han sido siempre más elevadas entre los pares de la misma generación (descendientes) que entre los de dos generaciones distintas (progenitores - descendientes), tanto en el Modelo General como en el Modelo más Parsimonioso, lo que apunta a la posible influencia del ambiente común familiar entre los descendientes, hecho que ya ha sido señalado en un estudio previo de la misma muestra.

Los resultados obtenidos indican que las variables analizadas poseen una notable semejanza familiar, es decir, una notable heredabilidad, gran parte de la cual sería debida a los factores del ambiente común (pe. nutrición y actividad física), y a la convivencia, lo que se demuestra por los mayores valores de correlación obtenidos entre los individuos de la misma generación (descendientes) que comparten de forma más estrecha un ambiente común similar respecto al que comparten con sus progenitores, así como a los indicios de homogamia fenotípica positiva encontrada entre los esposos.[21]

En relación de progenitores y los niños en el hogar existe la relación del mal consumo de los padres afecta a los hijos también, la necesidad de prevenir el problema con medidas que promuevan una alimentación saludable y actividad física en los niños, involucrando especialmente a los padres, educadores[22]. Los progenitores españoles consumen bebidas azucaradas menos días por semana, pero consumen más zumos de frutas. Los progenitores españoles son más activos yendo a su trabajo, son menos sedentarios, pero realizan actividad física en su tiempo libre menos días por semana. Además, son menos negociadores con sus hijos y eviten menos los modelos negativos de conducta. Sin embargo, prestan más atención y estimulan más los hábitos saludables.[23]

La situación nutricional en familias, infiere en dos constantes las cuales son: economía y un control de dieta no homogénea. El desconocimiento o malas prácticas al momento de seleccionar los alimentos a ser consumidos son causa

---

[20] TORAL-JUÁREZ, Marco Antonio. *et al*. Hábitos alimenticios, diversidad alimentaria y disposición para practicar la horticultura en familias peri-urbanas de Ciudad Cardel, Veracruz. En: Tropical and Subtropical Agroecosystems. 2012, vol.15, n°2. P.135-144.

[21] REBATO OCHOA, Esther. JELENKOVIC MORENO, Aline y SALCES BETI, Itzia. Indicadores antropométricos de adiposidad y distribución de grasa. Estudio multivariado de la heredabilidad en familias nucleares de Bizkaia. En: Osasunaz. 2010, n°11. P.41-49.

[22] RODRÍGUEZ MARTÍN, Amelía. *et al*. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. En: Revista Española de Salud Pública. Septiembre-octubre. 2012. Vol.86, n°5. P. 483-494

[23] MIQUELEIZ, Estrella. *Et al.* Hábitos de vida y estilos de cuidado de los progenitores relacionados con la obesidad infantil. Comparación de una población española con poblaciones de países del Norte de Europa: *ENERGY-Project.* En: Revista Española de Salud Pública. Septiembre-octubre. 2015, vol.89, n°5. P. 523-532

que favorecen a la desnutrición.[24] Según una evaluación realizada en México se descubrió que en familias el porcentaje de obesidad se encontraba mayor en la mujer cabeza del hogar, un elevado porcentaje de desnutrición en el adolescente o infante,[25] Las familias compuestas por 3 a 5 miembros requieren de 2.5 a 3.5 salarios básicos, solo para cubrir el gasto en alimentación. El porcentaje de ingreso familiar destinado a la alimentación es alrededor del 40%. Las familias con menos ingresos destinan mayor porcentaje de sus ingresos a la alimentación y las familias con más ingresos destinan un menor porcentaje de sus ingresos en alimentación.[26]

La investigación realizada sobre un grupo de familias que comparten el mismo espacio social y que sin embargo, la situación nutricional de sus hijos es diferente. Por ello se comparan estilos de vida de familias de escasos recursos que presentan problemas con exceso de peso en miembros familiares, con aquellos que no presentan malnutrición por exceso en las cuales se hallaron, prácticas alimentarias deficientes en la vivienda, comidas por el "gusto" y no por la necesidad, estilos de vida carente de actividad física y múltiples factores económicos.[27]

En Quito, Ecuador, se analizaron las variables de sobrepeso y obesidad en niños estableciendo la relación con sus familias obteniendo que el sobrepeso es más prevalente en mujeres y la obesidad en hombres. La Zona Municipal Centro presenta mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (9,3%; IC95% 8,2 – 10,1) El sobrepeso y la obesidad se encontró en familias nucleares (16.5%; IC95% 15,6 – 17,3).[28]

Los factores ambientales (actividad física y alimentación) y el factor cultural (costumbres) son sometidos a constantes investigaciones ya que tienden a ser factores asociados al sobrepeso y obesidad.[29]

Para tomar en cuenta, respecto a diferentes investigaciones se basan en que la obesidad es generada por distintos factores que pueden ser: psicológicos conductuales, genéticos y sedentarismo. En su etiopatogenia se considera que es una enfermedad multifactorial, reconociéndose factores genéticos,

---

[24] CUENCA CHOCA, María Isabel. Hábitos Alimentarios y su Relación con el Estado Nutricional en Familias Participantes del Programa INTI que Reciben Atención Médica en el S.C.S San Simón, Cantón Guaranda 2011. Ecuador: Escuela Superior Politecnica Chimborazo. 2011.

[25] ULATE CASTRO, Emilce y MUÑOZ GARCIA, Leda Milena. situación alimentaria-nutricional de familias rurales del trópico semiseco de Centroamérica. Costa Rica: Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza. 1994.

[26] PAYE HUANCA, Erick Omar y JORDÁN DE GUZMAN, Magdalena. Factores relacionados con la composición de la canasta básica de alimentos de las familias en la ciudad de La Paz, gestión 2012. En: Cuadernos Hospital de Clinicas. 2015, vol.56, n°2. P.25-31.

[27] PERONI, Andrea. Obesidad y sobrepeso en la pobreza: estilos de vida de las familias con obesidad y sobrepeso infantil, en situación de pobreza. En: XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

[28] RECALDE NAVARRETE, Ricardo Javier. Sobrepeso, Obesidad y caracterización de las familias de escolares municipales de Quito, 2010. Proyecto previo a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Ecuador: Universidad central del Ecuador. 2012.

[29] Ibid.

ambientales, metabólicos y endocrinológicos.[30] La tasa actual de desarrollo no es muy compatible con hipótesis de origen genético; Los especialistas en esta patología consideran los factores ambientales y de comportamiento como factores determinantes en su etiología.[31] No obstante, muchos autores piensan que lo que se hereda en estas familias de obesos, más que las alteraciones metabólicas, son los hábitos de mesa.[32]

Hasta ahora, las investigaciones se han focalizado de forma mayoritaria en el estudio de la etiología y el tratamiento de la obesidad a partir de un abordaje individual, especialmente en lo que hace referencia a los problemas psicosociales, justificándose como consecuencia de la propia obesidad y han hecho menos hincapié en el impacto que tienen los antecedentes familiares, no sólo de obesidad, sino de psicopatología en las generaciones antecedentes (padres y abuelos). La bibliografía demuestra que la psicopatología materna coexiste o incluso precede a la obesidad de los hijos indica que los síntomas psiquiátricos maternos (ansiedad y depresión) correlaciona positivamente con el incremento del índice de masa corporal (IMC).[33]

La ingesta excesiva de calorías acompañada de una vida sedentaria son factores que promueven el crecimiento del tejido adiposo y la obesidad. En condiciones fisiológicas normales, el tejido adiposo libera diversas moléculas inactivas, que se asocian con una serie de desajustes metabólicos como son hipertrigliceridemia, dislipidemia, hipertensión, resistencia a la insulina, estado inflamatorio. En conjunto, este grupo de alteraciones se denomina Síndrome Metabólico (SM).[34]

La prevalencia del síndrome metabólico aumentó con la gravedad de la obesidad y alcanzó el 50 por ciento en jóvenes con obesidad severa. Cada aumento de media unidad en el índice de masa corporal, convertido en una puntuación z, se asoció con un aumento en el riesgo del síndrome metabólico entre los sujetos con sobrepeso y obesos.[35]

A su vez se han creado programas especializados en educación que involucran al infante y a la familia. En un intento por superar estos problemas, hemos desarrollado un programa "intensivo" para el tratamiento de la obesidad en la

---

[30] LIRIA, Reyna. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. En: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Julio-septiembre. 2012, vol.29, n°3. P. 357-360

[31] POULAIN, Jean Pierre. Las dimensiones sociales de la Obesidad. En: Journal of Pédiatrie et de Puériculture. Mayo. 2001, vol. 14, n°3. P.185-186.

[32] WONG- ON, Manuel y MURILLO CUZZA, Gerardo. Fundamentos fisiopatológicos de la obesidad y su relación con el ejercicio. En: Acta Médica Costarricense. 2004, vol.46, suppl.1. P.15-24.

[33] SIBEL, A; QUILES, I; BARRIS, J; BASSAS, N; TOMÁS, J. Perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad. En: Familionova Schola Fundación Novasagata. Centro Londres. Psiquiatría- Paidopsiquiatría.

[34] CONTRERAS- LEAL, Erika y SANTIAGO-GARCIA, Juan. Obesidad, síndrome metabólico y su impacto en las familias. En: Revista Biomédica. Septiembre-diciembre. 2011, vol.22, n°3. P.103-115.

[35] RAM, Weiss.*et al*. Obesity and the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents | NEJM. En: N Engl J Med. Junio. 2004, vol.350, n°23. P. 2362-2374.

niñez con educación terapéutica (ET), que incluye sólo contenidos esenciales e involucra activamente a las familias, explotando las habilidades y el conocimiento que ya tienen.[36]

Como relación se presenta este estudio cuyo objetivo fue evaluar el impacto de una intervención de educación nutricional en el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de niños en edad preescolar y escolar, a través de una intervención educativa de tres meses. La intervención consistió en seis talleres de cocina de 90 minutos, que incluyeron la utilización de videos y foto audios quienes cocinaban en las familias. Los resultados mostraron un consumo significativamente mayor de frutas, verduras y pescado en el grupo intervenido que en el grupo de control.[37]

La actividad física ayuda a mejorar la calidad de vida mejorando el bienestar psicológico y la función física.[38] La seguridad alimentaria se puede analizar a partir de información generada para otros objetivos, sin embargo, lo deseable es que esa información sea creada con la finalidad de analizar, desarrollar programas y crear políticas alimentarias (1).[39]

Se deben tomar medidas de prevención y atención frente a la obesidad y las enfermedades crónicas las cuales tienen un difícil manejo y alta tasa de recurrencia, que se asocia con complicaciones médicas graves, podemos observar que, para darle un adecuado manejo a estas problemáticas, los costos son más altos que el manejo en la prevención y más si se realizan desde temprana edad.

5.2 MARCO TEÓRICO

La obesidad es un problema de salud que afecta desde las edades más jóvenes hasta las más adultas. Se sabe, por medio de informes, datos y demás, que en Colombia estas cifras son bastantes altas, ya que como en la mayoría de distintos países, la desnutrición, deficiencia de micronutrientes, sobrepeso y obesidad se concentran en grupos de menores ingresos, en niños y niñas, mujeres y familias tanto urbanas como rurales, creando así un aceleramiento del sobrepeso y la obesidad en estos grupos. Este problema puede ser originado

[36] TANAS, Rita. *et al.* L'Educazione Terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità. En: GIUGNO. 2007, Vol.10, n°6.

[37] FRETES, Gabriela. SALINA, Judith y VIO, Fernando. Efecto de una intervención de educación nutricional sobre el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de preescolares y escolares. En: Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2013, vol.63, n°1. P.37-45.

[38] MUREZ MOJICA, Noelia. MOJICA BLANCO, Arantza y TIERRA BURGUILLO, María del Pilar. La prevención de la obesidad infantil, un reto para la Enfermería. En: Portales Medicos.com. 2016.

[39] RAMOS PEÑA, Esteban. *et al*. Seguridad alimentaria en familias de Nuevo León, México. En: Revista Salud Pública y Nutrición. 2006, vol.7, n°4.

por muchos factores y estos dependen de la edad en la que el problema es desarrollado.[40]
En ese orden de ideas, la obesidad en los núcleos familiares de la ciudad de Girardot, es principalmente desarrollada por el ejemplo de vida alimenticia que los padres o tutores brindan, generando así un mal hábito alimenticio afectando la salud tanto del infante como del adulto.
De acuerdo con lo anterior, surge la creación de este proyecto como propuesta para la solución de esta problemática.
Durante el desarrollo con los hogares, se explicarán y reconocerán los causantes de la obesidad en los hogares de familia de Girardot, en donde se hará énfasis en los datos recolectados de manera objetiva, determinando si existe o no relación.
El proyecto de investigación, planea basarse en teorías que se encaminan a una relación de familia y entorno, las cuales identifican que para la salud y bienestar de la persona, debe haber un equilibrio de los sistemas reflejados en los estilos de vida, el nivel socioeconómico, la interacción de la familia y sus vínculos con el exterior, es por eso que se desea abordar dos teoristas de enfermería con postulados que justifican esta problemática de relación mujer-familia, familia-entorno y sus sistemas y abarcan problemática actual en salud.

Margaret Jean Watson

La teoría de Watson ha tomado fuerza en diferentes lugares del mundo a través de un Instituto y Consorcio Internacional de Cuidados Caritas. Actualmente, la teoría de Watson tiene una conexión con 29 países, lo que refleja la trascendencia de ella. También existe una variada literatura que ha expuesto la utilidad de la teoría de Watson en la práctica.[41]
Esta teoría elabora una teoría llamada, La teoría del cuidado humano. Para Watson, la enfermería está interesada en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia. Basándonos en uno de sus postulados, Watson afirma que, el cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver problemas y promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud.
Se ha centrado, de acuerdo a su teoría, en un factor específico, que es el número ocho (8) el cual influye en el medio ambiente y entorno de la persona. “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural” (8) se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”. Watson divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. [42]

---

[40] SUÁREZ, Ronny. En Colombia, el hambre se estanca y la obesidad aumenta. Colombia: EL TIEMPO. 2018.
[41] URRA, Eugenia. JANA, Alejandra y GARCÍA, Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. 2011, vol. 17, n°3. P. 11-22
[42] Ibid.

Ambos contienen variables, por ejemplo, del medio ambiente externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.
Respecto al factor anterior, se realizó énfasis en este ya que demuestra el objeto de la investigación que es el de reconocer los estilos de vida de la familia, a que factores de riesgo se ven expuestos, en especial alrededor de la mujer que implementa el estado de caracterización principal con sobrepeso u obesidad.
A partir del postulado anterior, se puede decir que a medida que se van identificando los causantes del sobrepeso y obesidad en el hogar, se irán desarrollando técnicas de correcta alimentación y cuidado personal e interpersonal.

Doroty Johnson. "Modelo De Sistemas Conductuales". Promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad". Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está diseñada para ayudar a las personas a prevenir o recuperarse de una enfermedad o una lesión.[43]
Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete Dependencia, Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y afiliación.
La intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento.
El Proceso de Enfermería, propuesto excluye el Diagnóstico de Enfermería y la valoración incluye sólo los datos sobre los subsistemas de ingestión y nutrición, eliminación y sexual.

5.3 MARCO CONCEPTUAL

Para este proyecto de investigación es importante conocer los distintos términos utilizados a lo largo de esta problemática, los cuales, permiten la conceptualización y la coherencia del lenguaje teórico, en su organización, la definición de estos conceptos más mencionados y base clave de esta idea.

[43] CISNEROS, Fanny. Teorías y modelos de enfermería. Colombia: Universidad del Cauca. 2005.

El término malnutrición abarca dos grupos amplios de afecciones. Uno es la "desnutrición" que comprende el retraso del crecimiento (estatura inferior a la que corresponde a la edad), la emaciación (peso inferior al que corresponde a la estatura), la insuficiencia ponderal (peso inferior al que corresponde a la edad) y las carencias o insuficiencias de micronutrientes (falta de vitaminas y minerales importantes). El otro es el del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con el régimen alimentario (cardiopatías, accidentes cerebrovasculares, diabetes y cánceres).

Se conoce como obesidad a un aumento de composición de grasa corporal. Este aumento se traduce en un incremento del peso y aunque el incremento del peso corporal es debido a un aumento del tejido adiposo. La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y adolescencia, y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental, siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético.

Según la OMS, en la actualidad 1200 millones de personas tienen problemas de sobrepeso/obesidad y, aproximadamente el mismo número de personas sufre desnutrición.[44]

Se dice que la obesidad que se presenta se deriva de diversas causas, entre estas están la malnutrición, factores sociales, genéticos, patologías de base, factores económicos y estilos de vida poco saludables como la falta de actividad física.

Las mujeres obesas y con sobrepeso de 18 hasta los 21 años tienden a seguir siendo obesas en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente, hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad.

Así, conociendo las posibles causas se parte desde un punto de vista diferente, como aquello que induce a la persona a presentar esta afección, un factor de riesgo es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión. Entre ellos tenemos el alcohol, tabaquismo, dislipidemias, sedentarismo, diabetes, colesterol alto y enfermedades cardiovasculares.

El sobrepeso y obesidad es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante.

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes se define de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS para niños y adolescentes en edad escolar (sobrepeso = el IMC para la edad y el sexo con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS, y obesidad = el IMC para la edad y el sexo con

[44]ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de salud: la obesidad.

más de dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS).[45]

5.4 MARCO LEGAL

Para la Ley 1355 del 2009, según el artículo 1, la obesidad es una enfermedad crónica de salud pública, causando enfermedades cardiacas, circulatorias, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, aumento considerablemente la mortalidad de los colombianos; es por tanto, que el objetivo de esta investigación será trabajar de la mano con el núcleo familiar, exponiéndoles y dándoles a conocer las estrategias para promover una alimentación balanceada y saludable, tal y como se plantea en el artículo 4 de la presente ley. [46]

Plan decenal de salud, por medio el cual implementa acciones de prevención de sobrepeso u obesidad, y a su vez incluye las intervenciones que se pueden realizar basándose en una meta de disminuir obesidad abdominal por debajo de 39,8% en hombres y de 62% mujeres. (Prioridad en población infantil, juvenil y gestantes).

Por último, se tiene Resolución 2465 de 2016 la cual implementa Los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional. Dando pautas sobre el estado nutricional óptimo de la población colombiana y cuáles son los requerimientos máximos de medidas y los mínimos de peso.

5.5 MARCO ÉTICO

Como se ha nombrado anteriormente, el trabajar con el seno familiar, implica abordar a menores de edad, y es por esta razón que según la resolución nº 008430 de 1993 se debe tener en cuenta que la investigación debe llevar consigo el consentimiento informado de quienes ejerzan la patria de potestad; se deberá garantizar la probabilidad de obtener resultados positivos o conocimientos sobre la condición de este.[47]

De acuerdo la responsabilidad deontológica establecida en la ley 911 del 2004, para el ejercicio de la profesión de Enfermería, y como auxiliares de Investigación y en trabajo de este proyecto se cumplirá la declaración de principios éticos de beneficencia, No-Maleficencia. Autonomía, justicia,

---

[45] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de salud: sobrepeso y obesidad infantiles.

[46] COLOMBIA: CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1355 de 2009.

[47] COLOMBIA: MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993

veracidad, solidaridad, lealtad y fidelidad, también de los valores éticos, se implementará de manera legítima el acto del cuidado para con los núcleos familiares, que es el ser y la esencia del ejercicio de nuestra profesión, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar el cuidado.[48]

Para finalizar, en la ley 266 de 1996, se deberán cumplir los principios generales de la práctica profesional de enfermería, como lo son la integralidad, la individualidad, la dialogicidad, la calidad y la continuidad; sin dejar de lado las competencias del profesional, debiendo participar en la formulación, diseño, implementación, y control de las políticas, planes y proyectos dirigidos a la atención en salud [49]

5.6 MARCO GEOGRÁFICO

Para este proyecto se trabajará con la población de la ciudad de Girardot, es un municipio del departamento de Cundinamarca (Colombia) ubicado en la Provincia del Alto Magdalena, de la cual es capital. Limita al norte con los municipios de Nariño y Tocaima, al sur con el municipio de Flandes y el Río Magdalena, al oeste con el municipio de Nariño, el Río Magdalena y el municipio de Coello y al este con el municipio de Ricaurte y el Río Bogotá. Está ubicado a 134 km al suroeste de Bogotá. La temperatura media anual es de 27.8 °C.[50]
Girardot es una de las ciudades más importantes de Cundinamarca por su población, centros de educación superior, economía y extensión urbana.
También es una de las ciudades con más afluencia de turistas y población flotante del país. Girardot conforma una conurbación junto con los municipios de Flandes y Ricaurte, que suman una población de 144.248 habitantes.
Girardot es una ciudad de clima cálido, lo que le ha permitido desarrollar una gran diversidad de ofertas turísticas. En las horas de la mañana su clima oscila entre los 20 y 28 grados; en la tarde, entre 30 y 34 grados, y en las noches alrededor de 27 grados, gracias a la brisa fresca proveniente del Río Magdalena. La cabecera municipal está a una altura de 290 m s. n. m., pero su territorio, de 150 km², abarca 70% de relieve montañoso que alcanza 1.000 m s. n. m., dado que se encuentra en un vértice de la Cordillera Oriental colombiana. La máxima temperatura registrada en la historia de Girardot fue de 42,3 °C, y la mínima de 9.8 °C.

La última población conocida es ≈ 106 300 (Año 2017). Este fue 0.217% del totalpoblación Colombia. Si la tasa de crecimiento de la población sería igual que en el periodo 2015-2017 (+0.57%/Año), Girardot la población en 2019 sería:107.495

[48] COLOMBIA: CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 de 2004
[49] COLOMBIA: CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 de 1996
[50] CLIMATE-DATA.ORG, Clima: Girardot.

CAPITULO II

6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Tabla 1. **Operacionalización de variable**

VARIABLE	DEFINICION	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA	VALOR
RELACION DE SALUD ENTRE LA MUJER CON SOBREPESO Y OBESIDAD Y SU NUCLEO FAMILIAR	**FAMILIA:** Los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los usos a los que se destinen	**Datos de Identificación**	Nombre	Cualitativa	Nominal	
			Edad	Cuantitativo	Continuo	
			Estado civil	Cualitativo	Nominal	● Soltera ● Casada ● Unión libre ● Separada ● Viuda
			Número de personas con quien vive	Cuantitativo	Discreto	● Uno ● Dos ● Tres ● Cuatro ● Mas
			Zona de residencia	Cualitativa	Ordinal	● Urbana ● Rural
			Estrato	Cuantitativa	Continua	● Uno ● Dos
			Número de niños menores de 5 años	Cuantitativa	Discreta	● Uno ● Dos ● Tres ● Mas
			Nivel educativo	Cualitativo	Nominal	● Algunos años de primaria ● Toda la primaria ● Algunos años de secundaria Toda la secundaria

los datos y, por lo tanto, no puede definirse con precisión en escala mundial. **MUJER:** Persona de sexo femenino, madre, hermana, hija, abuela, tía, sobrina, prima, etc. **SOBRE PESO:** Es causado por una acumulación excesiva de grasa corporal, es la causa más frecuente siendo una condición común especialmente donde los suministros de alimentos son					● Uno o más años de técnica o tecnológica ● Técnica o tecnológica completa ● Uno o más años de universidad ● Universitaria completa ● Posgrado ● Ninguno ● Ns/Nr
	Hábitos de comportamiento	Cuantas porciones de carbohidratos integra en su comida	Cuantitativo	Discreta	● Ninguno ● Uno ● Dos ● Tres ● Más de tres
		Cuantas cucharadas de azúcar integra en su comida	Cuantitativo	Discreta	● O Cucharadas ● Una Cucharada ● Dos Cucharadas ● Tres Cucharadas ● Más De Tres Cucharadas
		Cantidad de golosinas que consume al día	Cuantitativo	Discreta	● Ninguno ● Uno ● Dos ● Tres

abundantes y predominan los estilos de vida sedentarios. IMC>25 **OBESIDAD:** Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. IMC >30					● Más de tres
		Vasos de gaseosa que consume al día	Cuantifico	Discreta	● Ninguno ● Uno ● Dos ● Tres ● Más de tres
		Ingiere alimentos fritos	Cualitativo	Nominal Dicotómica	● Si ● No
		Integra frutas y verduras a su alimentación	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Si ● No
		Realiza actividad física	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Si ● No
		Antecedentes patológicos	Cualitativa	Nominal	
		Antecedentes familiares	Cualitativa	Nominal	
		Consume alcohol	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Si ● No
		Consume cigarrillo	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Si ● No
	Medidas antropométricas	Peso (Kg)	Cuantitativo	Continuo	
		Talla (Cm)	Cuantitativo	Continuo	
		IMC (Kg/M2)	Cuantitativo	Continuo	
		Interpretación IMC	Cuantitativo	Discreto	● 25-29,9 ● 30-34,9 ● 35-39.9 ● <40
	Condiciones	¿El tipo de vivienda	Cualitativo	Nominal	● Casa

habitacionales	ocupada por el hogar es?			● Apartamento ● Cuartos de inquilinato ● Cuartos en otro tipo de estructura
	¿Con cuáles de los siguientes servicios públicos, privados o comunales cuenta la vivienda?	Cualitativo	Nominal	● Energía eléctrica ● Gas natural conectado a red pública ● Acueducto ● Alcantarillado ● Recolección de basura
	¿El servicio sanitario que utiliza este hogar es?	Cualitativo	Nominal	● Inodoro conectado a alcantarillado ● Inodoro conectado a pozo séptico ● Inodoro sin ninguna conexión ● Letrina (pozo negro, hoyo) ● Bajamar ● No tiene servicio sanitario

Incluyendo sala y comedor ¿de cuántos cuartos en total DISPONE este hogar?	Cuantitativo	Discreta	● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5
Incluyendo sala y comedor ¿cuántos cuartos en total ocupa este hogar en forma EXCLUSIVA	Cuantitativo	Discreta	● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5
¿En cuántos de estos cuartos duermen las personas de este hogar?	Cuantitativo	Discreta	● 1 ● 2 ● 3 ● 4 ● 5
¿Con qué energía o combustible cocinan PRINCIPALMENTE en este hogar?	Cualitativo	Nominal	● Electricidad ● Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol ● Gas natural conectado a red pública ● Gas propano en cilindro o pipeta ● Leña, madera

			o carbón de leña ● Carbón mineral ● Materiales de desecho ● Ninguno
	¿Cuál es la principal fuente de agua que utilizan para LAVAR y/o PREPARAR los alimentos en este hogar	Cualitativo	Nominal	● Acueducto público ● Acueducto comunal o veredal ● Pozo con bomba ● Pozo sin bomba, jagüey ● Agua lluvia ● Manantial, nacimiento ● Río, quebrada ● Pila pública ● Carrotanque ● Aguatero ● Agua embotellada o en bolsa ● Donación
	¿Cuál es la principal fuente de agua que utilizan para	Cualitativo	Nominal	● Acueducto público ● Acueducto

		BEBER en este hogar?		comunal o veredal ● Pozo con bomba ● Pozo sin bomba, jagüey ● Agua lluvia ● Manantial, nacimiento ● Río, quebrada ● Pila pública ● Carrotanque ● Aguatero ● Agua embotellada o en bolsa ● Donación
		¿Cuál es el principal tratamiento que le realizan al agua que usan para BEBER en este hogar?	Cualitativo	Nominal	● Cloro ● Pastillas ● Hervido ● Exposición al sol ● Filtros ● Ozono ● La decantan o usan filtros naturales ● Otro ● Ninguno
	Condiciones	¿Cuáles de los siguientes	Cualitativo	Nominal	● Ventilador o abanico

socioeconómicas	servicios o bienes en uso, posee este hogar?		● Nevera o refrigerador / enfriador ● Máquina lavadora de ropa ● Estufa eléctrica o de gas ● Horno eléctrico o de gas ● Licuadora ● Olla a presión ● Televisor a color ● Equipo de sonido ● Servicio de internet ● Servicio de televisión por suscripción, por cable o parabólica ● Bicicleta ● Motocicleta para uso del hogar ● Carro particular o automóvil para uso del hogar ● Radio

				● Teléfono celular
Caracterización mujer participante	El día de ayer, ¿cuál de las siguientes actividades realizó y durante cuánto tiempo?	Cualitativo	Nominal dicotómica	● **Actividades de cuidado personal** 1. Sí ❑ 2. No 3. Ns/Nr ● **Actividades de suministro de alimentos** 1. Sí ❑ 2. No 3. Ns/Nr ● **Actividades de limpieza y mantenimiento** 1. Sí ❑ 2. No 3. Ns/Nr ● **Actividades de compra y administración del hogar sin que le pagaran** 1. Sí ❑ 2. No 3. Ns/Nr
	¿Cuánto tiempo a la semana dedica normalmente a ese	Cuantitativo	Discreto	● HORAS ● MINUTOS

		trabajo o actividad?			
		¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes enfermedades en el último año?	Cualitativo	Nominal	● Efermedad pulmonar ● Síndrome metabólico ● Enfermedad del corazón ● Diabetes ● Hipertensión ● Cáncer ● Trastornos ginecológicos ● Enfermedades del hígado ● Enfermedades digestivas
		¿Está afiliada a alguna entidad de seguridad social en salud?	Cualitativo	Nominal dicotómica	● Sí ● No ● Ns/Nr
		¿Le han diagnosticado algún estado nutricional en el último año?	Cualitativo	Nominal	● Bajo peso ● Adecuado ● Sobrepeso ● Obesidad
	Alimentación en el hogar en	¿En los últimos 7 días su	cualitativa	Nominal	● Sí ● No

	los últimos 7 días	hogar tuvo que consumir alimentos de menor calidad y/o más baratos?		dicotómica	
		¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos?	cualitativo	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar?	Cualitativo	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la	Cualitativo	Nominal dicotómica	● Sí ● No

	familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar?			
	¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar herramientas, semillas de la próxima cosecha, animales o elementos de trabajo para adquirir alimento para el consumo del hogar?	cualitativo	Nominal dicotómica	● Sí ● No
	¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar?	cualitativo	Nominal dicotómica	● Sí ● No
	¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir las semillas de la	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

		próxima cosecha o algún animal de cría porque no había otros o ningún alimento en el hogar?			
		¿En los últimos 7 días por falta de alimentos, en su hogar contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
	Alimentación en el hogar en los últimos 30 días	En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se le acabaran en el hogar?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos,	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

		¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos?			
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable? Es decir, alimentación suficiente, nutritiva y adecuada para todo el hogar	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

		de alimentos? Es decir, alimentación que incluya más de tres grupos de alimentos en cada tiempo de comida (desayuno, almuerzo y cena)			
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

	menos de lo que debía comer?			
	En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
	En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
	En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

		18 años en su hogar dejó de teneruna alimentación saludable? Es decir, alimentación suficiente, nutritiva y adecuada			
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? Es decir, alimentación que incluya más de tres grupos de alimentos en cada tiempo de comida (desayuno, almuerzo y cena)	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía comer?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

		servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?			
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿Alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No
		En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante	Cualitativa	Nominal dicotómica	● Sí ● No

	todo un día?	_____

7. DISEÑO METODOLÓGICO

7.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

En el siguiente proyecto se estableció que se manejará con un paradigma positivista o cuantitativo, ya que este se va a basar en explicar los distintos comportamientos y rutinas que presenta normalmente una mujer que se encuentra en estado de sobrepeso u obesidad, a su vez trabajándose con la familia reconociendo factores de relación de que más miembros de la familia presenten obesidad. Se hará énfasis las causas que los conlleven a generar esta condición, en sus distintos ámbitos social, familiar y personal.

Se buscarán patrones conductuales y saber cuál es el comportamiento del hogar, además de hábitos alimenticios, socioeconómicos, antecedentes familiares y personales. Se empleará con una pequeña caracterización de las mujeres en lugares cuyos estratos son de I y II que cuentan con pocos recursos económicos.

Actualmente, se conoce que esta condición también se encuentra en un aspecto de alerta mundial y de mayor importancia porque cada día aumenta el porcentaje de mujeres afectados por este, así mismo, su papel en la sociedad como una crítica al estado físico, al déficit de autocuidado y de autopercepción.

Teniendo un enfoque cuantitativo, este proyecto se estudiará como base, los distintos comportamientos causales del sobrepeso y la obesidad en mujeres, se manejarán cifras que tratan de medir la cantidad de mujeres los cuales son afectados por esta condición actualmente en la ciudad de Girardot. Se hará énfasis en sus familias estudiando más casos de obesidad en el hogar de estas mujeres, en donde se deben tener en cuenta este modelo para ser posible cumplir con los objetivos de este proyecto.

7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es de tipo de diseño no experimental transversal, ya que solo se desea estudiar el alcance de esta relación y la propia identificación de los individuos, en la cual, se espera llegar a un tipo de recolección de datos comprobando la existencia de este tipo de relación en algunas familias ubicadas en la ciudad de Girardot.

Este diseño se basará en tipo exploratorio, por lo cual solo se planea un alcance de caracterización de las familias, las mujeres identificadas cuyo problema actual es la obesidad o el sobrepeso, proceder a identificación de los demás miembros de la familia quienes viven con ella y consigo si en ellos se encuentra el síndrome de malnutrición obesidad, y se estudiará su relación entre estos individuos de la familia encontrando sus hábitos alimenticios, su ambiente social, familiar y a nivel personal en cómo llega a influir la mujer en los casos de obesidad en los demás miembros del hogar.

7.3 ALCANCE METODOLÓGICO

El objetivo principal de este proyecto, es llegar a conocer la influencia en miembros del hogar en relación de que un miembro identificado, en este caso la población afectada en la provincia del Alto de Magdalena, específicamente en la ciudad de Girardot, en mujeres entre 18 y 35 años de edad y su familia, presente malnutrición obesidad.

Es por eso que se establece como alcance descriptivo ya que se busca entender hasta qué punto existe esta relación e influencia de la mujer obesa sobre su familia obesa o no, es un tema que ya es conocido el cual es la obesidad, pero se estudiará desde un punto de vista poco investigado.

Se tendrá en cuenta la perspectiva del proyecto, que poco se piensa pero que si se ha indagado sobre este anteriormente. Se llevará hasta un punto viable que es la debida caracterización y reconocimiento de las mujeres y se comenzará a trabajar con la familia en individuos como serían sus padres, hermanos, esposos e hijos que independientes, presenten esta relación de obesidad, también se buscará comprender los factores estudiados y establecer la debida relación que estos presentan si esta es acertada o no acertada.

7.4 UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

El siguiente proyecto de investigación se realizará en la ciudad de Girardot y se trabajará como universo de mujeres entre los 18 y 35 años de edad que residan en esta ciudad, principalmente con la población de mujeres de 18 a 35 años de edad que presenten sobrepeso u obesidad. Es una caracterización que se lleva a cabo en distintos barrios específicos de la ciudad de Girardot, ya que se ha evidenciado la alta incidencia y prevalencia de estas mujeres a presentar esta condición de obesidad.

La muestra para la realización es de 20 hogares urbanos estrato 1 y 2 de mujeres entre los 18 y 37 años del municipio de Girardot, Cundinamarca con exceso de peso identificado a partir del índice de Masa Corporal (IMC). Se realizó firma de consentimiento informado y compromiso de participación activa en la investigación con las 20 mujeres participantes. La identificación de los 20 hogares de estudio, se logra a partir de encuentros con las 20 mujeres participantes durante el desarrollo de las primeras fases de la Investigación Acción Participativa (IAP) en el marco del proyecto de investigación. Con ello, se comenzará la realización de este proyecto conociendo la relación de la mujer con la familia y los factores que los conllevan a presentar sobrepeso u obesidad.

Muestreo no probabilístico.

7.5 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Durante el diseño de los instrumentos se tomó como referencia el documento metodológico de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional – ENSIN 2015. Esta basa su investigación en recolección de información de los determinantes estructurales, intermedios y singulares que en su interacción definen la situación nutricional de la población colombiana. Para el estudio se aplicaron tres instrumentos de recolección de datos que permitió la lectura de la situación de seguridad alimentaria y nutricional de los hogares estudio, como resultante de la interacción de los determinantes sociales.

7.5.1 Formulario 1. Caracterización – condiciones sociodemográficas de interés en nutrición y salud pública.

Se realizó a partir del componente temático de población, territorio, condiciones socioeconómicas, salud y oferta social – PTO y el componente temático de situación nutricional por antropometría de la ENSIN 2015. Siguiendo el modelo de análisis de la encuesta ENSIN 2015, los determinantes estructurales e intermedios serán recolectados en principal medida por este instrumento (I. C. de B. F.- ICBF, 2015).

7.5.2 Formulario 2. Experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar último 30 días y Formulario 3. Estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria.

Se realizó a partir del subcomponente temático de seguridad alimentaria de la ENSIN 2015.

La evaluación de la experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar se realizó por medio de la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria – ELCSA armonizada, basada en la experiencia de los hogares frente a la incertidumbre y preocupación sobre el acceso a los alimentos en los últimos 30 días. Consta de 15 preguntas, 8 de ellas referidas a diversas situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria percibida por los hogares y los adultos que los componen, y los 7 restantes referidas a condiciones que afectan a los niños, niñas y adolescentes de ese hogar (FAO, 2012) (I. C. de B. F.- ICBF, 2015) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al., 2015).

La escala clasifica los hogares inseguros en tres niveles. La prevalencia de inseguridad alimentaria se determina bajo la metodología descrita en el Manual de Uso y Aplicación de la FAO. Se asigna un (1) punto por cada respuesta afirmativa y cero (0) por cada negativa. En cada hogar se sumaron todas las respuestas afirmativas a las preguntas de la escala (se calcularon por separado los puntajes para los hogares con niños, niñas y adolescentes menores de 18 años y los hogares sin estos). Con esta sumatoria se realizó la clasificación en los niveles de inseguridad alimentaria utilizando los siguientes puntos de corte relacionados en el cuadro XXX (Fonseca, 2010) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al., 2015)

Tabla 2. Puntos de corte para el procesamiento del indicador prevalencia seguridad/inseguridad alimentaria en el hogar

PUNTOS DE CORTE PARA EL PROCESAMIENTO DEL INDICADOR PREVALENCIA SEGURIDAD/INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR					
TIPO DE HOGAR	**HOGARES INSEGUROS**				
	SEGUROS	**LEVE TOTAL**		**MODERADA**	**SEVERA**
		INSEGURIDAD MARGINAL[51]	**LEVE**		
Hogares integrados solo por personas adultas	0	Hogares que contestan afirmativamente solo a la pregunta 1	1 a 3	4 a 6	7 a 8
Hogares integrados por personas adultas y niños	0	Hogares que contestan afirmativamente solo a la pregunta 1	1 a 5	6 a 10	11 a 15

Elaboración propia. Tomado de Documento general del análisis de la ENSIN 2015. *[52]

La interpretación de cada categoría de clasificación se entiende de la siguiente manera (Fonseca, 2010) (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al., 2015):

Hogares seguros: No reportan problemas relacionados con el acceso a los alimentos.

Hogares inseguros: Se clasifican en tres niveles de inseguridad; leve, moderada o severa.

Inseguridad leve: Se evidencia la preocupación de los miembros del hogar por el abastecimiento suficiente de alimentos y los ajustes alimentarios, como la disminución de la calidad de los alimentos y se reporta poco o ninguna reducción en la cantidad de alimentos que usualmente realiza el hogar. Inseguridad leve marginal: hogares con indicios de preocupación o con una barrera relacionada con el acceso adecuado y seguro a los alimentos.

[51]*Para la investigación, se adoptó el análisis especifico realizado en la ENSIN 2015 para aquellos hogares que solamente contestaron de manera afirmativa a la pregunta 1, entendido como “inseguridad leve marginal: hogares con algunos indicios de preocupación o una barrera relacionada con el acceso adecuado y seguro a los alimentos” (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar et al., 2015. p. 60)

[52] INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR et al. Encuesta Nacional de Situación Nutricional ENSIN 2015. Documento General Del Análisis de La ENSIN 2015 *2*. P. 1–678.

Inseguridad moderada: La ingesta de alimentos por los adultos ha sido reducida de tal modo que implica una experiencia psicológica constante de sensación de hambre.

Inseguridad severa: Los adultos del hogar han reducido la calidad y cantidades de alimentos, al igual que en los hogares con niños, niñas y adolescentes.

La evaluación de las estrategias de afrontamiento de los formularios a utilizar se realiza a partir de la herramienta Coping Strategies Index (CSI), la cual considera actividades destinadas a mejorar el acceso y disponibilidad de alimentos cuando los medios de vida habituales de un hogar se ven interrumpidos. Mide el comportamiento de los hogares cuando no pueden acceder a los alimentos suficientes o para manejar la escasez de alimentos en el hogar, y se implementan comportamientos irregulares. Consta de 8 estrategias (I. C. de B. F.- ICBF, 2015).

8. RESULTADOS

Tabla 3. Características sociodemográficas de 20 mujeres urbanas de estrato 1 y 2 en Girardot

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Edad	de 18 a 25 años	6	30
	de 26 a 30 años	7	35
	de 31 a 37 años	7	35

Número de hijos	Sin hijos	4	20
	de 1 a 2 hijos	13	65
	3 o más hijos	3	15
Estado civil	Unión libre	13	65
	Casada	2	10
	Soltera	5	25
Nivel educativo	Algunos años de primaria	1	5
	Toda la primaria	1	5
	Algunos años de secundaria	4	20
	Toda la secundaria	6	30
	Uno o más años de técnica o tecnológica	1	5
	Técnica o tecnológica completa	6	30
	Uno o más años de universidad	1	5
Deserción escolar	Considera que ya terminó o no le gusta o no le interesa el estudio	3	15
	Falta de dinero o costos educativos elevados	4	20
	Necesita trabajar o debe encargarse de los oficios del hogar o cuidado de otras personas del hogar	2	10
	Por embarazo	5	25
	El establecimiento asignado es muy lejos o percibe inseguridad en el entorno del centro educativo	2	10
	Actualmente estudia	2	10
	Otra	2	10
Ocupación	Obrero o empleado de empresa particular	1	5
	Empleado doméstico	1	5
	Trabajador por cuenta propia	6	30
	Trabajador familiar sin remuneración	11	55
	Estudiante	1	5
Régimen de SGSSS	No afiliada	1	5
	Contributivo	10	50
	Subsidiado	9	45
Beneficiaria de programas de alimentación	No	18	90
	Si	2	10
Enfermedad actual	Ninguna	12	60
	Trastornos ginecológicos	1	5
	Enfermedades digestivas	4	20
	Otra	3	15
Diagnóstico nutricional en el último año	Ninguno	6	30
	Adecuado	1	5
	Sobrepeso	9	45
	Obesidad	4	20

Clasificación nutricional por IMC	Sobrepeso	7	35
	Obesidad grado I	10	50
	Obesidad grado II	2	10
	Obesidad grado III	1	5
¿Cumple recomendación de AF?	No	19	95
	Si	1	5

De las 20 mujeres con exceso de peso estudiadas, el 70% son mayores de 26 años hasta los 37 años y el 30% tienen entre 18 y 25 años. La mayoría de ellas (65%) tienen entre uno y dos hijos y el 20% no tienen hijos. Con relación al estado civil, 13 mujeres (65%) conviven con su pareja en unión libre, 5 (25%) son solteras y 2 (10%) casadas. Tabla 3.

Del nivel educativo de las mujeres encuestadas 6 (30%) alcanzaron los estudios secundarios completos, estudios técnicos o tecnológicos completos, y el 20% cursó algunos años de secundaria. Al indagar el motivo de deserción escolar, el 25% de las mujeres refirió suspender sus estudios por embarazo. La segunda razón referida fue la falta de dinero 20% y en menor proporción consideraron que ya terminó su proceso de formación formal o por necesidad de trabajo o labores de cuidado. Solo el 10% se encuentra estudiando actualmente. La mayoría de las mujeres (55%) tiene por ocupación el trabajo familiar sin remuneración y el 30% se define como trabajador por cuenta propia o independiente. Tabla 3.

El 95% de las mujeres está afiliada al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 10 de ellas en régimen contributivo y 9 en régimen subsidiado. Al indagar sobre el estado de salud en el último año, el 60% no refirió tener alguna enfermedad al momento de la encuesta, el 20% declaró alguna enfermedad digestiva y el 15% otro tipo de enfermedades no específicas. De igual manera, al indagar frente a un posible diagnóstico nutricional en el último año, el 45% refieren haber sido diagnosticadas con sobrepeso y el 20% con obesidad. El 30% mencionó no haber sido informada de si estado nutricional en el último año por parte de su médico tratante. Al realizar la clasificación nutricional según la Resolución 2465/2016, el 50% presentó obesidad grado I y el 35% sobrepeso. Dos mujeres presentan obesidad grado II y una, obesidad grado III. Al realizar la toma de perímetro de cintura, el 100% de las mujeres presentó obesidad central según dicho indicador. Tabla 3.

Al indagar frente al cumplimiento de la recomendación de actividad física, entendida como la práctica de al menos 150 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada, el 95% refirió no cumplirla. Finalmente, solo dos mujeres (10%) son beneficiarias de algún programa alimentario con operación en el municipio. Tabla 3.

Tabla 4. Características socioeconómicas de 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
Estrato	1	16	80
	2	4	20
Composición del hogar	2 a 4 personas	12	60
	5 o más personas	8	40
Tipo de vivienda	Casa	17	85
	Apartamento	3	15
Ocupación de la vivienda	Propia, totalmente pagada	12	60
	En arriendo o subarriendo	7	35
	Posesión sin título (ocupante de hecho)	1	5
Material de paredes	Madera burda, tabla, tablón	1	5
	Bloque, ladrillo, piedra, madera pulida	19	95
Material de pisos	Baldosas, vinilo, tableta o ladrillo, caucho, otros materiales sintéticos	9	45
	Cemento o gravilla	11	55
Cuartos para dormir	de 1 a 2 cuartos	17	85
	de 3 a 4 cuartos	3	15
Servicio sanitario	Inodoro conectado a alcantarillado	17	85
	Inodoro conectado a rio	3	15
Combustible para cocinar	Gas natural conectado a red pública	17	85
	Gas propano en cilindro o pipeta	3	15
Tratamiento al agua para cocinar	Ninguno	19	95
	Filtros	1	5
Tratamiento al agua para beber	Ninguno	13	65
	Hervido	5	25
	Filtros	1	5
	Ozono	1	5
Jefe de hogar	Usted (informante mujer)	3	15
	Su esposo / compañero	12	60
	Otro integrante del hogar	5	25
Nivel educativo del jefe de hogar	Algunos años de primaria	4	20
	Toda la primaria	2	10
	Algunos años de secundaria	5	25
	Toda la secundaria	7	35
	Uno o más años de técnica o tecnológica	1	5
	Técnica o tecnológica completa	1	5
	Formal	10	50

Tipo de empleo del jefe de hogar	Informal	10	50
Decisión uso de ingresos	Usted (informante mujer)	1	5
	Su esposo / compañero	5	25
	Usted y su esposo (juntos)	9	45
	Otro integrante del hogar	5	25
Percepción suficiencia de ingresos	No alcanzan para cubrir los gastos mínimos	6	30
	Solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos	13	65
	Cubren más que los gastos mínimos	1	5
INSAH	Hogar seguro	5	25
	Hogar inseguro leve marginal	5	25
	Hogar inseguro leve	4	20
	Hogar inseguro moderado	4	20
	Hogar inseguro severo	2	10

El 80% de los hogares estudiados corresponde al estrato 1 y el 20% al estrato 2. El 60% de los hogares se componen de 2 a 4 integrantes y el 40% restante de los hogares son de 5 o más integrantes. El 85% de los hogares conviven en vivienda tipo casa y la tenencia del tipo de vivienda es propia totalmente pagada en el 60% y arriendo en el 35%. El 95% de las viviendas están construidas con paredes en bloque, ladrillo, piedra o madera pulida, el 55% tienen pisos de cemento o gravilla y el 45% restante pisos en baldosas, vinilo, tableta o ladrillo, caucho, otros materiales sintéticos. El 85% de las viviendas cuentan con uno o dos cuartos destinados para dormir. Tabla 4.

El 100% de los hogares cuenta con energía eléctrica y servicio de recolección de basuras. El 85% de los hogares cuenta con servicio sanitario conectado a alcantarillado y el 15% con inodoro conectado a río. En el 85% de las viviendas hay gas natural conectado a red pública y el 15% de los hogares restantes usan gas propano en cilindro o pipeta como combustible para cocinar. El 100% de los hogares cuenta con acueducto como fuente principal de agua para cocinar, el 95% de los hogares no realiza ningún tratamiento al agua para cocinar y solo el 5% utiliza filtros como tratamiento de limpieza y purificación. En el consumo de agua la mayoría de hogares no realiza ningún tratamiento, el 25% prefieren hervirla antes del consumo y en resto de hogares prefieren el uso de filtros u ozono. Tabla 4.

En el 60% de los hogares, el jefe de hogar es el esposo o compañero de la mujer participante y en el 25% de los hogares lo es otro integrante del hogar diferente a la mujer participante. El nivel educativo del jefe de hogar es secundaria completa en 35% de los hogares estudiados; le sigue algunos con secundaria con un 25% y algunos años de primaria con un 20%. En relación al tipo de empleo que ejecuta el jefe de hogar, el 50% cuenta con un empleo formal y el 50% realiza actividades laborales de tipo informal. Tabla 4.

En cuando a la administración de ingresos en el hogar estudiado en el 45% la decisión es compartida entre la mujer participante y su esposo o compañero. En el 50% de los hogares, la decisión es únicamente del esposo o compañero u otro integrante del hogar diferente a la mujer participante. Frente a la percepción de suficiencia de los ingresos económicos del hogar, el 65% de los hogares afirman que solo alcanzan para cubrir los gastos mínimos y el 30% de los hogares refieren que no alcanzan para cubrir los gastos mínimos. Al valorar la percepción de seguridad alimentaria de los hogares, el 75% de los hogares se perciben en inseguridad alimentaria, 9 hogares con inseguridad alimentaria leve, 4 hogares con inseguridad alimentaria moderada y 2 hogares con inseguridad alimentaria severa. El 25% de los hogares estudiados se perciben en seguridad alimentaria. Tabla 4.

Tabla 5. Estrategias de afrontamiento de la seguridad alimentaria en 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot

Variable	Categoría	n	%
Total		20	100
EST1. ¿En los últimos días su hogar tuvo que consumir alimentos de menos calidad y/o más baratos?	No	13	65
	Si	7	35
EST2. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos?	No	10	50
	Si	10	50
EST3. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar?	No	13	65
	Si	7	35
EST4. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar?	No	18	90
	Si	2	10
EST5. ¿En los últimos días su hogar tuvo que vender o empeñar herramientas, semillas de la próxima cosecha, animales o elementos de trabajo para adquirir alimento para el consumo del hogar?	No	1	5
	No aplica	19	95
EST6. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar?	No	2	10
	No aplica	18	90

EST7. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir las semillas de la próxima cosecha o algún animal de cría porque no había otros o ningún alimento en el hogar?	No	2	10
	No aplica	18	90
EST8. ¿En los últimos 7 días por falta de alimentos, en su hogar contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar?	No	11	55
	Si	6	30
	No aplica	3	15

En la presente encuesta, el 35% de los hogares tuvo que consumir alimentos de menos calidad y/o más baratos; el 50% de los hogares tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos; el 35% de los hogares tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar; el 10% de los hogares tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar y el 30% de los hogares contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar. Tabla 5.

Tabla 6. Experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar últimos 30 días en 20 hogares urbanos de estrato 1 y 2 en Girardot

INSEGURIDAD ALIMENTARIA		
No. de hogar	Seguro	Inseguro
1		x
2		x
3		x
4		x
5	x	
6	x	
7		x
8		x
9	x	
10		x
11		x
12		x
13		x
14		x
15		x

16		x
17		x
18		x
19	x	
20	x	
TOTAL	5	15

NÚMERO DE HOGARES CON SEGURIDAD E INSEGURIDAD ALIMENTARIA	
Seguros	**Inseguros**
5	15

NÚMERO DE HOGARES CON INSEGURIDAD ALIMENTARIA	
No. de hogares	**Nivel de inseguridad**
2	severo
4	moderado
8	leve
1	marginal

8. CONCLUSIONES

- Durante la realización de este proyecto se pudo llegar a evidenciar el en todas las mujeres estudiadas, la prevalencia de sobrepeso del 35% (n=7) y la prevalencia de obesidad del 65% distribuida en obesidad grado I (n=10), obesidad grado II (n=2) y obesidad grado III (n=1). La prevalencia de obesidad abdominal fue del 100%. Con esto establecido, se puede ver influenciada la principal problemática en las mujeres dando paso al reconocimiento de los factores que conllevan a estos individuos a presentar esta situación, pasó que durante la caracterización se realizó énfasis en promotores como lo son los factores socioeconómicos, vida alimenticia, salubridad, factores ambientales en el hogar, entre otros.

- En estos hogares estudiados se puede evidenciar un componente importante que es el factor económico relacionada a ser un factor de riesgo que conlleva a que las mujeres presentan esta situación de su salud, ya que, debido a sus condiciones, no cuenten con un acceso óptimo a las necesidades básicas como seria alimentos para una dieta adecuada, salud, saneamiento, educación. Con ello impide que haya una buena calidad de vida para todos los individuos del hogar y consigo el dinero que recibe el hogar solo sea usado para cosas indispensables dejando las anteriormente mencionadas, para un segundo plano de importancia.

- Otros factores importantes evidenciados se encuentra la falta de tiempo y disposición de la mujer y la familia para emplear hábitos de vida saludable, como realizar más actividad física, suprimir la vida sedentaria y generar actividades que mejoren su estado de salud, todo esto también influenciado por otro factor que se genera como sería el bajo nivel educativo que los conlleva a tener poco conocimiento de su estado de salud, la importancia del cuidado de este y las prácticas necesarias para la preservación de la salud.

- Entre los factores reconocidos se puede evidenciar que, en un núcleo familiar, según su caracterización, si existe aquella relación en la que por un miembro de la familia reconocido con sobrepeso u obesidad este puede influenciar en que demás miembros de la familia padezca de la misma afección de salud o en su defecto se reconozca otro tipo de malnutrición de la salud como lo es la desnutrición, y así mismo en donde otros miembros del núcleo familiar no presentan algún tipo de malnutrición pero que de alguna manera estaba sujeto al riesgo de presentarla pronto si no se realizan actividades pertinentes para la prevención de padecer malnutrición debido a sus factores genéticos y ambientales.

9. RECOMENDACIONES

Avanzar en la solución de los problemas nutricionales, ya que son persistentes y emergentes en el territorio de Cundinamarca, buscando intervenir en todos los determinantes sociales para así mismo trabajar en la seguridad alimentaria y evitar un aumento en el nivel de obesidad y sobrepeso.

REFERENCIAS

[1] CELDRÁN BAÑOS, A.I. *et al*. Revisión bibliográfica sobre la disfunción sexual y la obesidad. Internet: UNED. 2016.

[2] WEINECK, Jürgen. Salud, ejercicio y deporte. España: Editorial Paidotribo. 2001.

[3] BLASCO, Elíes Furio y PÉREZ, Matilde Alonso. Obesidad, un problema de salud pública. El caso español. En: HAL archives-ouvertes. Marzo. 2018.

[4] MIGUEL SOCA, Pedro Enrique. El síndrome metabólico: un alto riesgo para individuos sedentarios. Revista Cubana de Información en Ciencias de la Salud (ACIMED). 2009, vol. 20, n° 2, p. 1-8.

[5] CHUECA, M. AZCONA, C. y OYARZÁBAL, M. Obesidad infantil. En Anales del sistema sanitario de Navarra. 2002, vol.25, sppl.1. p. 127-141.

[6] ALVAREZ-DONGO, Doris et al. Op. Cit., P.303-313

[7] WISBAUM, Wendy. La desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. España: Unicef. 2011. P.1-36

[8] Ibid.

[9] DIAZ VERA; Xiomara Stefania y MEDEROS MOLLINEDA, Katiuska. Hábitos alimentarios y prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población adulta de Ecuador. Tesis de grado para la obtención del título de licenciado en Nutrición Humana. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro. 2018.

[10] SANAHUJA PERALES, José Antonio. De los Objetivos del Milenio al desarrollo sostenible: Naciones Unidas y las metas globales post-2015. Anuario Ceipaz. 2014, n° 7. P. 49-84.

[11] ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil: Informe de la Directora General. 2016.

[12] RUGE JOYA, Erika Johanna. Perímetro de cuello e índice de masa corporal en niños, un estudio correlacional. Trabajo de grado para optar por el título de especialista en pediatría. Colombia: Universidad Nacional de Colombia.2017.

[13] MACIAS, Adriana. GORDILLO, Lucero y CAMACHO, Esteban. Hábitos alimentarios de niños en edad escolar y el papel de la educación para la salud. En: Revista Chilena de Nutrición. Septiembre, 2012, vol. 39, N°3. P.43-43.

[14] LOZANO ESTEBAN, María del Carmen. Condicionantes socioeconómicos de los alimentos alimentarios e ingesta de energía y nutrientes en escolares de la población española. Memoria para optar por el grado de doctor. España: Universidad Complutense de Madrid. 2003.

[15] ALVAREZ-DONGO, Doris. *et al.* Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana. En: Revista Peruana De Medicina Experimental y Salud Pública. 2012, vol.29. n°3. P.303-313.

[16] RODRIGUEZ-RODRIGUEZ, Elena. *et al*. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles. En: Nutrición Hospitalaria. Marzo-abril. 2011, Vol.26, N°2. P.355-363.

[17] MAGALLANES MONRREAL, Martha. *et al*. Sobrepeso, obesidad y dislipidemias en población universitaria del noreste de México. En: investigación y educación en Enfermería. Marzo,2010, vol.28, n°1. P.101-107.

[18] THIBAULT, Helene y ROLLAND-CACHERA, M.F. Stratégies de prévention de l'obésité chez l'enfant. En: Archives de Pediatrie. Diciembre. 2003, vol.10. n°12. P. 1100-1108.

[19] OGDEN, Cyntia. *et al*. Prevalencia de obesidad y tendencias en el índice de masa corporal entre niños y adolescentes de EE. UU., 1999-2010. En: *JAMA.* 2012, Vol.307, n°5. P. 483–490

[20] TORAL-JUÁREZ, Marco Antonio. *et al*. Hábitos alimenticios, diversidad alimentaria y disposición para practicar la horticultura en familias peri-urbanas de Ciudad Cardel, Veracruz. En: Tropical and Subtropical Agroecosystems. 2012, vol.15, n°2. P.135-144.

[21] REBATO OCHOA, Esther. JELENKOVIC MORENO, Aline y SALCES BETI, Itzia. Indicadores antropométricos de adiposidad y distribución de grasa. Estudio multivariado de la heredabilidad en familias nucleares de Bizkaia. En: Osasunaz. 2010, n°11. P.41-49.

[22] RODRÍGUEZ MARTÍN, Amelía. *et al*. La percepción del sobrepeso y la obesidad infantil por parte de los progenitores. En: Revista Española de Salud Pública. Septiembre-octubre. 2012. Vol.86, n°5. P. 483-494

[23] MIQUELEIZ, Estrella. *Et al.* Hábitos de vida y estilos de cuidado de los progenitores relacionados con la obesidad infantil. Comparación de una población española con poblaciones de países del Norte de Europa: *ENERGY-Project.* En: Revista Española de Salud Pública. Septiembre-octubre. 2015, vol.89, n°5. P. 523-532

[24] CUENCA CHOCA, María Isabel. Hábitos Alimentarios y su Relación con el Estado Nutricional en Familias Participantes del Programa INTI que Reciben Atención Médica en el S.C.S San Simón, Cantón Guaranda 2011. Ecuador: Escuela Superior Politecnica Chimborazo. 2011.

[25] ULATE CASTRO, Emilce y MUÑOZ GARCIA, Leda Milena. situación alimentaria-nutricional de familias rurales del trópico semiseco de Centroamérica. Costa Rica: Centro Agronómico Tropical de Investigación y Enseñanza. 1994.

[26] PAYE HUANCA, Erick Omar y JORDÁN DE GUZMAN, Magdalena. Factores relacionados con la composición de la canasta básica de alimentos de las familias en la ciudad de La Paz, gestión 2012. En: Cuadernos Hospital de Clinicas. 2015, vol.56, n°2. P.25-31.

[27] PERONI, Andrea. Obesidad y sobrepeso en la pobreza: estilos de vida de las familias con obesidad y sobrepeso infantil, en situación de pobreza. En: XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

[28] RECALDE NAVARRETE, Ricardo Javier. Sobrepeso, Obesidad y caracterización de las familias de escolares municipales de Quito, 2010. Proyecto previo a la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria Ecuador: Universidad central del Ecuador. 2012.

[29] Ibid.

[30] LIRIA, Reyna. Consecuencias de la obesidad en el niño y el adolescente: un problema que requiere atención. En: Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Julio-septiembre. 2012, vol.29, n°3. P. 357-360

[31] POULAIN, Jean Pierre. Las dimensiones sociales de la Obesidad. En: Journal of Pédiatrie et de Puériculture. Mayo. 2001, vol. 14, n°3. P.185-186.

[32] WONG- ON, Manuel y MURILLO CUZZA, Gerardo. Fundamentos fisiopatológicos de la obesidad y su relación con el ejercicio. En: Acta Médica Costarricense. 2004, vol.46, suppl.1. P.15-24.

[33] SIBEL, A; QUILES, I; BARRIS, J; BASSAS, N; TOMÁS, J. Perfil psicopatológico y relacional de las familias con obesidad. En: Familionova Schola Fundación Novasagata. Centro Londres. Psiquiatría- Paidopsiquiatría.

[34] CONTRERAS- LEAL, Erika y SANTIAGO-GARCIA, Juan. Obesidad, síndrome metabólico y su impacto en las familias. En: Revista Biomédica. Septiembre-diciembre. 2011, vol.22, n°3. P.103-115.

[35] RAM, Weiss.*et al*. Obesity and the Metabolic Syndrome in Children and Adolescents | NEJM. En: N Engl J Med. Junio. 2004, vol.350, n°23. P. 2362-2374.

[36] TANAS, Rita. *et al.* L'Educazione Terapeutica familiare nel trattamento dell'obesità. En: GIUGNO. 2007, Vol.10, n°6.

[37] FRETES, Gabriela. SALINA, Judith y VIO, Fernando. Efecto de una intervención de educación nutricional sobre el consumo de frutas, verduras y pescado en familias de preescolares y escolares. En: Archivos Latinoamericanos de Nutrición. 2013, vol.63, n°1. P.37-45.

[38] MUREZ MOJICA, Noelia. MOJICA BLANCO, Arantza y TIERRA BURGUILLO, María del Pilar. La prevención de la obesidad infantil, un reto para la Enfermería. En: Portales Medicos.com. 2016.

[39] RAMOS PEÑA, Esteban. *et al*. Seguridad alimentaria en familias de Nuevo León, México. En: Revista Salud Pública y Nutrición. 2006, vol.7, n°4.

[40] SUÁREZ, Ronny. En Colombia, el hambre se estanca y la obesidad aumenta. Colombia: EL TIEMPO. 2018.

[41] URRA, Eugenia. JANA, Alejandra y GARCÍA, Marcela. Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales. Ciencia y enfermería. 2011, vol. 17, n°3. P. 11-22

[42] Ibid.

[43] CISNEROS, Fanny. Teorías y modelos de enfermería. Colombia: Universidad del Cauca. 2005

[44] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de salud: la obesidad.

[45] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Temas de salud: sobrepeso y obesidad infantiles.

[46] COLOMBIA: CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1355 de 2009.

[47] COLOMBIA: MINISTERIO DE SALUD. Resolución número 8430 de 1993

[48] COLOMBIA: CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 911 de 2004

[49] COLOMBIA: CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 266 de 1996

[50] CLIMATE-DATA.ORG, Clima: Girardot.

ANEXOS

5. ¿Cómo eliminan principalmente la basura en este hogar?
1. ☐ La recogen los servicios de aseo
2. ☐ La queman
3. ☐ La entierran
4. ☐ La botan a un río o quebrada, caño, laguna
5. ☐ La botan a un patio, lote, zanja o baldío
6. ☐ La recoge un servicio informal (zorra, carreta, etc.)
-1. ☐ Otro: _____

6. ¿El servicio sanitario que utiliza este hogar es?
Se refiere al sistema usado para acumulación y eliminación de excretas
1. ☐ Inodoro conectado a alcantarillado
2. ☐ Inodoro conectado a pozo séptico
3. ☐ Inodoro sin ninguna conexión
4. ☐ Letrina (pozo negro, hoyo)
5. ☐ Bajamar
6. ☐ No tiene servicio sanitario
-1. ☐ Otro: _____

7. ¿Tiene ducha o regadera conectada a ACUEDUCTO?
1. ☐ Sí
2. ☐ No

8. Incluyendo sala y comedor ¿de cuántos cuartos en total DISPONE este hogar?
Excluya cocinas, baños, garajes y cuartos destinados a negocio

N° ☐☐

9. Incluyendo sala y comedor ¿cuántos cuartos en total ocupa este hogar en forma EXCLUSIVA?

N° ☐☐

10. ¿En cuántos de estos cuartos duermen las personas de este hogar?
N° ☐☐

11. ¿Con qué energía o combustible cocinan PRINCIPALMENTE en este hogar?
1. ☐ Electricidad
2. ☐ Petróleo, gasolina, kerosene, alcohol, cocinol
3. ☐ Gas natural conectado a red pública
4. ☐ Gas propano en cilindro o pipeta
5. ☐ Leña, madera o carbón de leña
6. ☐ Carbón mineral
7. ☐ Materiales de desecho
-2. ☐ Ninguno

12. ¿Cuál es la principal fuente de agua que utilizan para LAVAR y/o PREPARAR los alimentos en este hogar?
1. ☐ Acueducto público
2. ☐ Acueducto comunal o veredal
3. ☐ Pozo con bomba
4. ☐ Pozo sin bomba, jagüey
5. ☐ Agua lluvia
6. ☐ Manantial, nacimiento
7. ☐ Río, quebrada
8. ☐ Pila pública
9. ☐ Carrotanque
10. ☐ Aguatero
11. ☐ Agua embotellada o en bolsa
12. ☐ Donación
-1. ☐ Otro: _____

13. ¿El agua del acueducto llega al hogar los siete días de la semana?
1. ☐ Sí → *Pase a la 15*
2. ☐ No

14. ¿Cuántos días a la semana llega el agua a este hogar?

DÍAS ☐☐

15. Los días en que llega el agua a este hogar ¿el suministro es continuo las 24 horas?
1. ☐ Sí → *Pase a la 17*
2. ☐ No

16. ¿Cuántas horas al día llega el agua a este hogar?

HORAS ☐☐

17. ¿Cuál es la principal fuente de agua que utilizan para BEBER en este hogar?
1. ☐ Acueducto público
2. ☐ Acueducto comunal o veredal
3. ☐ Pozo con bomba
4. ☐ Pozo sin bomba, jagüey
5. ☐ Agua lluvia
6. ☐ Manantial, nacimiento
7. ☐ Río, quebrada
8. ☐ Pila pública
9. ☐ Carrotanque
10. ☐ Aguatero
11. ☐ Agua embotellada o en bolsa
12. ☐ Donación
-1. ☐ Otro: _____

18. ¿Cuál es el principal tratamiento que le realizan al agua que usan para BEBER en este hogar?
1. ☐ Cloro
2. ☐ Pastillas
3. ☐ Hervido
4. ☐ Exposición al sol
5. ☐ Filtros
6. ☐ Ozono
7. ☐ La decantan o usan filtros naturales
-1. ☐ Otro: _____
-2. ☐ Ninguno

19. ¿Cuál es el principal tratamiento que le realizan al agua que usan para PREPARAR los alimentos en este hogar?
1. ☐ Cloro
2. ☐ Pastillas
3. ☐ Hervido
4. ☐ Exposición al sol
5. ☐ Filtros
6. ☐ Ozono
7. ☐ La decantan o usan filtros naturales
-1. ☐ Otro: _____
-2. ☐ Ninguno

20. ¿Con qué animales conviven como mascotas en este hogar?
a. ☐ Perros
b. ☐ Gatos
v. ☐ Otro: _____
w. ☐ Ninguno

8. ☐ Zinc, tela, cartón, latas, desechos, plásticos
9. ☐ Sin paredes
-1. ☐ Otro: _____

6. ☐ Cemento o gravilla
7. ☐ Tierra o arena
-1. ☐ Otro: _____

(Número de veces por semana ☐)

Anexo 1 Formulario 1. Caracterización – condiciones sociodemográficas de interés en nutrición y salud pública.

CARACTERIZACIÓN MUJER PARTICIPANTE			
1. ¿Está embarazada actualmente? 1. ☐ Sí 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr **2. ¿Está amamantando actualmente?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No **3. ¿Es la mujer jefa de hogar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**4. ¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, es o se reconoce como?** 1. ☐ Indígena 2. ☐ Gitana / ROM 3. ☐ Raizal del archipiélago 4. ☐ Palenquera de San Basilio 5. ☐ Negra, mulata, afrocolombiana, afrodescendiete 6. ☐ Ninguno de los anteriores	**5. Actualmente** 1. ☐ No está casada y vive en pareja hace menos de dos años 2. ☐ No está casada y vive en pareja hace dos años o más 3. ☐ Está casada 4. ☐ Está separada o divorciada 5. ☐ Está viuda 6. ☐ Está soltera	**6. ¿Cuál es su nivel educativo?** 1. ☐ Algunos años de primaria 2. ☐ Toda la primaria 3. ☐ Algunos años de secundaria 4. ☐ Toda la secundaria 5. ☐ Uno o más años de técnica o tecnológica 6. ☐ Técnica o tecnológica completa 7. ☐ Uno o más años de universidad 8. ☐ Universitaria completa 9. ☐ Posgrado -2. ☐ Ninguno -3. ☐ Ns/Nr
7. ¿Cuál es la principal razón para no estudiar o NO haya estudiado? 1. ☐ Considera que no está en edad escolar 2. ☐ Considera que ya terminó 3. ☐ Falta de dinero o costos educativos elevados 4. ☐ Debe encargarse de los oficios del hogar o cuidado de otras personas del hogar 5. ☐ Por embarazo 6. ☐ Por inseguridad o malos tratos en el establecimiento educativo 7. ☐ Inseguridad en el entorno del centro educativo o del lugar de residencia 8. ☐ Falta de cupo 9. ☐ No existe un centro educativo cercano 10. ☐ El establecimiento asignado es muy lejos 11. ☐ Necesita trabajar 12. ☐ No le gusta o no le interesa el estudio 13. ☐ Por enfermedad 14. ☐ Necesita educación especial 15. ☐ Tuvieron que abandonar el lugar de residencia habitual -1. ☐ Otra: _____	**8. ¿En su trabajo es?** 1. ☐ Obrero o empleado de empresa particular 2. ☐ Obrero o empleado del gobierno 3. ☐ Empleado doméstico 4. ☐ Jornalero o peón 5. ☐ Trabajador por cuenta propia 6. ☐ Patrón o empleador 7. ☐ Trabajador de su propia finca e arriendo o aparcería 8. ☐ Trabajador familiar sin remuneración 9. ☐ Trabajador sin remuneración en empresa o negocios de otros hogares -1. ☐ Otro: _____ **9. ¿Cuánto tiempo a la semana dedica normalmente a ese trabajo o actividad?** *Tome de referencia la semana pasada* HORAS ☐☐☐ MINUTOS ☐☐ **10. ¿Cuántas semanas lleva buscando trabajo?** SEMANAS ☐☐☐	**11. El día de ayer, ¿cuál de las siguientes actividades realizó y durante cuánto tiempo?** **1. Actividades de cuidado personal** _____HORAS__MINUTOS 1. ☐ Sí → ☐☐ ☐☐ 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr **2. Actividades de suministro de alimentos** _____HORAS__MINUTOS 1. ☐ Sí → ☐☐ ☐☐ 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr **3. Actividades de limpieza y mantenimiento** _____HORAS__MINUTOS 1. ☐ Sí → ☐☐ ☐☐ 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr **4. Actividades de compra y administración del hogar sin que le pagaran** _____HORAS__MINUTOS 1. ☐ Sí → ☐☐ ☐☐ 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr	**5. Cuidado de menores de 5 años de este hogar sin que le pagaran** _____HORAS__MINUTOS 1. ☐ Sí → ☐☐ ☐☐ 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr **6. Alimentación de personas de este hogar o ayudó a hacerlo sin que le pagaran** _____HORAS__MINUTOS 1. ☐ Sí → ☐☐ ☐☐ 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr **12. ¿Está afiliada a alguna entidad de seguridad social en salud?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr **13. ¿A cuál de los siguientes regímenes en salud está afiliada?** 1. ☐ EPS contributiva 2. ☐ EPS subsidiada 3. ☐ Regímenes especiales -3. ☐ Ns/Nr
13. ¿Es víctima de conflicto armado? 1. ☐ Sí 2. ☐ No -3. ☐ Ns/Nr	**14. Peso** ***(en kilogramos)*** ☐☐☐.☐ Kg	**15. Talla** ***(en centímetros)*** ☐☐☐.☐ cm	**16. Circunferencia de cintura** ***(en centímetros)*** ☐☐☐☐ cm

Anexo 2 Formulario 2. Experiencia de inseguridad alimentaria en el hogar último 30 días

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	FORMULARIO 2. EXPEREINCIA DE INSEGURIDAD ALIMENTARIA EN EL HOGAR ÚLTIMOS 30 DÍAS	CONFIDENCIAL LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL Y SÓLO SE UTILIZARÁ CON FINES ESTADÍSTICOS

A continuación le haré unas preguntas relacionadas con la alimentación en su hogar en los últimos 30 días

1. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted se preocupó porque los alimentos se acabaran en su hogar? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	***Verifique si en este hogar habitan personas menores de 18 años*** ***Sí → Continúe*** ***No → Fin***
2. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**9. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de tener una alimentación saludable? Es decir, alimentación suficiente, nutritiva y adecuada** 1. ☐ Sí 2. ☐ No
3. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez en su hogar dejaron de tener una alimentación saludable? Es decir, alimentación suficiente, nutritiva y adecuada para todo el hogar 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**10. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? Es decir, alimentación que incluya más de tres grupos de alimentos en cada tiempo de comida (desayuno, almuerzo y cena)** 1. ☐ Sí 2. ☐ No
4. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar tuvo una alimentación basada en poca variedad de alimentos? Es decir, alimentación que incluya más de tres grupos de alimentos en cada tiempo de comida (desayuno, almuerzo y cena) 1. ☐ Sí 2. ☐ No **NOTA: Si TODAS las respuestas de la pregunta 1 a la 4 son opción 2, finalice.**	**11. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No
5. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar dejó de desayunar, almorzar o cenar? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**12. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar comió menos de lo que debía comer?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No
6. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar comió menos de lo que debía comer? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**13. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez tuvieron que disminuir la cantidad servida en las comidas a algún menor de 18 años en su hogar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No
7. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar sintió hambre pero no comió? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**14. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar sintió hambre pero no comió?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No
8. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez usted o algún adulto en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**15. En los últimos 30 días por falta de dinero u otros recursos, ¿alguna vez algún menor de 18 años en su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer durante todo un día?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No

Anexo 3 Formulario. Estrategias de afrontamiento de la inseguridad alimentaria.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA	FORMULARIO 4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE LA INSEGURIDAD ALIMENTARIA	CONFIDENCIAL LA INFORMACIÓN SOLICITADA EN ESTE CUESTIONARIO ES CONFIDENCIAL Y SÓLO SE UTILIZARÁ CON FINES ESTADÍSTICOS

A continuación le haré unas preguntas sobre situaciones relacionadas con la alimentación en su hogar, en los últimos 7 días			
1. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir alimentos de menor calidad y/o más baratos? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**2. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que pedir prestado para comprar alimentos o dependió de un familiar, amigo o conocido para adquirir alimentos?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**3. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que disminuir las porciones de las comidas para que pudiera alcanzar la comida en el hogar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**4. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar algunos bienes o pertenencias de la familia para adquirir alimentos para el consumo del hogar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No
Verifique si el hogar cuenta con un espacio para cultivar alimentos *Sí → Continúe* *No → Pase a la 6*	*Verifique si el hogar cuenta con un espacio para la cría de animales* *Sí → Continúe* *No → Pase a la 7*	*Verifique si el hogar cuenta con un lugar para producir alimentos o criar animales para consumo* *Sí → Continúe* *No → Pase a la 8 (verifique edad)*	*Verifique si en este hogar habitan personas menores de 18 años* *Sí → Continúe* *No → Fin*
5. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender o empeñar herramientas, semillas de la próxima cosecha, animales o elementos de trabajo para adquirir alimento para el consumo del hogar? 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**6. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que vender algunos animales para comprar o adquirir alimentos para el consumo del hogar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**7. ¿En los últimos 7 días su hogar tuvo que consumir las semillas de la próxima cosecha o algún animal de cría porque no había otros o ningún alimentos en el hogar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No	**8. ¿En los últimos 7 días por falta de alimentos, en su hogar contó con ayuda de vecinos o familiares para la alimentación de los niños o niñas de su hogar?** 1. ☐ Sí 2. ☐ No