



MINSALUD



**TODOS POR UN
NUEVO PAÍS**

PAZ EQUIDAD EDUCACIÓN

Orientaciones y Herramientas para la Articulación del Componente de Alcohol en la Estrategia 4x4

Bogotá, Octubre de 2016

ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

CARMEN EUGENIA DÁVILA
Viceministro de Protección Social

LUIS FERNANDO CORREA SERNA
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

ELKIN DE JESÚS OSORIO SILDARRIAGA
Director de Promoción y Prevención

JOSÉ FERNANDO VALDERRAMA VERGARA
Subdirector de Enfermedades No Transmisibles.

GINA WATSON LEWIS
Representante OPS/OMS Colombia

ARMANDO GUEMES
LAURA RAMÍREZ
Asesores Internacionales OPS/OMS

ANDRES SUANCA SIERRA
Administrador Representación
OPS/OMS Colombia

LUCY ARCINIEGAS MILLÁN
Oficial de Programas y Gestión de
Proyectos



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

REFERENTES TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS DEL CONVENIO

NUBIA BAUTISTA
Referente Técnico MSPS

RODRIGO LOPERA
Profesional a Cargo MSPS

ANA MARIA PEÑUELA
Supervisión MSPS

DIANA MACELA PLAZAS
Seguimiento MSPS

MARIA DEL PILAR DUARTE
Seguimiento MSPS

JAIRO ACOSTA RODRIGUEZ
Seguimiento MSPS

PATRICIA VEGA MORENO
Administradora Convenios OPS/OMS

LUZ MARÍA SALAZAR
Consultor Nacional OPS/OMS

CONSULTORÍA

HELENA VÉLEZ-BOTERO

**Psicóloga - Magíster en Psicología con énfasis en Salud y Prevención -
Coordinadora**

OSCAR MAURICIO NIÑO NOVOA

Comunicador Social - Magister en Psicología de la Educación

LUISA FERNANDA RUIZ ESLAVA

**Psicóloga - Magister en Psicología Clínica y de Familia - Doctora en
Salud Pública**

JOSÉ RICARDO GARZÓN CARRILLO

Sociólogo - Magister en Investigación Social Interdisciplinaria

**COLECTIVO DE PARTICIPACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL-CPAIS
Organización No Gubernamental**

Este documento ha sido elaborado en el marco del Convenio 519 de 2015 suscrito entre el Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud.

Los productos resultantes del Convenio son propiedad de las partes. No podrán ser cedidos a ninguna persona natural o jurídica sin el consentimiento previo, expreso y escrito de la otra parte.

COORDINACIÓN TÉCNICA

Nubia Esperanza Bautista Bautista

Médico Psiquiatra

Coordinadora Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Rodrigo Lopera Isaza

Psicólogo

Profesional Especializado Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

ELABORACIÓN

COLECTIVO DE PARTICIPACIÓN E INVESTIGACIÓN SOCIAL- CPAIS

Convenio 519 de 2015 OIM- MSPS

Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

© Ministerio de Salud y Protección Social

Subdirección de Enfermedades No Transmisibles

Grupo Gestión Integrada para la Salud Mental

Carrera 13 No. 32 76

PBX: (57-1) 330 50 00

FAX: (57-1) 330 50 50

Línea de atención nacional gratuita:

018000 91 00 97 Lunes a viernes de 8:00

a.m. a 5:30 p.m.

Bogotá D.C., Colombia, Septiembre de 2016

Usted puede copiar, descargar o imprimir los contenidos del Ministerio de Salud y Protección Social MSPS para su propio uso y puede incluir extractos de publicaciones, bases de datos y productos de multimedia en sus propios documentos, presentaciones, blogs, sitios web y materiales docentes, siempre y cuando se dé el adecuado reconocimiento al MSPS como fuente y propietaria del copyright. Toda solicitud para uso público o comercial y derechos de traducción se sugiere contactar al MPSP a través de su portal web www.minsalud.gov.co

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
PARTE I	4
ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	4
1. CONCEPTOS PARA LA ACCIÓN	5
1.1. Panorama Nacional: ECNT y Consumo de Alcohol.....	12
2. POLÍTICAS PARA LA ACCIÓN.....	20
2.1. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD-PAIS.....	20
2.2. MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD: MIAS	25
2.3. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA-PDSP.....	32
2.4. ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL AL CONSUMO DE ALCOHOL	34
3. PREMISAS PARA EL ABODAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS ECNT	37
3.1. EL CUIDADO: META DEL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT	37
3.2. MÚLTIPLES ENFOQUES: UNA PUNTO DE PARTIDA EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT	39
3.3. COMUNICACIÓN EN SALUD: UNA ESTRATEGIA SOCIAL POTENCIALMENTE ÚTIL PARA FOMENTAR EL CUIDADO.....	41
3.4. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL: LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA EN SALUD	42
PARTE II.....	46
HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES	46
1. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE.....	47
1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN METODOLÓGICA.....	47
1.2. APLICABILIDAD DE LA IMB	52

2.	LA COMUNICACIÓN EN SALUD COMO HERRAMIENTA ARTICULADORA..	55
2.1.	A MANERA DE ENFOQUE	55
2.2.	BUENAS PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD.....	57
3.	HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN	60
3.1.	Cultivando mi Ser	68
	Guía de la Intervención: Cultivando mi Ser	69
	Sesión 1: Cultivando mi Ser.....	69
	Sesión 2: Cultivando mi Ser.....	71
	Sesión 3: Cultivando mi Ser.....	73
	Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	75
	Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	75
3.2.	Profesionales para el Cambio.....	77
	Guía de la Intervención: Profesionales para el Cambio	78
	Sesión 1: Profesionales para el Cambio	78
	Sesión 2: Profesionales para el Cambio	81
	Sesión 3: Profesionales para el Cambio	84
	Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	88
	Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	88
3.3.	Coloreando mi vida	91
	Guía de la Intervención: Coloreando mi Vida.....	92
	Sesión 1: Coloreando mi Vida	92
	Sesión 2: Coloreando mi Vida	94
	Sesión 3: Coloreando mi Vida	96
	Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	99
	Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	100
3.4.	Descifrando lo Saludable.....	101
	Guía de la Intervención: Descifrando lo Saludable	102
	Sesión 1: Descifrando lo Saludable	102
	Sesión 2: Descifrando lo Saludable	104
	Sesión 3: Descifrando lo Saludable	107
	Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	109
	Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	109

3.5. Hablando Joven	111
Guía de la Intervención: Hablando Joven.....	112
Sesión 1: Hablando Joven.....	112
Sesión 2: Hablando Joven.....	114
Sesión 3: Hablando Joven.....	117
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	120
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	121
3.6. Haciendo Camino	123
Guía de la Intervención: Haciendo Camino.....	124
Sesión 1: Haciendo Camino	124
Sesión 2: Haciendo Camino	126
Sesión 3: Haciendo Camino	129
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	131
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	131
3.7. Mujeres de Colores	132
Guía de la Intervención: Mujeres de Colores	133
Sesión 1: Mujeres de Colores	133
Sesión 2: Mujeres de Colores	135
Sesión 3: Mujeres de Colores	137
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	139
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	140
3.8. Queriendo ser...	140
Guía de la Intervención: Queriendo ser.....	141
Sesión 1: Queriendo ser.....	141
Sesión 2: Queriendo ser.....	144
Sesión 3: Queriendo ser.....	146
Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)	149
Fundamento conceptual de consulta y apoyo.....	149
4. ORIENTACIONES PARA LA TERRITORIALIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS.....	151
4.1. ¿Con quien puedo hacer grupo de trabajo?	152
4.2. ¿Cómo puedo organizar el trabajo en equipo?	153

4.3. ¿Qué ajustes necesitan las herramientas según el contexto del territorio?.....	154
4.4. ¿Cómo socializar e implementar las herramientas en el territorio?	156
Referencias	158
Apéndices	166
Apéndice 1. Síntesis PDSP, Dimensiones relacionadas con ECNT y consumo de alcohol	166
Apéndice 2.1. Instrumento Pedagógico de apoyo: Video Estrategia	169
Apéndice 2.2. Instrumento Pedagógico de apoyo: Árbol de Propósitos	170
Apéndice 2.3. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Trabajo	171
Apéndice 2.4. Instrumento Pedagógico de apoyo: Lotería Saludable ..	172
Apéndice 2.5. Instrumento Pedagógico de apoyo: EmparejaDos	173
Apéndice 2.6. Instrumento Pedagógico de apoyo: Diseños Digitales...	174
Apéndice 2.7. Instrumento Pedagógico de apoyo: ElParcheSaludable .	175
Apéndice 2.8. Instrumento Pedagógico de apoyo: Calendario	176
Apéndice 2.9. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Álbum-Diario	176
Apéndice 3. Consideraciones generales para tener en cuenta como facilitador del proceso	178
Apéndice 4. Gestión de Encuentros en el Territorio	179
Apéndice 5. Matriz de Intervención	181

Lista de Tablas

Tabla 1. El Consumo de Alcohol como Factor de Riesgo en las ECNT.....	10
Tabla 2. Grupo de Riesgos y Eventos Específicos	29
Tabla 3. Acciones de la ENRICA	35
Tabla 4. Herramientas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las ECNT.....	61
Tabla 5. Sesión 1: Cultivando mi Ser.....	69
Tabla 6. Sesión 2: Cultivando mi Ser.....	71
Tabla 7. Sesión 3: Cultivando mi Ser.....	73
Tabla 8. Sesión 1: Profesionales para el Cambio	78
Tabla 9. Sesión 2: Profesionales para el Cambio	82
Tabla 10. Sesión 3: Profesionales para el Cambio	85
Tabla 11. Sesión 1: Coloreando mi vida	92
Tabla 12. Sesión 2: Coloreando mi vida	94
Tabla 13. Sesión 3: Coloreando mi Vida.....	96
Tabla 14. Sesión 4 (Opcional): Coloreando mi Vida	99
Tabla 15. Sesión 1: Descifrando lo Saludable	102
Tabla 16. Sesión 2: Descifrando lo Saludable	105
Tabla 17. Sesión 3: Descifrando lo Saludable	107
Tabla 18. Sesión 1: Hablando Joven.....	112
Tabla 19. Sesión 2: Hablando Joven.....	114
Tabla 20. Sesión 3: Hablando Joven.....	117
Tabla 21. Sesión 4 (Opcional): Hablando Joven	120
Tabla 22. Sesión 1: Haciendo Camino.....	124
Tabla 23. Sesión 2: Haciendo Camino.....	127
Tabla 24. Sesión 3: Haciendo Camino.....	129
Tabla 25. Sesión 1: Mujeres de Colores	133
Tabla 26. Sesión 2: Mujeres de Colores	135
Tabla 27. Sesión 3: Mujeres de Colores	138
Tabla 28. Sesión 1: Queriendo ser.....	141
Tabla 29. Sesión 2: Queriendo ser.....	144
Tabla 30. Sesión 3: Queriendo ser.....	146

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	6
Figura 2. Principales problemáticas de salud.....	13
Figura 3. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares	14
Figura 4. Mortalidad por cáncer	15
Figura 5. Mortalidad por diabetes tipo 2.....	16
Figura 6. Mortalidad por EPOC.....	17
Figura 7. Consumo Nocivo de Alcohol	19
Figura 8. Representación gráfica de la PAIS	21
Figura 9. Curso de Vida y Cuidado de la Salud	27
Figura 10. Rutas Integrales de Atención en Salud	31
Figura 11. Enfoques subdiferenciales.....	40
Figura 12. Niveles de participación.....	42
Figura 13. Factores Facilitadores en la participación en salud	43
Figura 14. Representación esquemática del proceso motivacional	49
Figura 15. “Escalera Cognitivo Conductual” representación de la DPPPS.....	51
Figura 16. Revisión de estudios sobre IMB	54
Figura 17. Modelo básico	55
Figura 18. Modelo de Interlocución	56
Figura 19. Modelos explicativos de la comunicación: Su relación.....	57
Figura 20. Proceso de ajuste de las intervenciones.....	152
Figura 21. Continúo de adecuación de intervenciones.....	155

Lista de Siglas

ACV	Accidente Cerebrovascular
AMS	Asamblea Mundial de la Salud
APS	Atención Primaria de Salud
ASIS	Análisis de la Situación de Salud
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
DM	Diabetes Mellitus
DPPPS	Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud
EAPB	Empresas Administradoras de Planes de Beneficio
ECNT	Enfermedades Crónicas No Transmisibles
ECV	Enfermedades Cardiovasculares
EMRUNA	Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol
ENRICA	Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
GIEVydH	Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano"
GIRS	Gestión Integral del Riesgo en salud
HTA	Hipertensión Arterial Primaria
IAM	Enfermedad Isquémica Cardíaca
IMB	Intervención Motivacional Breve
MIAS	Modelo Integral de Atención en Salud
MSPS	Ministerio de Salud y Protección Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONS	Observatorio Nacional de Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAIS	Política de Atención Integral en Salud
PB	Plan de Beneficios en Salud
PDSP	Plan Decenal de Salud Pública 2012 -2021
PIC	Plan de Intervenciones Colectivas
PM	Proceso Motivacional

PTS	Plan Territorial de Salud
RED	Redes integrales de prestadores de servicios de salud
RIAS	Rutas Integrales de Atención en Salud
UN	Universidad Nacional de Colombia

INTRODUCCIÓN

La Estrategia Regional para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles y su correspondiente Plan de Acción, tienen como meta reducir la mortalidad y la morbilidad prevenibles, reducir al mínimo la exposición a factores de riesgo, aumentar la exposición a factores protectores y reducir la carga socioeconómica de estas enfermedades, por medio de enfoques multisectoriales que promuevan el bienestar y reduzcan la inequidad en los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014, pág. 7).

Para el cumplimiento de esta meta, se proponen diversas líneas estratégicas, entre estas se destaca, la orientada a trabajar sobre los factores de riesgo y factores protectores de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (en adelante ECNT); la cual busca reducir la prevalencia de los principales factores de riesgo de las ECNT y fortalecer los factores protectores, haciendo hincapié en los niños, los adolescentes y los grupos vulnerables, empleando estrategias de promoción de la salud basadas en la evidencia e instrumentos de política, incluidas la reglamentación, la vigilancia y medidas voluntarias; así como el abordaje de los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014, pág. 7; Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OPS & OMS], 2012, pág. 9).

De acuerdo con la Estrategia Mundial para la Prevención y el Control de las Enfermedades no Transmisibles, dentro de los factores de riesgo a intervenir, se destaca el *consumo nocivo de alcohol*, dado que es un comportamiento autodeterminado cuyas consecuencias a corto, mediano y largo plazo aportan a la carga de morbilidad y mortalidad (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, Pág.9). Como respuesta a esta problemática la Organización Mundial de la Salud (OMS) lideró la formulación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo de Alcohol (EMRUNA).

La EMRUNA tiene por objeto ofrecer orientación para actuar en diferentes niveles; determinar esferas prioritarias para la acción, y recomendar una serie de políticas y medidas, adaptándolas según proceda a nivel nacional, teniendo en cuenta las características socio-culturales, el contexto institucional, las

prioridades de salud pública y los recursos y capacidades existentes (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2010).

Para el contexto colombiano, las estrategias previamente mencionadas han sido adoptadas por medio de la Estrategia 4x4 para la Prevención y Control de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (en adelante Estrategia 4x4) y la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia (ENRICA), respectivamente. Estas estrategias se vinculan y articulan en el Plan Decenal de Salud Pública-PDSP, 2012-2021; cuyos lineamientos están orientados a la creación de ambientes favorables y la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario y nacional sobre los factores de riesgos modificables, que conlleven a una reducción de las ECNT (Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013).

La Estrategia 4x4 es una propuesta en salud que busca dar lineamientos para la prevención y control de los cuatro grupos de ECNT más prevalentes en Colombia, como son el cáncer, la enfermedad cardiovascular, la diabetes y las enfermedades de vías respiratorias inferiores; reconociendo el consumo nocivo de alcohol, el consumo y exposición al humo de cigarrillo, la inactividad física y la alimentación no saludable, como los cuatro factores de riesgo comportamentales que más contribuyen a la aparición de estas enfermedades. De esta forma, la estrategia se enmarca dentro de la dimensión dos del PDSP, Vida Saludable y Condiciones Transmisibles, la cual tiene como objetivo “promover *modos, condiciones y estilos de vida saludables* en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles”. Los *modos, condiciones y estilos de vida saludables* se entienden como el “conjunto de acciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales que se gestionan y promueven desde lo intersectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable” (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).

Por su parte, la ENRICA se presenta como una propuesta estratégica que brinda una respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia, para prevenir el consumo y disminuir los efectos sociales y de salud pública asociados al consumo nocivo de alcohol (Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013, pág. 4); para lo cual formula lineamientos en las esferas de acción recomendadas por la OMS como políticas e intervenciones eficaces para proteger a la población (Ministerio de

Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013, págs. 33-44).

Así pues, la Estrategia 4x4 y la ENRICA representan el esfuerzo del país por adoptar medidas que permitan responder a las necesidades reales del contexto colombiano en materia de salud pública, en el marco de un panorama epidemiológico en el que la carga de morbi-mortalidad está visiblemente afectada por el impacto de los estilos de vida y el consecuente desarrollo de ECNT.

Este panorama, de por sí desafiante, junto con la entrada en vigencia de la Política Integral de Salud (PAIS), trae consigo el reto de articular las respuestas existentes a través de mecanismos o herramientas que permitan concertar los objetivos y desarrollos de diversas líneas de trabajo hacia el logro de una meta de gran complejidad (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014), como es reducir la mortalidad prematura causada por las ECNT.

En este sentido, el presente documento de *Orientaciones para la Acción* tiene como objetivo, en primer lugar, exponer de forma breve el marco normativo y conceptual que soporta tanto la Estrategia 4x4 como la ENRICA; en segundo lugar, reconocer las líneas de acción que proveen estas estrategias, y; en tercer lugar, brindar herramientas que, en consonancia con las estrategias mencionadas, aporten a la prevención y control de las ECNT, mediante la promoción de estilos de vida saludable con énfasis en la disminución del consumo nocivo de alcohol.

PARTE I

ORIENTACIONES PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

1. CONCEPTOS PARA LA ACCIÓN

La concepción popular de la *salud* ha estado marcada por una noción de funcionalidad cuya característica principal es la de señalar a la enfermedad como estado opuesto (Gutiérrez, 1985). Sin embargo, la salud y la enfermedad hacen parte de un proceso dinámico en el que interactúan una serie de factores determinantes provenientes del contexto en el que se desenvuelve el individuo, así como sus comportamientos particulares (Lalonde, 1996; Blum, 1971; Grau Abalo J. , 2016a).

Los factores asociados con el contexto se han denominado *determinantes sociales de la salud*¹, definidos como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud” (Organización Mundial de la Salud [OMS], s.f.), que a su vez son el resultado del ejercicio político y las decisiones económicas a nivel global y local; considerándose elementos definitorios en el establecimiento de inequidades sanitarias tanto como en la aparición de enfermedades. Este enfoque hace parte de la formulación de políticas en salud en Colombia, reconociendo dentro de los determinantes sociales, unos de tipo estructural referidos particularmente al contexto sociopolítico y, otros de carácter intermediario que involucran condiciones socioeconómicas y los comportamientos de los individuos así como el sistema sanitario; cuya afectación mediante el establecimiento de prácticas políticas particulares y la búsqueda de equidad en salud, tiene el potencial de modificar las condiciones de vulnerabilidad de la población y por ende fortalecer el capital social (Frenz, 2005) (Ver Figura 1).

Estos determinantes sociales interactúan con las características biológicas, psicológicas, sociales y culturales del individuo afectando en él la capacidad de ajustarse al medio y a sus exigencias. Esta capacidad está dada por el estilos de vida de los individuos, la forma en que viven, las reacciones habituales y las pautas de conducta que las personas desarrollan durante sus procesos de socialización² (Perea Quesada, 2004). El *estilo de vida* debe entenderse como “el conjunto de comportamientos que un individuo concreto pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o lo coloca en situación de riesgo para la enfermedad” (Grau Abalo J. , 2016a).

¹ En la política nacional, se entiende por determinantes sociales de salud aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos, los cuales serán financiados con recursos diferentes a los destinados al cubrimiento de los servicios y tecnologías de salud (Ley 1751, Art. 9, parágrafo).

² En Web: http://ocw.um.es/gat/contenidos/palopez/contenidos/estilo_de_vida.html



Figura 1. Modelo de determinantes sociales de la salud, Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Fuente: MSPS (2013, pág. 57)

Característicamente, los comportamientos que hacen parte del estilo de vida son modificables, bien pueden afectar de forma positiva o negativa la salud; de tal suerte que pueden constituirse en factores de riesgo o factores protectores en el proceso salud-enfermedad (Grau Abalo J. , 2003; Ryff & Singer, 1998). Así pues, puede entenderse un *factor de riesgo* como “cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión” (OMS, En Web)³; mientras que los *factores protectores*, como la otra cara de una moneda, se pueden entender como aquellos hábitos o comportamientos que disminuyen la posibilidad de un padecimiento y propenden por la calidad de vida (Grau Abalo J. , 2003; Flórez Alarcón, 2007).

En este sentido, la *promoción de la salud*⁴ hace referencia en principio al fomento de factores protectores; es decir, a las acciones orientadas a impulsar

³ http://www.who.int/topics/risk_factors/es/

⁴ La carta de Ottawa indica “La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un

a un individuo o a una comunidad hacia un mayor grado de bienestar percibido, en busca de una mejor calidad de vida, a la incorporación de ciertos comportamientos que contribuirán al logro de las metas vitales más relevantes para el individuo (Restrepo & Málaga, 2001; Flórez Alarcón, 2007). Desde un punto de vista eminentemente pragmático se trata de acciones educativas, persuasivas y motivacionales orientadas a favorecer la ejecución de comportamientos saludables, las cuales pueden realizarse desde dos áreas: (a) actividades sociopolíticas para la defensa de la salud-ambiente, orientada a la mejora de las condiciones de vida y (b) educación en estilo de vida, asociada con la modificación del comportamiento de los individuos (Oblitas, 2003).

Por su parte, la *prevención* puede ser entendida como las acciones orientadas a la disminución de factores de riesgo; en tres niveles: a) universal, corresponde al conjunto de actividades que abarcan la población en general, sin tener como criterio su identificación el riesgo de enfermedad; b) selectiva, se refiere al conjunto de acciones dirigidas a grupos de individuos con mayor vulnerabilidad a realizar conductas de riesgo o padecer enfermedades, debido a características sociodemográficas o estilos de vida particulares; c) indicada, hace referencia a aquellos programas dirigidos a individuos que presentan conductas problemáticas sin cumplir aun con criterios diagnósticos de enfermedad (Jané-Llopis, 2004).

Con la entrada del proceso de *transición epidemiológica* (Ortiz, 2005; Landrove Rodríguez & Gámez Bernal, 2005), en el que las principales causas de la morbimortalidad han pasado a concentrarse en las enfermedades no transmisibles, las cuales se originan en gran medida por las variaciones en los estilos de vida y la consecuente constitución de estos como factores de riesgo; tanto la promoción como la prevención tienen un papel destacado en la salud pública, puesto que se constituyen como acciones efectivas para hacer frente a los factores de riesgo (Ortiz, 2005; Gómez Gutiérrez, Lucumí Cuesta, & Girón Vargas, 2004; Terris, 1992; Flórez Alarcón, 2007).

Así pues, gran parte de los problemas de salud, en particular las *enfermedades crónicas no transmisibles* (ECNT), están estrechamente vinculados con estilos de vida que se adquieren en la infancia o en la adolescencia y que se consolidan en edades adultas como hábitos; en respuesta a factores ambientales y de contexto como la industrialización, el

concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario" (Disponible en: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>)

desarrollo económico y la globalización de los mercados (Vélez-Botero, 2010; Gómez Gutiérrez, Lucumí Cuesta, & Girón Vargas, 2004; Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014).

Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (En web⁵), las ECNT son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta, manifiestas en cuatro tipos principales, destacados por su alta prevalencia y la carga de morbi-mortalidad asociada a ellas: (a) enfermedades cardiovasculares, (b) el cáncer, (c) enfermedades respiratorias crónicas y (d) diabetes.

Las ECNT, aquejan tanto a la población de los países desarrollados como a los países en vía de desarrollo y están relacionadas con los denominados hábitos NO saludables. Los factores ambientales en respuesta a la industrialización, el desarrollo económico y la globalización de los mercados, influyen en los comportamientos y en el estilo de vida. Los hábitos alimentarios, por ejemplo, son un reflejo de esto, se observa un aumento en el consumo de alimentos hipercalóricos, que contienen un alto contenido de grasas saturadas y de carbohidratos refinados. Así mismo los avances tecnológicos (automóviles, computadores, televisión, entre otros) hacen que día a día se sustituyan las tareas que generan esfuerzo físico por una conducta sedentaria (Department of Health, Western Australia, 2012).

Para las ECNT existen factores de riesgo comportamentales modificables como son el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada y el uso nocivo del alcohol; además de factores de riesgo metabólicos/fisiológicos como son la hipertensión arterial, sobrepeso/obesidad, hiperglucemia e hiperlipidemia (Jordan, Slater, & Kottke, 2008; Robledo Posada & Díaz Piñera, 2012). Esta relación entre factores de riesgo comportamentales y ECNT ha sido ampliamente estudiada por diversos autores (Department of health and human services, 2005; Oklahoma Department of Health, 2013; Ortiz, 2005; Petersen, Bourgeois, Bratthall, & Ogawa, 2005; Watt, 2005; Australian Institute of Health and Welfare, 2012; Ministry of Health and Long-Term Care, 2007; Nottingham City Council, 2014; Oswal, 2010; Mora Ripoll, 2012).

Cabe anotar que si bien la exposición a los factores de riesgo comportamentales se da tanto en los grupos de ingresos altos como en los de

⁵ http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/es/

ingresos bajos; los primeros pueden acceder a servicios y productos que los protegen, mientras que la población socialmente vulnerables no suelen tener el mismo acceso a factores protectores y tiene acceso limitado a los servicios de salud, por lo que las ECNT no solo tienen un gran impacto en morbilidad y mortalidad sino que además representan un alto costo económico; de tal suerte que reducir la carga mundial de ECNT es una prioridad absoluta y una condición necesaria para un desarrollo sostenible (Castiglione, 2014).

Las ECNT son la principal causa de muerte en el mundo entero, trayendo consigo una alta tasa de mortalidad prematura (cerca del 40%) en países de ingresos bajos y medios (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2014). Estas enfermedades representan el 82% del total de la mortalidad (OMS, 2014) son las enfermedades cardiovasculares, diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas y se prevé un aumento de hasta el 17% de muertes secundaria a enfermedades crónicas no transmisibles en 10 años. Se calcula que en Colombia las ECNT son la causa del 76% del total de las muertes (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013) y del 12% de la mortalidad antes de los 70 años. Los datos en Colombia no difieren de las tendencias mundiales descritas por la OMS. El Estudio de Carga de la Enfermedad en Colombia para 2010 estimó que las ECNT corresponden al 76% de las enfermedades del país (Peñaloza, 2014).

Entre los factores de riesgo a modificar, se destaca el *consumo nocivo de alcohol*, dado el carácter prevalente del mismo y la aceptación social que lo avala. Y es que el consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de trastornos neuropsiquiátricos y de enfermedades no transmisibles e infecciosas. Además, una proporción importante de la carga de morbilidad y mortalidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales; en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia doméstica y callejera, homicidios y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar principalmente a personas jóvenes (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9).

El concepto de uso nocivo del alcohol es una noción amplia que abarca el consumo de alcohol que provoca efectos sanitarios y sociales perjudiciales para el bebedor, para quienes le rodean y para la sociedad en general, así como las pautas de consumo de alcohol asociadas a un mayor riesgo de resultados perjudiciales. El uso nocivo del alcohol compromete tanto el desarrollo individual como el social; puede arruinar la vida del bebedor, devastar a su

familia y deteriorar la convivencia y el bienestar de la comunidad (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9).

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables o en situación de riesgo presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. El Consumo de Alcohol como Factor de Riesgo en las ECNT

ECNT	PAPEL DEL ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO
CARDIOVASCULARES	<ul style="list-style-type: none"> • Las altas dosis de alcohol producen una elevación de las presiones sistólica y diastólica, debido a una activación del sistema simpático adrenérgico, a un incremento del sistema reninaangiotensina-aldosterona, a un aumento del cortisol, a un incremento de la resistencia a la insulina y/o un vasoespasmo de las fibras musculares lisas de los vasos sanguíneos por alteraciones iónicas (Mg++ y Ca++) o anomalías del transporte de Na+ (Estruch, 2002). • El alcohol tiene un efecto directo sobre el ritmo cardíaco, incluso consumos relativamente modestos ocasionan taquicardia rítmica. El uso nocivo de alcohol afecta de forma significativa el funcionamiento del miocardio y se ha relacionado como causa directa de arritmias, como el síndrome "Holiday Heart" (Estruch, 2002). • El consumo de alcohol determina en gran medida la aparición de hipertensión arterial por la ingestión exagerada de lípidos y el efecto sobre las glándulas suprarrenales que producen cortisona (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003). • El uso crónico y el abuso del alcohol tiene una alta probabilidad de causar miocardiopatía. Aún el consumo moderado, ligero u ocasional de alcohol puede ocasionar esta enfermedad cuando hay deficiencias de tiamina, factores genéticos predisponentes o infecciones virales (Guerra de Andrade & García de Oliveira, 2011). • El uso intenso de alcohol, crónico o agudo, aumenta el riesgo de desarrollar hipertensión e interfiere con los tratamientos farmacológicos destinados a la disminución de la tensión arterial (Guerra de Andrade & García de Oliveira, 2011). • Existe mayor propensión a ACV, sobre todo de tipo hemorrágico, entre quienes consumen alcohol de forma abusiva, bien sea que el consumo sea ocasional o sostenido (Guerra de Andrade & García de Oliveira, 2011).
CÁNCER	<ul style="list-style-type: none"> • Las bebidas alcohólicas pueden no actuar directamente sobre los tejidos para ocasionar cáncer, más son un disolvente efectivo para las sustancias cancerígenas y permite que estas circulen libres por todo el cuerpo, aumentando el riesgo de cáncer de lengua, boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto, mama y pulmones (Bolet Astoviza & Socarrás Suárez, 2003). • Cuando se metaboliza el etanol, se produce acetaldehído y radicales libres; los cuales se consideran predominantemente responsables de la carcinogénesis a través de su unión al ADN y las proteínas, lo que destruye el ácido fólico dando lugar a una hiperproliferación de células secundarias (Castro, Díaz Gómez, & Castro, 2006). • El consumo de alcohol, incluso en pequeñas cantidades, afecta y deteriora la capacidad del cuerpo para disolver y absorber nutrientes como la vitamina A; nutrientes del complejo B, vitamina C, vitamina D, vitamina E y carotenoides (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2013); con lo que además se disparan las concentraciones de estrógenos en sangre, hormona relacionada principalmente con el riesgo de desarrollar cáncer de seno (Castro, Maciel, Quintans, & Castro, 2015). • El consumo continuado y por largo tiempo de bebidas alcohólicas es un agente cancerígeno comprobado para el humano por producir cáncer gástrico. Aquellas personas que ingieren

ECNT
PAPEL DEL ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO

cerveza u otros licores en forma habitual tienen un riesgo 5 veces mayor para desarrollar cáncer de tracto digestivo en relación con individuos no bebedores; quienes ingieren vino en forma habitual muestran un riesgo 2 veces mayor con respecto a quienes no consumen bebidas alcohólicas (Téllez & Cote, 2006).

- Durante la fermentación y la producción de bebidas alcohólicas, pueden introducirse a estas una serie de contaminantes cancerígenos como las nitrosaminas, fibras de asbesto, fenoles e hidrocarburos (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, 2013).

DIABETES

- El consumo de alcohol incrementa la secreción de insulina reduciendo la gluconeogénesis en el hígado y aumenta la resistencia a la insulina, lo cual dificulta que el cuerpo sintetice de manera adecuada la glucosa, produciendo tanto oxidación de la glucosa como un aumento de su almacenamiento, llevando al organismo al desarrollo de DM tipo 2 (Téllez & Cote, 2006)
- El alcohol tiene efectos diabetogénicos, por lo que en personas con DM tipo 2 aumenta la obesidad, induce a la pancreatitis, altera el metabolismo de los carbohidratos y de la glucosa ; lo cual conlleva a periodos de hipoglucemia cuando se consume alcohol en forma excesiva (Solís Torres, Alonso Castillo, & López García, 2009).
- El alcohol tiene la capacidad para suprimir la lipólisis, por lo que en personas con MD tipo 2 evita la recuperación de la hipoglucemia (Solís Torres, Alonso Castillo, & López García, 2009).
- El alcohol puede causar hipoglucemia en individuos que utilizan insulina exógena o medicamentos hipogluceantes. Las calorías aportadas por el alcohol (7 kcal/g) no se convierten en glucosa, se metaboliza de manera similar a los lípidos y bloquea la gluconeogénesis, lo cual contribuye al desarrollo de hipoglucemias (Durán Agüero, Carrasco Piña, & Araya Pérez, 2012).

EPOC

- El consumo de alcohol carece de un papel en la fisiopatogénesis de EPOC; sin embargo actúa como factor de riesgo indirecto en tanto que suele conducir a la exposición o al consumo elevado de tabaco, considerado como uno de los principales factores causales de EPOC (Lumbreras García, Méndez-Cabeza Velázquez, & Nuñez Palomo, 2004).
- La coocurrencia de EPOC junto con condiciones como la obesidad, el consumo de tabaco y de alcohol, puede contribuir al desarrollo del Síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAHS), en el cual cuando la persona duerme se produce una obstrucción de la vida aérea superior y por consiguiente del flujo de aire hacia los pulmones, lo que produce síntomas como somnolencia excesiva durante el día, sensación de no haber descansado durante la noche, ronquidos, dolores de cabeza matutinos, irritabilidad, problemas de atención y de memoria (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), 2012).
- Cuando existe EPOC, el consumo de alcohol, aun en pequeñas cantidades afecta la función respiratoria y reducen los mecanismos de defensa (Plaza, 2011).

Las costumbres sociales y los intereses económicos no deben cegarnos al hecho de que el alcohol es una sustancia tóxica. Tiene el potencial de afectar de manera adversa casi cualquier órgano y sistema del cuerpo. Ningún otro producto vendido para el consumo, tiene tan amplia gama de efectos físicos adversos. Tomar en cuenta el potencial de toxicidad del alcohol es por lo tanto una tarea importante para la política de salud pública (OMS, 2010; citado por Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013, pág.9).

Por lo anterior, teniendo como premisa que las ECNT son prevenibles, en tanto se logre modificar los estilos de vida que dan pie a su aparición, la Asamblea Mundial de la Salud (AMS) adopta lineamientos en torno al Plan de

Acción de la OMS para la prevención y el control de las ECNT, cuyas estrategias van encaminadas a la reducción del grado de exposición a los factores de riesgo. Además, los lineamientos están orientados a la creación de espacios cotidianos favorables y la adopción de medidas sostenibles a nivel individual, comunitario y nacional sobre los factores de riesgos modificables, que conlleven a una reducción de este tipo de enfermedades (OPS, 2014). Esto con miras, no solo a disminuir el número de muertes prematuras, sino también el impacto que generan las ECNT en el desarrollo, el nivel económico y social y la calidad de vida de la población.

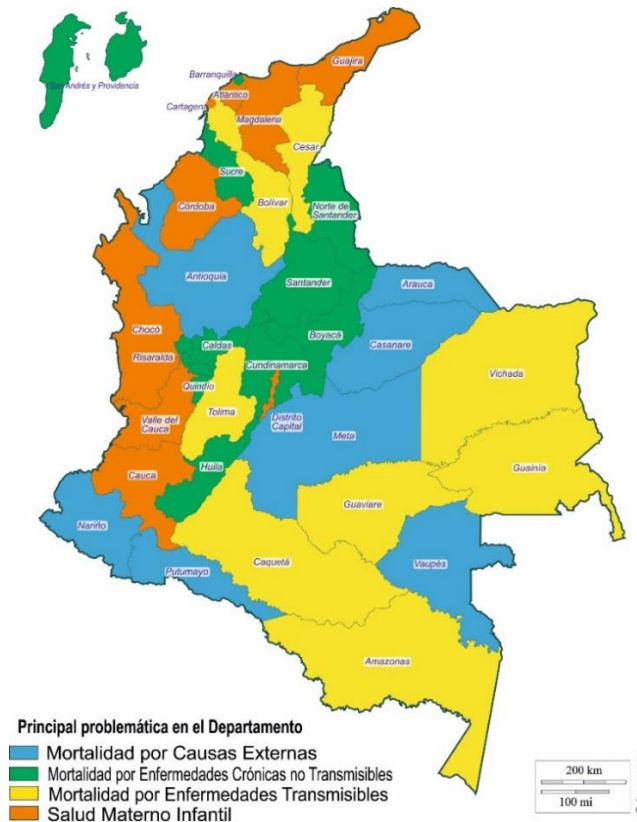
1.1. Panorama Nacional: ECNT y Consumo de Alcohol

En Colombia, el Estudio de Carga de la Enfermedad para 2010 indica que las ECNT son la causa del 76% del total de las muertes. La Política de Atención Integral en Salud destaca que tan solo en cinco años este indicador se incrementó hasta un 83% (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016) (Ver Figura 2). Esto implica que las ECNT son objeto de especial atención, sobre todo en las zonas más desarrolladas del país en las que estas enfermedades son dominantes; sin desconocer que las lesiones por causa externa, las enfermedades transmisibles y las enfermedades materno infantiles también tienen un papel protagónico en varias zonas del país. Por esta razón, la Política de Atención Integral en Salud plantea que las respuestas en salud deben organizarse atendiendo a las diferencias territoriales en los perfiles de mortalidad (Salazar, 2007; Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016).

Para el caso particular de las ECNT, el Ministerio de Salud y Protección Social contempla en el Plan Decenal de salud Pública la dimensión “Vida saludable y condiciones no transmisibles” que pretende dar prioridad política al control de las ECNT, reducir la exposición a los factores de riesgo, fortalecer la capacidad de gestión para mejorar la atención integral e integrada, desarrollar procesos de vigilancia y fomentar la investigación asociada (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) constituyen pues uno de los temas de salud pública de mayor complejidad y trascendencia socioeconómica, en tanto que afectan de forma significativa las tasas de morbilidad y mortalidad, ocasionando una gran demanda de servicios de salud (Castiglione, 2014). En la actualidad, las ECNT más prevalentes y de mayor

impacto son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. A ellas se asocia cerca del 40% de la mortalidad prematura (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011) y el 82% del total de la mortalidad en el mundo (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014).



Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social (2016). Política de Atención Integral en Salud.

Figura 2. Principales problemáticas de salud

Las Enfermedades Cardiovasculares (ECV) son reconocidas como el grupo de enfermedades que generan mayor carga de enfermedad a nivel mundial, aportando aproximadamente el 31% de las muertes registradas en el mundo. Para el 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 17,5 millones de personas murieron a causa de ECV (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Para el 2012 el 33,85% de la mortalidad en Colombia se atribuía a ECV (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014); dentro de las cuales se destacan por su amplia incidencia las enfermedades isquémicas del corazón y los accidentes cerebrovasculares (ACV), siendo entre estos más frecuente el de

tipo isquémico que el de tipo hemorrágico (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015) (Ver Figura 3). Por su parte, las estadísticas Vitales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) indican que para el año 2010 el 49,5% de las muertes fueron atribuidas a enfermedades isquémicas del corazón y el 23% fueron debidas a ACV (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).

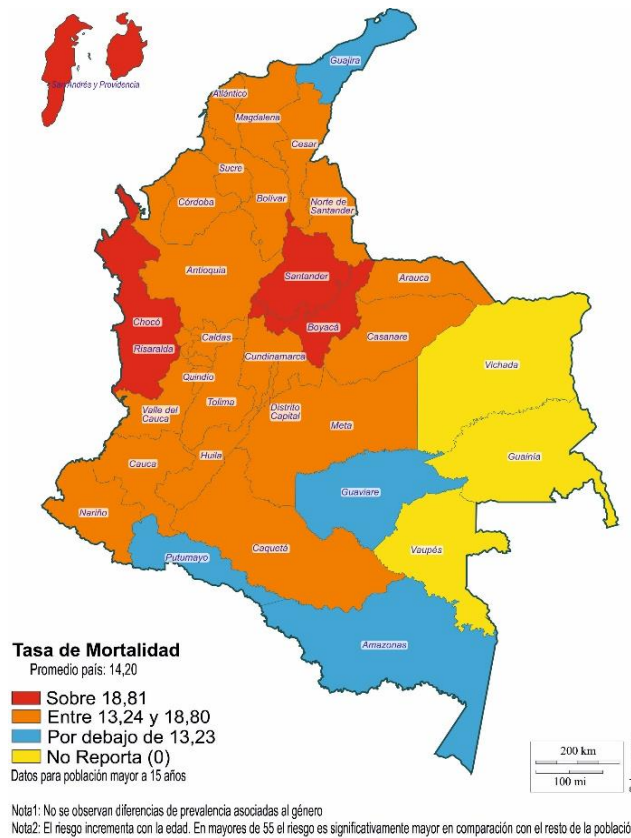
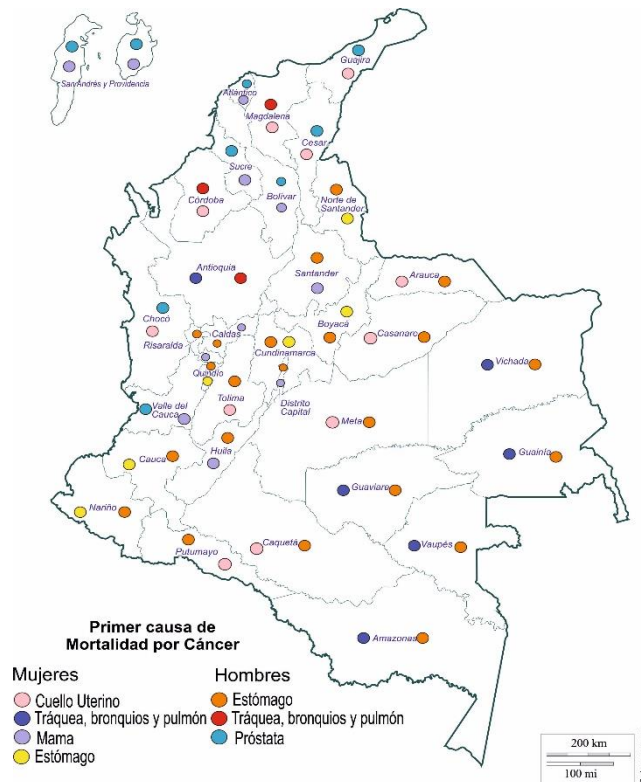


Figura 3. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares

En todo el mundo, el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que en 2012 se presentaron aproximadamente 14 millones de nuevos casos y 8,2 millones de muertes relacionadas con el cáncer; convirtiéndose en la segunda causa de muerte en el mundo para el 2013 (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

En Colombia, para el año 2012 las neoplasias aportaron el 17,59% de las muertes a nivel nacional. Durante este periodo para los hombres las neoplasias de mayor impacto son los tumores malignos de estómago (14,86%) seguido por el tumor maligno de próstata (14,07%); mientras que para las mujeres,

las principales causas de mortalidad son el tumor maligno de estómago (15,67%) seguido por el tumor maligno de mama (12,44%) (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2014) (Ver Figura 4). Aproximadamente el 3% de los nuevos casos de cáncer se presenta en niños, con una alta tasa de mortalidad por leucemia pediátrica (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Instituto Nacional de Cancerología, 2015).



Datos para población mayor de 15 años
Nota: Existe una tendencia de incremento de riesgo a medida que aumenta la edad

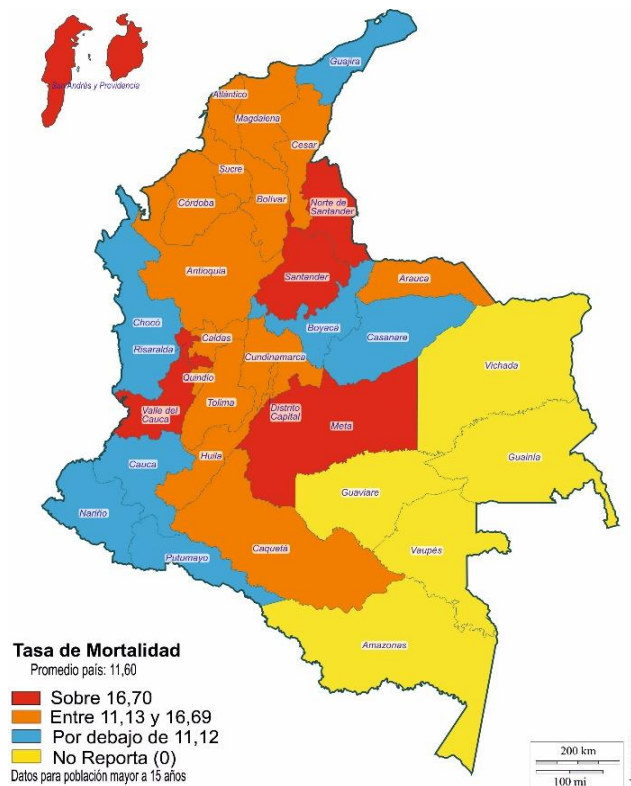
Fuente: Elaboración propia con base en Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia, 2007-2011 (2015)

Figura 4. Mortalidad por cáncer

La diabetes mellitus (DM) es un padecimiento cuya incidencia e impacto aumentan considerablemente. Para el 2014 la prevalencia de la diabetes era del 8,5%; es decir, 422 millones de adultos. Para el 2012, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que 1,5 millones de personas murieron a causa de DM (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

La DM, sea tipo 1 o 2, incrementa el riesgo general de muerte prematura y puede provocar complicaciones como ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia renal, amputación de extremidades, pérdida de visión y daños neurológicos (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2016). En Colombia se estima que hay aproximadamente 2 millones de personas con

DM, de las cuales la mayoría tiene DM tipo 2. El Plan Decenal de Salud Pública indico una prevalencia de DM de 2,6% en 2007, el Observatorio Nacional de Salud, reporto que la tasa de mortalidad por DM fue en promedio de 10,4 por cada 100.000 habitantes entre 2009 y 2011 (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015) (Ver Figura 5). Se estima que anualmente hay 5.650 muertes por DM, 58% de las cuales son de mujeres (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2013).



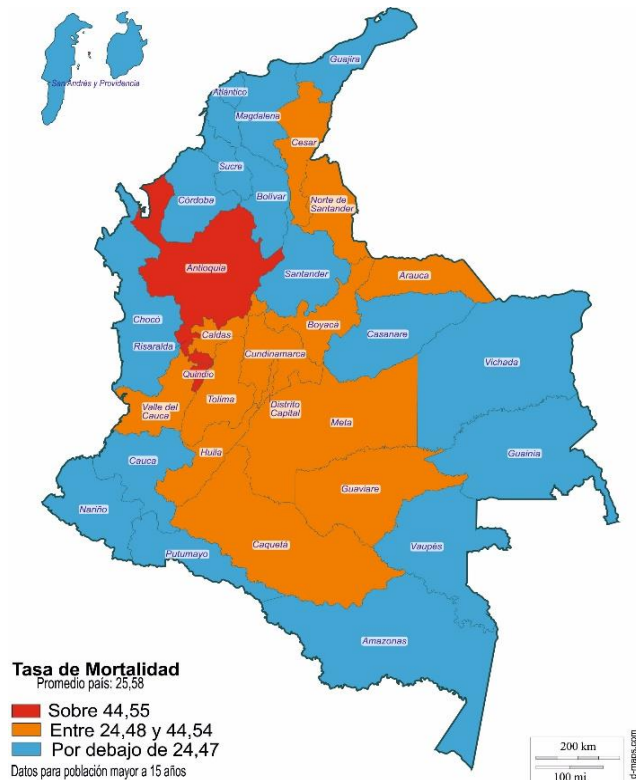
Nota1: La mayor prevalencia se da en mujeres, salvo en Putumayo y San Andrés donde la prevalencia es mayor en hombres
Nota2: El riesgo incrementa con la edad. En mayores de 50 el riesgo es significativamente mayor en comparación con el resto de la población
Fuente: Elaboración propia con base en Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia (2015)

Figura 5. Mortalidad por diabetes tipo 2

El grupo de enfermedades consideradas en la categoría Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es un importante problema de salud pública. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2012 murieron por EPOC aproximadamente 3 millones de personas, lo que representa el 6% del total de las muertes en este periodo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2015).

Se calcula que cerca de 65 millones de persona padecen EPOC en el mundo y su acelerado acenso la proyecta como la quinta causa de muerte en el

mundo para el año 2020 (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Colciencias, 2014). Durante el periodo comprendido entre 2009 y 2011, el Observatorio Nacional de Salud (ONS) reporta un promedio de 10,000 muertes al año por causa de EPOC. Para el periodo entre 2010 y 2014, el ONS señala que la prevalencia de EPOC en hombres de 4.1% y en mujeres de 3.3%, siendo mayor la proporción de muertes en hombres (53%) (Observatorio Nacional de Salud [ONS], 2015) (Ver Figura 6).



Nota1: La mayor prevalencia se da en hombre, salvo en Guanía donde la prevalencia es mayor en mujeres
Nota2: El riesgo incrementa con la edad. En mayores de 55 el riesgo es significativamente mayor en comparación con el resto de la población

Fuente: Elaboración propia con base en Quinto Informe ONS: carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia (2015)

Figura 6. Mortalidad por EPOC

Los factores de riesgo, como elementos modificables inmersos en la cadena causal de las enfermedades, cobran especial importancia en el abordaje de las ECNT; particularmente cuando se trata de los estilos de vida o aquellos comportamientos que realizan las personas en contravía del autocuidado, poniendo en riesgo su salud y la de otros (Salazar, 2007). El reconocimiento de estos factores asociados a las ECNT implica de hecho una oportunidad para prevenir y controlar, en tanto que una menor exposición a los factores de riesgo disminuye sustancialmente la posibilidad de padecer alguna de estas enfermedades.

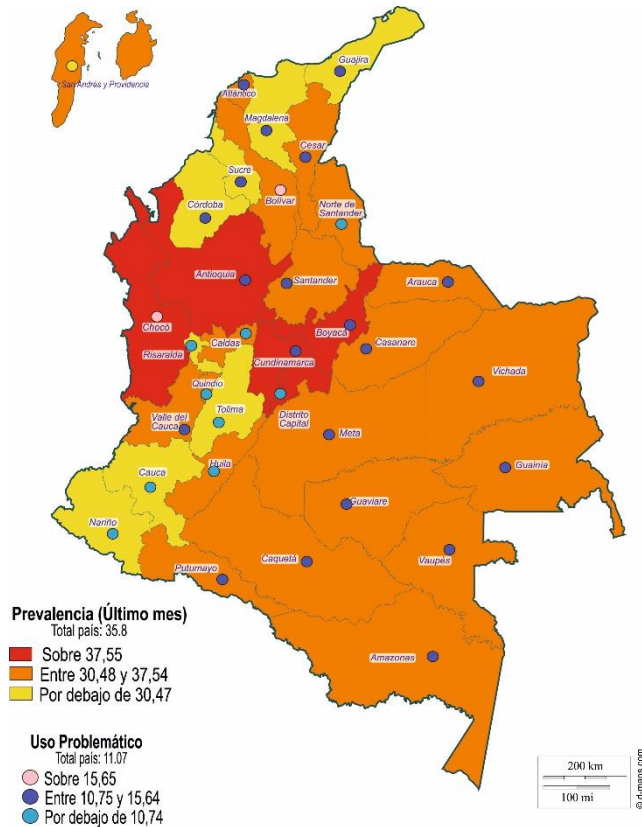
Los factores de riesgo de mayor impacto en el desarrollo de ECNT con las más altas prevalencias en nuestro país son el consumo de tabaco, la inactividad física, la alimentación inadecuada y el uso nocivo del alcohol (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011). Todos ellos potencialmente modificables por su carácter social, cultural y aprendido.

En cuanto al consumo de alcohol en Colombia, se sabe que el 87% de las personas han consumido alcohol alguna vez en su vida, siendo mayor el consumo entre los hombres que entre las mujeres (91% y 83% respectivamente). El porcentaje de personas que consumieron durante el último año desciende al 58.8%. Los consumidores de bebidas alcohólicas del último mes, son alrededor de ocho millones cuatrocientas mil personas, de los cuales más de cinco millones son varones. La diferencia entre sexos en relación al consumo de alcohol es significativa, los varones superan a las mujeres en 20 puntos porcentuales. En términos de la edad, la mayor tasa de uso actual de alcohol, del 49.2%, se presenta entre los jóvenes de 18 a 24 años. Los adolescentes son quienes presentan menor tasa de consumo, no obstante llega al 19.3%. El consumo actual de bebidas alcohólicas se incrementa conforme aumenta el nivel socioeconómico, pasando del 32.3% en el estrato 1 al 42.1% en los estratos 4, 5 y 6 respectivamente. La edad de inicio del consumo de alcohol es alrededor de 16 años entre los hombres y 18 años entre las mujeres (Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

En relación con el consumo riesgoso y perjudicial (Ver Figura 7), cerca de 2.6 millones de personas en Colombia con edades entre 12 y 65 años presentan un uso de alcohol de este tipo. Esto equivale al 31% de los consumidores actuales de alcohol y al 11.1% de la población de 12 a 65 años. Del total de los casi 2.6 millones de personas con consumo de riesgo o perjudicial de alcohol, 1.9 millones son hombres y un poco más de 0.6 millones son mujeres. El uso perjudicial de bebidas alcohólicas tiene mayor impacto entre los jóvenes de 18 a 24 años. El patrón de consumo problemático de alcohol es mayor en los sectores socioeconómicos bajos y medios bajos que en los altos (Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La dependencia en el consumo de bebidas alcohólicas es del 1.19%. Este porcentaje equivale a 276.397 personas de la población colombiana, con edades entre 12 y 65 años, estando más comprometidos los hombres que las

mujeres y los jóvenes de 18 a 24 años (Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).



Fuente: Elaboración propia con base en Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia - 2013
Población: 12 a 65 años

Figura 7. Consumo Nocivo de Alcohol

2. POLÍTICAS PARA LA ACCIÓN

El marco político en salud es una importante pauta para la comprensión del ordenamiento de las acciones en este campo; así como para la articulación de diversos fundamentos, estrategias, planes de acción y lineamientos que dan cuerpo a la estructura interventiva que desarrolla el país en el sector salud.

Para orientar el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles; resulta de particular interés contemplar las directrices brindadas por la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) y la Estrategia Nacional de Respuesta Integral al Consumo de Alcohol.

2.1. POLÍTICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD-PAIS

El objetivo de esta política es garantizar el derecho a la salud, como derecho humano fundamental, regularlo y establecer los mecanismos para su protección⁶; considerando componentes colectivos e individuales en el continuo salud-enfermedad. Este derecho se materializa en el concepto de atención integral⁷ que contempla la continuidad de “las actividades de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS], 2016, pág. 27).

De acuerdo con la PAIS, el ciudadano, con sus particularidades, es y debe ser el *centro* del sistema de salud. Este sistema debe estar dado desde el análisis y la intervención de los determinantes sociales (objeto central del PDSP). Todo esto a partir de 4 estrategias: (a) APS⁸ con enfoque familiar y

⁶ Ley 1751 de 2015, Artículo 2: Naturaleza y contenido del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. De conformidad con el artículo 49 de la Constitución Política, su prestación como servicio público esencial obligatorio, se ejecuta bajo la indelegable dirección, supervisión, organización, regulación, coordinación y control del Estado.

⁷ La integralidad definida en la política comprende la igualdad de trato y oportunidades en el acceso (principio de equidad) y el abordaje integral de la salud y la enfermedad, consolidando “las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas” (MSPS, 2016; pág. 30).

⁸ La atención primaria en salud (APS) es la estrategia básica y es la integradora entre las necesidades de la población, la respuesta del sistema y los recursos disponibles en la sociedad como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho. Una APS con enfoque de salud familiar y comunitaria (...) para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad (MSPS, 2016; pág. 32).

comunitario como orientación estratégica, (b) diferenciación territorial⁹ en función de zonas dispersas, rurales y urbanas (Art 65, Plan de Desarrollo), (c) el cuidado¹⁰ como objeto del sistema salud, (d) integración¹¹ entre entidades territoriales y entidades prestadoras de servicios en función de las prioridades territoriales (Ver Figura 8).

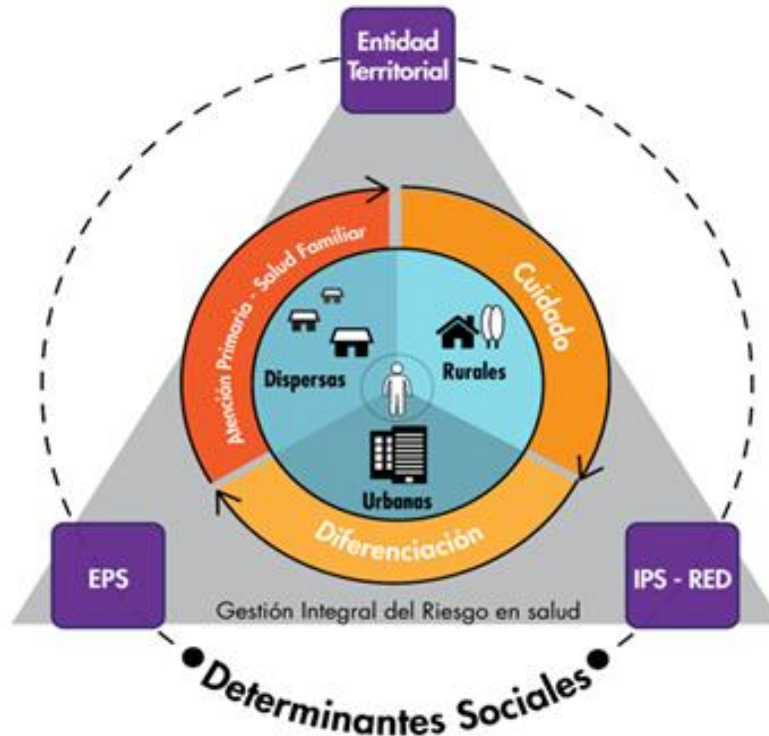


Figura 8. Representación gráfica de la PAIS

Fuente: MSPS (2016)

Esta política se operacionaliza a través del Modelo de Integral de Atención en Salud (MIAS), concebido como “el instrumento que adopta las estrategias y las transforma en procesos” (MSPS, 2016; Pág. 32); compuesto por un decálogo que incluye:

⁹El enfoque diferencial en la atención, adaptando el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles considerados como factores críticos de éxito en el desempeño del Sistema de Salud.

¹⁰ El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad.

¹¹ La gestión integral del riesgo en salud, como estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación de servicios de salud. Su finalidad es la minimización del riesgo y el manejo de enfermedad.

- i. Caracterización poblacional de acuerdo con PDSP 2012-2021: Las direcciones territoriales de salud deben partir del Análisis de la Situación de Salud (ASIS) para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales; articulando esto con la información sobre gestión del riesgo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB). Con estos insumos las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud (PTS). Una vez establecidas las prioridades deben ajustar y ejecutar el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) y liderar los procesos de gestión de la salud pública¹² (MSPS, 2016; Pág. 48).

- ii. Regulación de Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS¹³: Herramienta que define a los agentes del Sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención a partir de las acciones de cuidado que se esperan del individuo, las acciones orientadas a promover el bienestar y el desarrollo de los individuos en sus contextos de desarrollo, así como las intervenciones¹⁴ (MSPS, 2016; Pág. 49). El modelo plantea tres tipos de rutas¹⁵: (a) *Ruta de promoción y mantenimiento de la salud*: acciones e interacciones que el sistema debe ejecutar para el manejo de riesgos colectivos y protección de la salud (Cuidado)¹⁶, así como las que se esperan desde el propio individuo (Autocuidado); (b) *Ruta de grupo de riesgo*: actividades individuales y colectivas para la identificación oportuna de factores de riesgo y su intervención, tendientes a evitar la aparición de una condición específica

¹² En todo caso, el abordaje de las poblaciones seguirá el enfoque de curso de vida el ubica en el centro a las personas, familias y comunidades con el propósito de ampliar sus opciones, fortalecer sus capacidades y generar oportunidades para que elijan el tipo de vida que quieren valorar.

Además de la agrupación de las poblaciones, desde sus competencias los agentes del Sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. La definición de grupos de riesgo se hace bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) enfermedades de alto costo).

¹³ Las RIAS, incorporan en su desarrollo los conceptos de: 1, Curso de vida; 2. Ciclo vital; 3. Determinantes proximales de la salud; 4. Atención integral en salud; y 5. Autocuidado de la salud. También las RIAS incorporan: 1. Intervenciones de gestión de la salud pública; 2. Intervenciones de promoción de la salud; 3. Intervenciones individuales; 4. Hitos; 5. Indicadores de seguimiento y evaluación; 6. Responsables sectoriales.

Las RIAS incluyen cuatro componentes que se integran como segmentos del continuo de la atención: 1. Gestión de la Salud Pública, 2. Promoción de la salud, 3. Acciones en los entornos y, 4. Acciones individuales.

¹⁴ El conjunto de RIAS, PIC; PB y GPC deben cubrir la mayor parte de las contingencias de salud de la población.

¹⁵ El desarrollo de la RIAS responde a los grupos de riesgo definido para el país (16) y a los eventos específicos priorizados por cada agrupación:

¹⁶ "Promoviendo entornos saludables para lograr el bienestar y el desarrollo de los individuos y las poblaciones" (MSPS, 2016; 51)

- o para realizar un diagnóstico y una derivación oportuna para el tratamiento; y (c) *Ruta específica de atención*: aborda condiciones específicas, actividades individuales y colectivas que pueden ser realizadas en los entornos, en el prestador primario y complementario, orientadas al tratamiento, rehabilitación y paliación (MSPS, 2016; Pág. 51).
- iii. Implementación de la Gestión Integral del Riesgo en salud (GIRS): Coordinación, monitoreo y ajuste de todas las acciones intencionales y planificadas dentro de cada grupo de riesgo a partir de las RIAS. Las intervenciones están dirigidas a anticiparse en la ocurrencia de los eventos de interés en salud pública, controlar los riesgos para la salud del individuo, prevenir las enfermedades y los traumatismos, así como la discapacidad ocasionada por la enfermedad (MSPS, 2016; Pág. 51).
 - iv. Delimitación territorial del MIAS¹⁷: Implica la homologación en el encuadre territorial del modelo y de la operación de los tres agentes del sistema (Ente territorial, EAPB y Redes de prestación) con la población del territorio, desde las consideraciones propias de las características de los territorios para garantizar las condiciones de disponibilidad, suficiencia, y completitud (MSPS, 2016; Pág. 62).
 - v. Redes integrales de prestadores de servicios de salud (RED)¹⁸: Cada RED debe consolidarse para una población y un territorio de referencia, su conformación debe sustentarse en los resultados del ASIS del territorio, la caracterización de las aseguradoras y debe atender las prioridades del PTS. Toda red integral deberá tener dos componentes prestacionales: (a) *primario de prestación*, prestación de las acciones individuales, colectivas y poblacionales en salud, definidas como primarias de acuerdo a las RIAS (incluye atención comunitaria, básica y consulta especializada), y; (b) *complementario de prestación*, encargado de las acciones individuales de mayor complejidad en la atención (MSPS, 2016; Pág. 67-68).
 - vi. Redefinición del rol del asegurador: Para cumplir con los requerimientos del MIAS cada EAPB debe ser habilitada desde el punto de vista de su

¹⁷ El MIAS reconoce tres tipos de ámbitos territoriales: (a) Urbanos, (b) de Alta Ruralidad y, (c) Dispersos (MSPS, 2016; 62-63, 65-66).

¹⁸ Se define como el conjunto articulado de prestadores de servicios de salud u organizaciones funcionales de servicios de salud, públicos y privados, ubicados en un ámbito territorial definido de acuerdo con las condiciones de operación del MIAS (MSPS, 2016; 66).

- capacidad técnica en cada departamento en el cual tenga afiliados (MSPS, 2016; 77).
- vii. Redefinición del sistema de incentivos¹⁹: El Sistema de Salud deberá confluir hacia sistemas de pago que favorezcan la integralidad y calidad en la atención (MSPS, 2016; Pág. 81).
- viii. Requerimientos y procesos del sistema de información: El modelo centrado en la persona, exige la definición por parte del MSPS de un marco de referencia para la información, unificado alrededor de los requerimientos del MIAS, para que se cuente con la información que incluya sus condiciones de vida y de trabajo, factores de riesgo, uso de servicios y que pueda ser usada por la misma persona y el sistema. Para esto es necesario reconocer que los procesos que se definen en el MIAS (incluye las RIAS) están interrelacionados y sean interdependientes. Por lo anterior, se requiere un manejo veraz, oportuno, pertinente y transparente de los diferentes tipos de datos generados por todos los agentes, en sus diferentes niveles y su transformación en información para la toma de decisiones (MSPS, 2016; Pág. 82).
- ix. Fortalecimiento del Recurso humano en Salud (RHS)²⁰: Para el fortalecimiento de desarrollo del RHS se deben desarrollar acciones a nivel de cuatro ejes: (a) la formación del RHS; (b) la armonización del RHS con el esquema de cuidado integral y provisión de servicios; (c) el fortalecimiento del RHS responsable de la planeación y gestión territorial en salud y; (d) gestión, planificación y mejoramiento de condiciones laborales del RHS a nivel nacional y territorial (MSPS, 2016; pág. 83).
- x. Fortalecimiento de la Investigación, innovación y apropiación de conocimiento²¹: La investigación en salud debe orientarse a solventar las necesidades en salud de las poblaciones, el abordaje integral de los

¹⁹ Se deben desarrollar incentivos pecuniarios y no pecuniarios para los recursos humanos en salud relacionados con el desempeño, la formación y la distribución geográfica, buscando potenciar el desarrollo profesional y personal del recurso humano en salud. A su vez se deben desarrollar incentivos a los usuarios relacionados con el autocuidado, la participación en programas de gestión de riesgos, la adherencia a tratamientos, entre otros (MSPS, 2016; 81).

²⁰ Estos ejes deben articularse en los planes territoriales de salud para generar impacto real en la población.

²¹ El Modelo Integral de Atención en Salud establece 6 retos de innovación e investigación en sistemas de salud: (a) establecimiento de la rectoría del sistema de salud, (b) Estrategias que garanticen la sostenibilidad financiera del sistema de salud, (c) gestión eficiente de los recursos humanos en salud, (d) Fortalecimiento de los sistemas de información efectivos y eficientes, (e) Mecanismos efectivos de transferencia de conocimiento en políticas públicas y, (f) Investigación en el acceso, utilización y garantía de la calidad de la prestación de servicios de salud.

contextos en donde se desarrolla y las necesidades del modelo de atención como estrategia para solventar las necesidades en salud de las poblaciones y la modificación de los contextos para garantizar el derecho a la salud de los individuos (Frenk, 1994; citado por MSPS, 2016; pág. 88).

2.2. MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD: MIAS

El Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS surge, en el marco de la Política de Atención Integral en Salud²², como un modelo operacional que adopte herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. Así, el MIAS se define como un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementan la capacidad resolutoria de los servicios y permiten el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades (MSPS, 2016, pág. 30).

De este modo, el propósito del MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrollan, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del Sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo. Lo anterior exige la interacción coordinada de las entidades territoriales, los aseguradores, los prestadores y las demás entidades, que, sin ser del sector, realicen acciones sobre los determinantes y riesgos relacionados con la salud (MSPS, 2016, pág. 30). En este sentido, el Modelo pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propiciando la expansión de la libertad, fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como sujeto con capacidad de gestión de su propia vida.

Por otra parte, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con

²² El objetivo general de la Política de Atención Integral en Salud es orientar el Sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes del sistema. La política exige la interacción coordinada de las entidades territoriales a cargo de la gestión de la salud pública, los aseguradores y los prestadores de servicios. Esa coordinación implica la implementación y seguimiento de los planes territoriales de salud, los planes de desarrollo territoriales acorde con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 con los instrumentos derivados del Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018 (MSPS, 2016, pág. 30).

oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Es por ello que incluye tanto las acciones orientadas a generar bienestar, como las dirigidas hacia el mantenimiento de la salud, la detección de riesgos y enfermedad, la curación de la enfermedad y la reducción de la discapacidad.

Lo anterior se despliega bajo *cuatro estrategias*, las cuales se desarrollan en el marco de *determinantes sociales*²³:

- I. *La atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria*: la Ley 1438 de 2011 establece como definición, "La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema de Salud...". De esta forma, "La Atención Primaria en Salud se regirá por los principios de: universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad"²⁴.

Una APS con *enfoque de salud familiar y comunitaria* que sirve de interfaz entre la necesidad de desarrollo de nuevas competencias del recurso humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, la familia y la comunidad.

En este sentido, el enfoque de salud familiar y comunitaria es el conjunto de herramientas conceptuales y metodológicas que orienta, a través de procesos transdisciplinarios, el cuidado integral de la salud de la población de acuerdo con sus potencialidades, situación social y sanitaria, y el contexto territorial. Ubica las acciones del modelo de salud de acuerdo a la situación,

²³ El Estado reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicos, educacionales, de hábitat y genéticos que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la nación. Los determinantes sociales de la salud consolidan tanto los factores protectores de las condiciones de salud como las causas primarias de la enfermedad (MSPS, 2016, pág. 32).

²⁴ LEY 1438 DE 2011. "Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones"

curso de vida y entornos donde vive y se recrea la población. Orienta la articulación de acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del goce efectivo del derecho a la salud de toda la población.

- II. El cuidado: El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que las personas y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad. Se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud (Ver Figura 9).

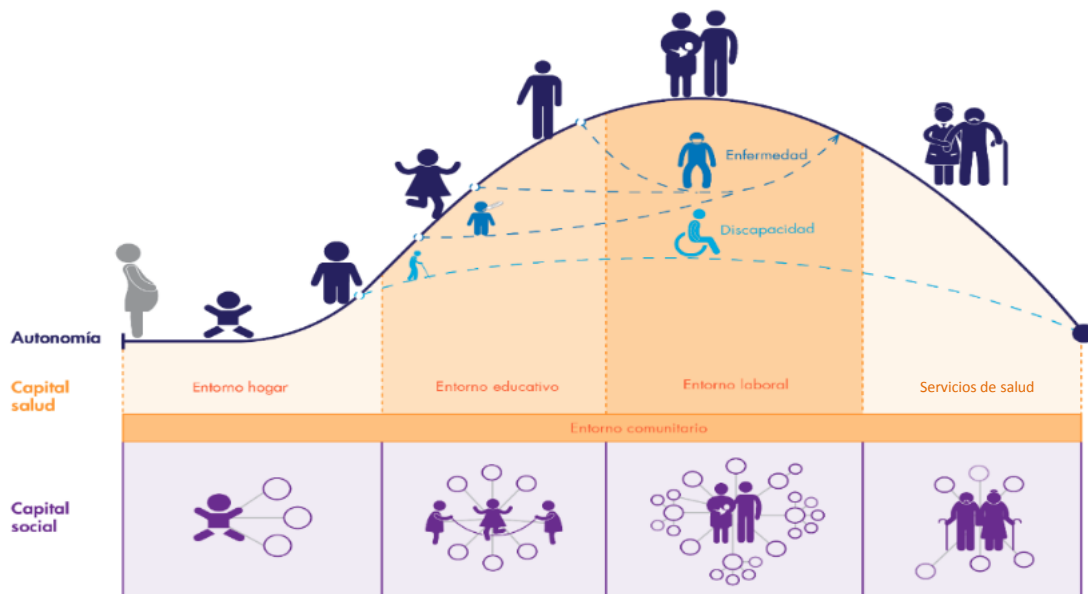


Figura 9. Curso de Vida y Cuidado de la Salud

Fuente: MSPS (2016)

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana; en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud (Organización Panamericana de la Salud & Ministerio de la Protección Social, 2006).

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud, “*el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad*” (OMS, 1998, citado en MSPS, 2016, pág. 38).

- III. La Gestión Integral del Riesgo en Salud (GIRS) tiene como objetivo minimizar el riesgo y el manejo de la enfermedad. De esta manera, es una estrategia que busca mejorar el nivel de salud de la población, mejorar experiencia de los usuarios durante el proceso de atención, y los costos acordes a los resultados obtenidos. En este sentido, es una estrategia de articulación entre la salud pública, el aseguramiento y la prestación del servicio. La GIRS tiene un componente colectivo y otro individual. El colectivo es ejecutado principalmente por la entidad territorial, articulada con las acciones adelantadas por otros sectores y con las acciones de gestión individual del riesgo que ejecuta el asegurador, integrando las intervenciones preventivas.
- IV. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones busca adaptar el modelo a las particularidades de los territorios, las características de la población y las estructuras de servicios disponibles, de esta manera permite.

Para la operación del MIAS es necesario organizar las poblaciones según el curso de vida y los grupos de riesgo que pueden afectar la salud de las personas, esto por medio de:

- a. Análisis de la Situación de Salud (ASIS), para identificar, conocer y priorizar las necesidades poblacionales. ¿Quiénes? Direcciones territoriales de salud.
- b. Caracterización poblacional de las Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB). ¿Quiénes? Los aseguradores.
- c. La información para la gestión del riesgo en salud de los afiliados o declaratoria del estado de salud.

Con los resultados de estos insumos, las entidades territoriales formulan el Plan Territorial de Salud, lo anterior acorde al Plan de desarrollo territorial. El abordaje de las poblaciones seguirá el enfoque de curso de vida el ubica en el

centro a las personas, familias y comunidades con el propósito de ampliar sus opciones, fortalecer sus capacidades y generar oportunidades para que elijan el tipo de vida que quieren valorar (MSPS, 2016).

Por otra parte, los agentes del sistema deben conformar grupos de riesgo teniendo en cuenta aquellas condiciones (enfermedades y lesiones) que se consideren prioritarias para el Sistema. Los grupos de riesgo corresponden a grupos de población con características similares en términos de eventos de interés en salud pública, que comparten la historia natural de la enfermedad y mecanismos fisiopatológicos causales, factores de riesgo etiológicos y relacionados, desenlaces clínicos similares y formas o estrategias eficientes de entrega de servicios (MSPS, 2016).

Al poseer características similares, es posible definir una respuesta social organizada y coherente, establecida como proceso de atención integral sectorial e intersectorial que permite su gestión integral. La definición de grupos de riesgo se hace bajo los siguientes criterios: a) Grupos sociales de riesgo; b) Enfermedades de alta frecuencia y cronicidad; c) Enfermedades prioritarias en salud pública; d) Enfermedades con tratamientos de alto costo; e) Condiciones intolerables para la sociedad; f) Enfermedades de alto costo. Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2016), los grupos de riesgo definidos para el país fueron 16, a los cuales se les relacionan los eventos priorizados por cada agrupación (Ver Tabla 2).

Tabla 2. Grupo de Riesgos y Eventos Específicos

GRUPO DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS
1. Población con riesgo o alteraciones cardio – cerebro – vascular – metabólicas manifiestas	Diabetes mellitus Accidentes cerebro-vasculares Hipertensión Arterial Primaria (HTA) Enfermedad Cardíaca (IAM) Enfermedad Renal Crónica
2. Población con riesgo o Enfermedad respiratoria crónica	EPOC
3. Población en riesgo o presencia de alteraciones nutricionales	Deficiencias nutricionales específicamente anemia Desnutrición Sobrepeso y obesidad
4. Población con riesgo o trastornos mentales y del comportamiento manifiestos debido al uso de sustancias psicoactivas y adicciones	Psicosis tóxica asociada a consumo SPA Dependencia Efectos agudos y crónicos sobre la salud problemas sociales agudos y crónicos
5. Población con riesgo o Problemas y trastornos mentales	Depresión Demencia Esquizofrenia Suicidio
6. Población con riesgo o alteraciones en la salud bucal	Caries Fluorosis Enfermedad Periodontal Edentulismo Tejidos blandos, estomatosis
7. Población con riesgo o presencia	Ca Piel no melanoma Ca cuello y LPC en

GRUPO DE RIESGO	EVENTOS ESPECÍFICOS	
de cáncer	Ca mama Ca Colon y Recto Ca Gástrico	diagramación Ca Próstata Ca Pulmón Leucemias y linfomas
8. Población en condición materno - perinatal	IVE Hemorragias Trastornos hipertensivos complicadas Infecciosas Endocrinológicas y metabólicas	Enfermedades congénitas y metabólicas genéticas Bajo peso Prematurez Asfixia
9. Población con riesgo o infecciones	TV: Dengue, Chikungunya, Malaria, Leishmaniosis, Chagas TS: VIH, HB, Sífilis, ETS ETA	ERA, neumonía y EDA Inmuno-prevenibles
10. Población en riesgo o presencia de zoonosis y agresiones por animales	Accidente rábico Accidente ofídico	
11. Población con riesgo o enfermedad y accidentes laborales		
12. Población con riesgo o sujeto de agresiones, accidentes y traumas	Violencia relacionada con el conflicto armado Violencia de género Violencia por conflictividad social	
13. Población con riesgo o enfermedades y accidentes relacionados con el medio ambiente		
14. Población con riesgo o enfermedades raras	Hemofilia Fibrosis quística	Artritis idiopática Distrofia muscular de Duchenne, Becker y Distrofia Miotónica
15. Población con riesgo o trastornos visuales y auditivos	Defecto refractivo (Miopía, Hipermetropía, astigmatismos) Ambliopía Glaucoma Cataratas Retinopatía del prematuro	Visión Baja Traumas del oído Hipoacusia Otitis Vértigo
16. Población con riesgo o trastornos degenerativos, neuropatías y auto-inmunes	Enfermedades neurológicas, artrosis	Enfermedades del colágeno y

Fuente: MSPS (2015)

Otro componente que hace parte del MIAS, son las *Rutas Integrales de Atención en Salud* – RIAS (Ver Figura 10), las cuales definen a los agentes del sistema (territorio, asegurador, prestador) y de otros sectores, las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención. En este sentido, el RIAS consolida las acciones tanto del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) como del Plan de Beneficios (PB), incluyendo las guías de práctica clínica

asociadas a estos. Las intervenciones incluidas se basan en la mejor evidencia disponible²⁵ (MSPS, 2016).

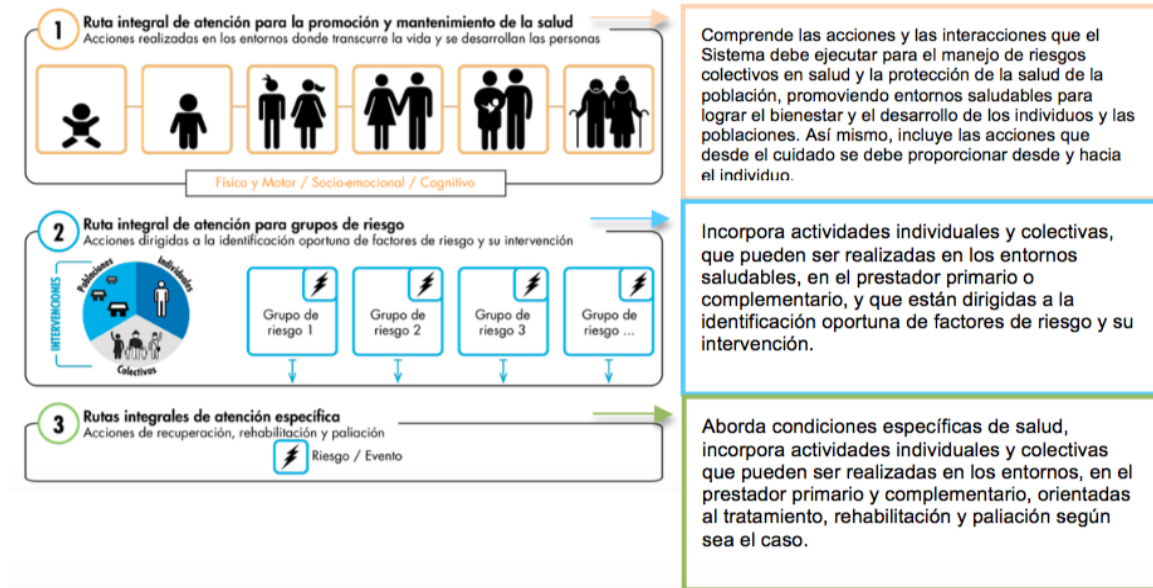


Figura 10. Rutas Integrales de Atención en Salud

Fuente: MSPS (2016)

Las RIAS, incorporan en su desarrollo los siguientes conceptos: (a) Curso de vida, (b) Ciclo vital, (c) Determinantes proximales de la salud, (d) Atención integral en salud y, (e) Autocuidado de la salud; e incluyen cuatro componentes que se integran:

- I. Gestión de la Salud Pública: se enmarca en el ejercicio de la rectoría y apunta a la generación de gobernanza en salud, buscando que las respuestas sectoriales, intersectoriales y comunitarias se desarrollen de manera articulada y orientadas al manejo de los Determinantes Sociales de la Salud. Se incorporan los procesos de la gestión de la salud pública: coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, gestión administrativa y financiera, gestión del aseguramiento, gestión del conocimiento, gestión del talento humano, gestión de las intervenciones colectivas, gestión de la prestación de servicios individuales,

²⁵ Los objetivos sociales últimos de la RIAS son las ganancias en salud y la reducción de la carga de enfermedad. Sin embargo, el objetivo transversal del modelo es la legitimidad del Sistema a través de la consolidación de la confianza del ciudadano, la pertenencia, aceptabilidad, oportunidad de la atención para la garantía del derecho a la salud. (MSPS, 2016, pág. 49).

participación social, planeación integral en salud, vigilancia en salud pública e inspección vigilancia y control (MSPS, 2016).

- II. Promoción de la salud: contribuye a garantizar el derecho a la vida y la salud mediante la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas saludables, el desarrollo de capacidades, movilización social, creación de ambientes saludables, y el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales/transectoriales y comunitarias, dirigidas a la reducción de inequidades y a la afectación positiva de los determinantes sociales de la salud (MSPS, 2016).
- III. Acciones en los entornos: los entornos son escenarios de la vida cotidiana en los cuales los sujetos se desarrollan, donde constituyen su vida subjetiva, construyen vínculos y relaciones con la vida social, histórica, cultural y política de la sociedad a la que pertenecen. Las actividades que aquí se desarrollan procuran generar entornos saludables, entendidos estos como aquellos que favorecen el desarrollo humano sustentable y sostenible; promueven el desarrollo de capacidades; contribuyen al bienestar individual y colectivo. Para lograr este objetivo se proponen acciones sectoriales e intersectoriales.
- IV. Acciones individuales: son intervenciones dirigidas al individuo, cuyo objetivo es el cambio de comportamiento en los hábitos de vida, el establecimiento de la salud, la rehabilitación o paliación, a través de intervenciones integrales en salud, dirigidas por equipos multidisciplinarios, sectoriales e intersectoriales, que se pueden desarrollar en el prestador primario, prestador complementario o en los entornos (MSPS, 2016).

2.3. PLAN DECENAL DE SALUD PÚBLICA-PDSP

El PDSP 2012-2021 señala la "ruta para fortalecer procesos participativos de análisis situacional de salud, articulación de los actores alrededor de compromisos prioritarios, integración de la salud y bienestar en todas las políticas sociales, y liderazgos efectivos de la autoridad sanitaria en todos los ámbitos territoriales" (MSPS, 2013; pág. 127) mediante: (a) el abordaje de los determinantes sociales y enfoques diferenciales en el análisis de situación de salud y la planificación a nivel territorial; (b) el fortalecimiento del sistema de

información como soporte para el análisis y toma de decisiones; (c) el fortalecimiento de las capacidades territoriales del sector, de otros sectores y de la comunidad, en planificación, coordinación, ejecución, control y evaluación; (d) la armonización de las competencias en todos los niveles territoriales, con total inclusión y participación de los actores involucrados; (e) la asistencia técnica en los territorios y; (f) el desarrollo y fortalecimiento de un sistema nacional de gestión territorial y evaluación de resultados de la salud pública (MSPS, 2013). Así pues, el PDSP establece como objetivos estratégicos, los siguientes:

- Avanzar hacia la garantía del goce efectivo del derecho a la salud²⁶: La equidad en salud es un imperativo ético para alcanzar la justicia social, un derecho inalienable de los ciudadanos y un deber del Estado (MSPS, 2013; pág. 128).
- Mejorar las condiciones de vida y salud de la población: Las condiciones de vida son los medios materiales (vivienda, servicios, trabajo, escuela, entornos, alimentación e ingresos) necesarios para la supervivencia, evitar la miseria y contribuir al desarrollo humano sostenible y saludable (Allardt, 1976; citado por MSPS, 2013; pág. 129). Están influenciadas por los estilos de vida, que son las formas sociales culturalmente aceptadas por las personas. La sinergia entre condiciones y estilos de vida se conoce como el modo de vida; circunstancias que están influenciadas por el acceso a los servicios básicos de salud y de protección social (MSPS, 2013; pág. 129).
- Lograr cero tolerancia frente a la morbilidad, mortalidad y discapacidad evitables: Entre los daños en salud existe una proporción de mortalidad, morbilidad y discapacidad que puede clasificarse como evitable, teniendo en cuenta la existencia de los servicios de salud y la tecnología necesaria, de modo que su presencia significa fallas en el proceso de atención; estos daños persisten, a pesar de la tendencia creciente en los últimos 20 años de asumir el enfoque preventivo y anticipatorio, desarrollando servicios que previenen enfermedades y mantienen la salud, además de los tradicionales (MSPS, 2013; pág. 130).

²⁶ La equidad en salud es el razonable beneficio que requiere cada individuo para el desarrollo de su potencial de vida con el goce de un bienestar integral, en ausencia de diferencias evitables e injustas (Gómez, 2002; citado por PDSP, 2014; 127)

De acuerdo con estos objetivos, el PDSP establece unas dimensiones prioritarias de Salud Pública, entre las que se destacan dos, cuyas particularidades en relación con el abordaje de las ECNT y el alcohol como factor de riesgo asociado a las mismas; representan un elemento esencial en este abordaje.

La revisión detallada de estas dimensiones de acción de la salud pública evidencia que la dimensión *vida saludable y condiciones no transmisibles* esta particularmente asociada, como su nombre lo indica, con el abordaje de los estilos de vida como factor protector y/o de riesgo de la salud en el marco del enfoque de determinantes sociales, especialmente en lo que se refiere a la aparición y evolución de las ECNT; entre estos factores se considera esencial el consumo nocivo de alcohol. Por su parte, la dimensión *convivencia social y salud mental* considera el consumo de alcohol como una problemática de orden social, cuyo abuso tiene un impacto demostrado en la convivencia. De forma consecuente con las perspectivas de cada una de estas dimensiones, se plantean componentes, objetivos, metas y estrategias acordes a la superación de las dificultades identificadas y orientadas al logro de la calidad de vida de la población (Ver [Apéndice 1](#)).

2.4. ESTRATEGIA NACIONAL DE RESPUESTA INTEGRAL AL CONSUMO DE ALCOHOL

La protección de la salud y el bienestar social de la población mediante la prevención y la reducción del uso nocivo del alcohol constituyen una prioridad global y del país, asumida mediante la Estrategia Nacional para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol en Colombia (ENRICA). Esta estrategia comparte e integra los cinco propósitos principales planteados en la estrategia mundial y contempla como objetivos específicos: (a) reducir la vulnerabilidad al consumo de alcohol en la población, (b) reducir el impacto social y de salud pública del consumo nocivo de alcohol y (c) fortalecer la respuesta institucional y comunitaria frente al consumo de alcohol y sus consecuencias (Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013).

Siguiendo la recomendación mundial, Colombia crea la Comisión Intersectorial para el Control del Consumo Abusivo de Alcohol (Decreto número 120 de 2010) y formula lineamientos de acuerdo con las 10 esferas de acción recomendadas por la OMS (Ministerio de Salud y Protección Social &

Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN], 2013, págs. 33-44). Las acciones propuestas en cada una de estas esferas se sintetizan en la Tabla 3.

Tabla 3. Acciones de la ENRICA

ESFERA	POSIBLES ACCIONES
Liderazgo, concientización y compromiso	<ul style="list-style-type: none"> • Articulación con el Plan Territorial de Reducción de la Demanda de Drogas. • Inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2011-2020 del territorio • Realización de campañas y programas de sensibilización y concientización social sobre la problemática del consumo nocivo de alcohol, orientadas a fomentar la responsabilidad ciudadana y, en particular, el compromiso de los adultos en la protección de los niños y los adolescentes. • Convocatoria a las universidades y otros centros de estudio para que desarrollen acciones investigativas y de educación en los temas de consumo nocivo de alcohol, perjuicios y acciones eficaces para contrarrestarlo. • Invitación abierta y gestiones directas por sectores para promover la cooperación de los medios de comunicación, el sector privado, las organizaciones cívicas y los organismos internacionales en las acciones preventivas y de reducción del consumo nocivo de alcohol.
Respuesta de los servicios de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de intervenciones breves en los servicios de salud para personas con consumo nocivo • Prevención, detección e intervención temprana del alcoholismo fetal, mediante la ejecución y el desarrollo de la Ley 1385 de 2010, por la cual se establecen acciones para prevenir el síndrome de alcoholismo fetal • Guía de atención integral sobre intoxicación etílica y afecciones asociadas al consumo nocivo de alcohol. • Registro y vigilancia epidemiológica de problemas de salud asociados al consumo de alcohol.
Acción comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a la realización de evaluaciones rápidas de situación para identificar la problemática de consumo nocivo de alcohol y las acciones prioritarias a nivel local y comunitario. • Movilización de las comunidades para prevenir la venta y el consumo de bebidas alcohólicas en menores de edad, y para crear y apoyar ambientes sin alcohol en inmediaciones de establecimientos educativos y de instalaciones dedicadas a la recreación, el deporte y las expresiones artísticas y culturales juveniles. • Implementación de la Estrategia "Pactos Comunitarios", que busca fortalecer la movilización y el control social del consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas en escenarios barriales. • Atención y apoyo en las comunidades a personas afectadas por problemas de consumo de alcohol y sus familias, mediante información y orientación sobre servicios de salud y/o especializados en el tema. • Apoyo a programas comunitarios para grupos en situación de riesgo y alta vulnerabilidad, y problemas como la producción y distribución de bebidas alcohólicas ilícitas o artesanales y a eventos populares en los que suele presentarse consumo excesivo de alcohol.
Políticas y medidas contra la conducción bajo los efectos del alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo al fortalecimiento técnico y operativo de las autoridades viales para mejorar el control, mediante pruebas de alcoholemia y la inmovilización preventiva de vehículos conducidos por personas alicoradas. • Desarrollo de estrategias comunicacionales orientadas a la sensibilización y la concientización ciudadana sobre los riesgos y los daños asociados a la conducción y al desplazamiento a pie por la vía pública bajo efectos del alcohol (en asocio con la Agencia Nacional de Seguridad Vial). • Apoyo a campañas, programas y otras iniciativas del sector privado para fomentar alternativas de transporte seguro para las personas alicoradas. • Acompañamiento a la formulación, implementación y seguimiento de Planes Estratégicos de consumo responsable de alcohol en establecimiento de expendio de bebidas alcohólicas (Ley 1503 de 2011)
Disponibilidad de alcohol	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación efectiva de la prohibición de expendio de bebidas alcohólicas a menores de edad

ESFERA	POSIBLES ACCIONES
Mercadeo de las bebidas alcohólicas	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación efectiva en todo el territorio nacional de la prohibición de trabajo de menores de edad en establecimientos en los que se produzcan, envasen, distribuyan, expendan o consuman bebidas alcohólicas (Decreto 120 de 2010). Esta prohibición se extiende a otros establecimientos en los que paralelamente a la venta y consumo de bebidas alcohólicas se desarrollan actividades recreacionales o de esparcimiento adulto. • Fomento de las acciones de responsabilidad social de las empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas y de la industria del esparcimiento. • Fortalecimiento de las medidas de control del consumo de alcohol en el espacio público, en el medio laboral o durante la jornada de trabajo, en los contextos educativos, en espectáculos y otros eventos masivos, y en las instalaciones de todas las instituciones y demás entidades que ofrezcan servicios sociales o en las que se realicen actividades artísticas, deportivas, culturales o educativas. • Promoción de la regulación de horarios de expendio y consumo de alcohol en zonas residenciales, comerciales y de esparcimiento identificadas como de alta vulnerabilidad e impacto potencial en términos de salud pública, seguridad, movilidad y convivencia ciudadana a nivel local. (Decreto 120/10) • Prohibición y control efectivo de la venta de bebidas alcohólicas en el espacio público y en puestos de comercio informal. • Fortalecimiento de las medidas de control al expendio de bebidas ilícitas o de contrabando, licor adulterado y bebidas artesanales. • Fortalecimiento de los controles a la publicidad de bebidas alcohólicas en horarios familiares o de alta audiencia juvenil e infantil; en contextos educativos, deportivos y culturales; en eventos con alta presencia de público juvenil e infantil; al patrocinio de equipos deportivos y grupos artísticos o culturales conformados por menores de edad; a la utilización de imágenes de adolescentes; y, en general, a la exposición de los menores de edad a cualquier tipo de publicidad de bebidas alcohólicas (Decreto 1686 de 2012). • Cumplimiento efectivo de la medida que obliga a anunciar en los envases y en la publicidad de las bebidas alcohólicas la prohibición del expendio de tales bebidas a menores de edad, de manera que en los impresos dicha prohibición sea perfectamente visible, y que en los medios sonoros el anuncio de esa prohibición sea claramente audible (Decreto 1686 de 2012) • Gestión de medidas tendientes a evitar que el patrocinio de equipos deportivos de los departamentos y los municipios • Medidas para evitar que el patrocinio de eventos populares y espectáculos deportivos o artísticos por parte de empresas productoras y distribuidoras de bebidas alcohólicas conlleve la promoción de tales bebidas o la incentivación de su consumo, particularmente entre los jóvenes.
Políticas de precios	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de acuerdos con el sector privado orientados a restringir toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, bonos de descuento, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente ("barra libre"), u otras ofertas de venta en grandes cantidades.
Mitigación de consecuencias negativas del consumo	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación del Programa Pactos por la Vida. • Apoyo a la implementación del Plan Territorial de Seguridad Vial. • Fortalecimiento de la respuesta de los servicios de salud tras los accidentes • Implementación de la estrategia Prevención selectiva de consumo de alcohol en estudiantes de secundaria • Implementación de la estrategia Prevención indicada e intervención temprana de consumo de alcohol en estudiantes universitarios
Reducción impacto del alcohol ilícito y de producción artesanal	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de las acciones contempladas en el Decreto 1686 del 9 de agosto de 2012 "Por el cual se establece el reglamento técnico sobre los requisitos sanitarios que deben cumplir para la fabricación, elaboración, hidratación, envase, almacenamiento, distribución, transporte, comercialización, expendio, exportación e importación de bebidas alcohólicas destinadas para consumo humano" • Generación de evidencia en torno a consumos ancestrales y fabricación artesanal de bebidas alcohólicas y su aplicación a estrategias de salud pública

ESFERA	POSIBLES ACCIONES
Seguimiento y vigilancia	<p>orientadas a aumentar la seguridad de la población.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica del consumo de alcohol, los factores asociados y los problemas conexos. • Estudios periódicos sobre el fenómeno de consumo de alcohol, sus factores asociados y consecuencias para la salud pública. • Diseño metodológico para investigaciones sobre costos asociados al consumo problemático de alcohol a nivel territorial. • Incorporación del sistema pluridimensional de indicadores sobre el consumo de alcohol en el territorio.

Fuente: Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia (2013)

3. PREMISAS PARA EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO DE LAS ECNT

Con base en el marco conceptual y político previamente desarrollado, las orientaciones para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4, para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, asumen cuatro premisas básicas:

- El cuidado es la meta del abordaje del consumo de alcohol en el marco de la prevención y el control de las ECNT.
- Este abordaje debe pensarse desde múltiples enfoques para abordar la diversidad desde la integralidad.
- La comunicación en salud es una estrategia de carácter social potencialmente útil para el fomento de cuidado.
- La participación social es un elemento esencial para el abordaje de problemas en salud a partir de la construcción colectiva.

3.1. EL CUIDADO: META DEL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT

El cuidado tiene un enorme potencial para evitar la aparición de ECNT así como para afectar la calidad de vida y el impacto de la atención que reciben las

personas que padecen estas enfermedades (Busdiecker, Castillo, & Salas, 2000).

Desde una perspectiva promocional, el primer deber de la persona con el sistema de salud es propender por el cuidado propio (autocuidado), el de su familia y el de su comunidad (MSPS, 2016). De igual forma, el sistema debería brindarle a las personas herramientas para adquirir esta capacidad que, vista como una habilidad para la vida, puede afectarse por los conocimientos de las personas, su disponibilidad y disposición para llevar a cabo las acciones que el cuidado implica, sus actitudes y sus hábitos (Tobon, s.f.).

El cuidado debe ser entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud del individuo, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea, es decir las responsabilidades del ciudadano consigo mismo y con la comunidad (MSPS, 2016, pág. 33).

La importancia de tener el cuidado como meta de las intervenciones en salud, es justamente brindar una respuesta a los conflictos tradicionales entre prácticas y creencias; de tal suerte que la incoherencia entre ellos (prácticas no saludables versus conocimientos saludables) pueda resolverse hacia la autodeterminación de comportamientos o estilos de vida en favor de la salud, bien sea mediante la modificación de factores de riesgo o la adopción de factores protectores, y el consecuente mejoramiento en la calidad de vida de las personas (De Roux, citado por Tobón, s.f; Grau Abalo, 2003; Ryff & Singer, 1998; Flórez-Alarcón, 2007).

Desde esta perspectiva se han planteado estrategias innovadoras en Latinoamérica para el fomento del cuidado, a saber: (a) apoyo mutuo o de pares, que favorece el cambio de conductas a través del mejoramiento de la autoestima, la autoeficiencia, el refuerzo de la salud mental, el intercambio de información y el apoyo social; (b) cuidadores informales que se basa en el apoyo de familiares o amigos y; (c) telecuidado que se fundamenta en la comunicación, apoyo y monitoreo del autocuidado por parte de profesionales a pacientes mediante herramientas tecnológicas. El impacto favorable de estas estrategias está asociado a su enfoque integral, el fomento del involucramiento interdisciplinario y la participación de la comunidad; su continuidad y sostenibilidad, el fomento de la autorresponsabilidad y su vinculación y evaluación en el marco del trabajo institucional (Sapag, Lange, Campos, & Piette, 2010).

3.2. MÚLTIPLES ENFOQUES: UN PUNTO DE PARTIDA EN EL ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL MARCO DE LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ECNT

La sociedad y las personas que la conforman son elementos claves del cambio, por lo que cobran especial importancia la fundamentación de este quehacer desde la perspectiva de determinantes sociales de la salud a partir de las labores de caracterización poblacional, territorialización de las acciones en salud y la consecuente orientación de intervenciones adecuadas a los entornos de vida (MSPS, 2013; 2016). En coherencia con esto, el enfoque de derechos y el enfoque diferencial adquieren especial importancia en el abordaje de la salud, tanto desde las directrices de PAIS como desde los lineamientos del PDSP.

Desde el *enfoque de derechos*, el derecho a la salud se reconoce como inherente a la persona, con carácter irrevocable, inalienable e irrenunciable, determinado por su carácter igualitario y universal, lo cual obedece también a su carácter de atemporalidad e independencia de contextos sociales e históricos. Este derecho se refiere al nivel

El enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso, que incluya diferentes perspectivas jurídicas, ideológicas y éticas que permitan el reconocimiento de sí mismos y del otro como sujetos de derechos a fin de promover y permitir el disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud (MSPS, 2013; pág. 39).

de salud que le permite a una persona vivir dignamente, incluyendo los determinantes básicos y, se aplica sin distinción de raza, género, religión, orientación política, orientación sexual o situación económica o social (MSPS, 2013).

Así pues, el enfoque de derechos implica la necesidad de informar y promover un diálogo público respetuoso que incluya diferentes perspectivas; evitando cualquier forma de estigma o discriminación, respetando la diversidad cultural y el pluralismo, y reconociendo la capacidad de los individuos para tomar sus propias decisiones (MSPS, 2013).

El *enfoque diferencial*, por su parte, se asume como una condición sin la cual no es posible la aplicación de un enfoque de derechos en la actuación del Estado. Este enfoque implica el reconocimiento equitativo e inclusivo de las personas como sujetos de derechos, con la capacidad para ejercer una

ciudadanía participativa que desde sus particularidades permita la toma de decisiones en la esfera íntima, privada y pública (MSPS, 2013).

Esto implica el reconocimiento de la diversidad, lo cual hace indispensable que desde la institucionalidad se realicen acciones de consulta y concertación con los sujetos, bajo los principios del reconocimiento intercultural; exigiendo a su vez, el acopio de los recursos materiales y culturales de las comunidades y el reconocimiento de las particularidades de los sujetos para dar respuesta a los derechos fundamentales de la población (MSPS, 2013). Esto

El enfoque diferencial tiene en cuenta las condiciones y posiciones de los distintos actores sociales, reconocidos como "sujetos de derechos", inmersos en particulares dinámicas culturales, económicas, políticas, de género y de etnia. Así mismo, tiene en cuenta los ciclos de vida de las personas y las vulnerabilidades que pueden conducir a ambientes limitantes, como es el caso de la discapacidad y de situaciones sociales como el desplazamiento (MSPS, 2013; pág., 42)

La comprensión de la diversidad implica pues el reconocimiento de la misma a partir de un grupo de sub-diferenciales, como son: ciclo de vida, género y pertenencia étnica (MSPS, 2013) (Ver Figura 11).

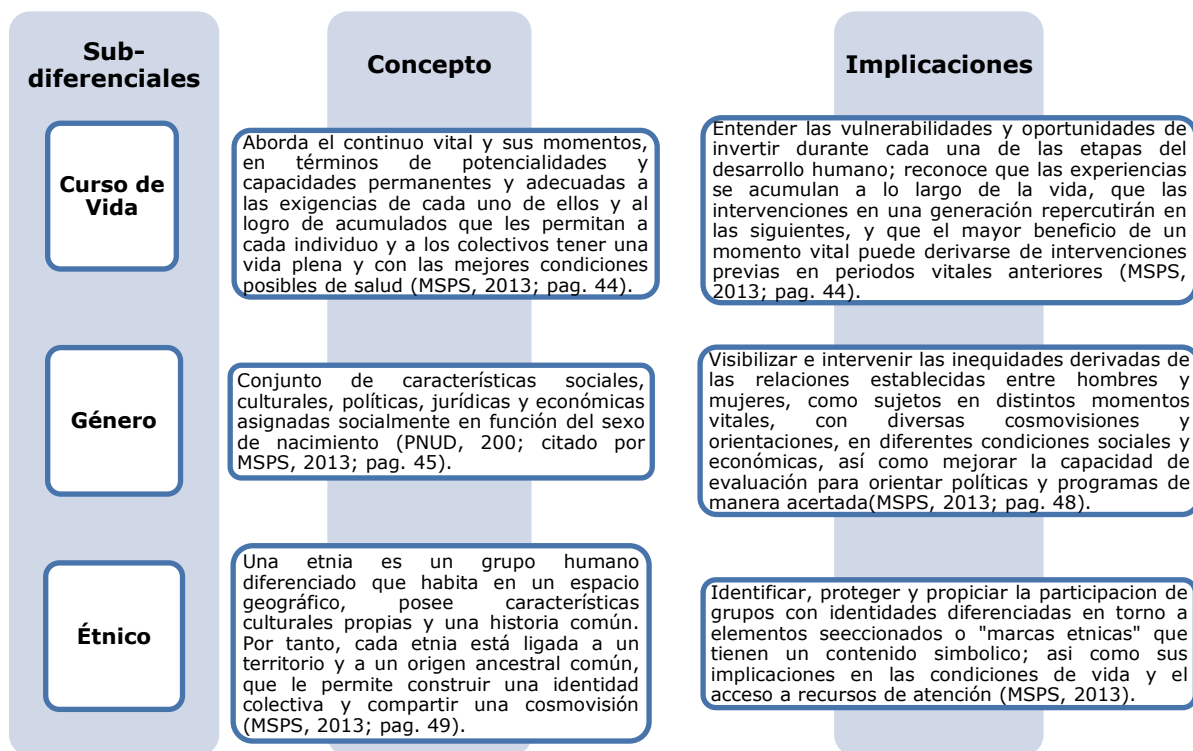


Figura 11. Enfoques subdiferenciales

Fuente: MSPS (2013)

3.3. COMUNICACIÓN EN SALUD: UNA ESTRATEGIA SOCIAL POTENCIALMENTE ÚTIL PARA FOMENTAR EL CUIDADO

El elemento esencial de la comunicación es el impacto que ésta genera en las actitudes de las personas; a través de las emociones que produce el mensaje (componente afectivo) las personas, sus creencias acerca del mensaje (componente cognitivo) y la predisposición comportamental que genera el mensaje (componente conductual) (Breton, 2007).

La comunicación como proceso social implica considerar que las personas pertenecen a una sociedad caracterizada por una estructura socio-económica determinada y una cultura específica, portadora de valores, creencias y tradiciones (Ricci & Bruna, 1990; Maque, 2005)

Estos tres elementos conforman el objeto de atención al que se deben dirigir las estrategias de comunicación en su contenido y forma. Además, atender a la selectividad de las personas, su capacidad para elegir y ser críticos en el momento de hacer una interpretación de un mensaje o de usar la información del mismo, es un elemento esencial para influenciar decisiones individuales y comunitarias que mejoren la salud, superando la tradición de transmisión de información (López L. , 2006; Coe, 1998).

Entonces la comunicación en salud resulta ser un elemento de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales que cumplan los objetivos de los programas de salud, en términos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; en tanto que este tipo de comunicación permite la diseminación de información sobre salud entre la población, incrementando directamente la probabilidad de concientización sobre aspectos específicos de la salud individual y colectiva, así como en relación con la eficacia para incidir en los determinantes sociales de la salud mediante la modificación de estilos de vida (Aguirre, 2006).

De lo anterior se deriva la importancia de aludir a la evaluación de afrontamiento en la comunicación para la salud. Esto es, no solo apelar al riesgo o daño potencial, sino también hacer alusión a la eficacia de una respuesta, un cambio para evitar dicho riesgo (De Hoog, Stroebe, & De Wit, 2007); así como a la capacidad de las personas para llevar a cabo dicho cambio (autoeficacia) (Floyd, Prentice-Dunn, & Rogers, 2000; Kranz, 2003; Cismaru, Nagpal, & Krishnamurthy, 2009).

Cabe destacar que la comunicación también es una forma de expresión cultural, que define y construye a una sociedad, por lo que la comunicación en salud va más allá de su utilidad instrumental; se constituye como en un proceso de carácter social que posibilita el diálogo de los diversos saberes en pro de la articulación de actores, para influenciar procesos de cambio que mejoren la calidad de vida de la población (López L. , 2006).

3.4. LA PARTICIPACIÓN SOCIAL: LA CONSTRUCCIÓN COLECTIVA EN SALUD

Con la Ley Estatutaria 1751 (MSPS, 2015), la participación en las decisiones del sistema de salud se convierte en un mecanismo que garantiza y protege el derecho fundamental a la salud. Lo anterior implica la participación en diferentes niveles (Ver Figura 12):

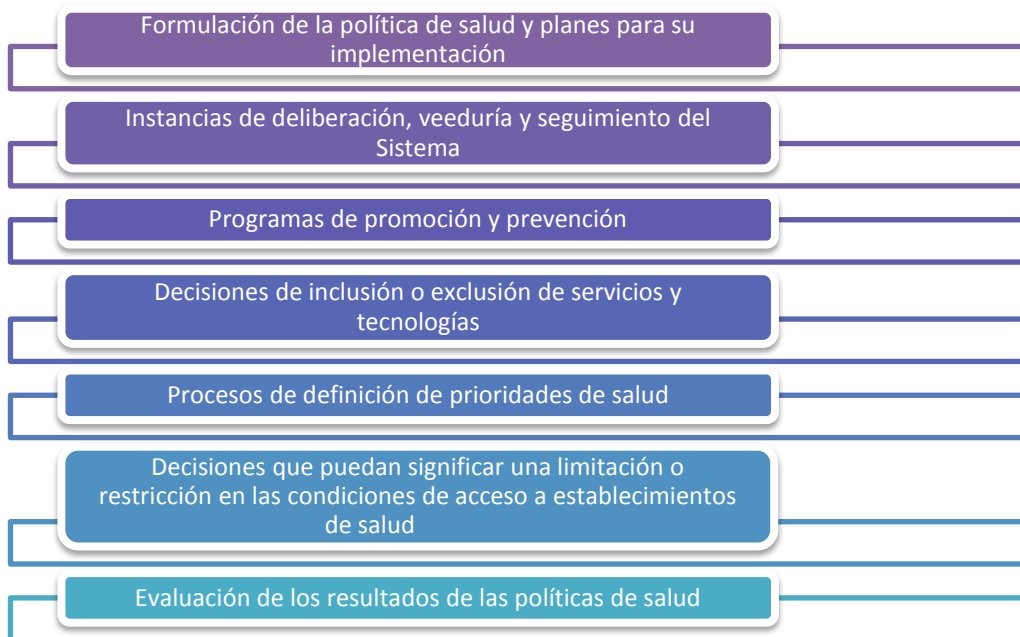


Figura 12. Niveles de participación

Fuente: Adaptado de MSPS (2015)

De acuerdo con Mac Cormak (1983), las ventajas de un enfoque de trabajo desde la participación comunitaria en salud son amplias, entre ellas están (Gatti, Villalba, Molina, & Alegría, 2006):

- El enfoque de la participación comunitaria es una manera económica de ampliar el sistema de atención sanitaria a la periferia geográfica y social de un país, aunque su costo no es insignificante.
- Las comunidades que empiezan a comprender su estado de salud objetivamente y no de manera fatalista tal vez se animen a adoptar una serie de medidas preventivas.
- Las comunidades que invierten trabajo, tiempo, dinero y materiales en actividades de fomento sanitario son más propensas a utilizar y mantener las instalaciones que van creando, por ejemplo, las de abastecimiento de agua.
- La educación sanitaria es más eficaz cuando forma parte de las actividades de la localidad.
- Los agentes de salud de la comunidad, cuando son bien elegidos, gozan de la confianza de la población.

De esta manera, es importante mencionar, que existen factores que facilitan la participación en salud, entre ellos se encuentran los relacionados en la Figura 13 (Pineda Granados, 2014):

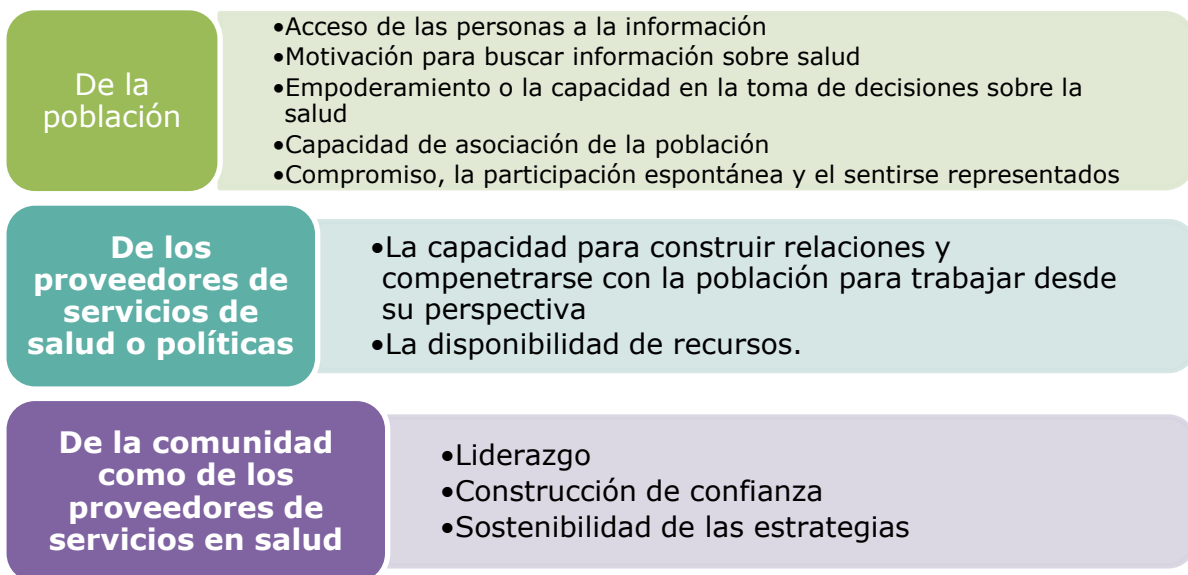


Figura 13. Factores Facilitadores en la participación en salud

Fuente: Adaptado de MSPS (2015)

En este sentido, los proyectos y acciones a desarrollar en territorio deben tender hacia el fortalecimiento de procesos participativos, donde lo fundamental sea la creación de ideas, sugerencias y propuestas, por parte de las comunidades en todas las fases del ciclo

El fortalecimiento de la participación social efectiva empodera a la población en la toma de decisiones (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

del proyecto, es decir, en el diagnóstico de necesidades, planificación, implementación, monitoreo y evaluación. Se plantea, por lo tanto, el énfasis en la participación incluyente, en donde la comunidad sea la protagonista con derecho a participar en las decisiones relacionadas con la vida social, económica, cultural, política, entre otros aspectos y, exigir una mayor transparencia, eficacia y eficiencia del Estado (López & Añez, 2005).

De esta forma, en la construcción de escenarios para la participación social en salud, es necesario evidenciar (Contandriopoulos, 2004):

- Mecanismos de medición sobre la extensión: ¿qué actores participan, cuáles no participan y por qué?
- Intensidad: en qué y cómo participan esos actores
- Modalidad: explora la dinámica y naturaleza del proceso participativo
- Impacto: eficacia social en el logro de las metas de salud y en la construcción de ciudadanía y comunidad
- Sostenibilidad: continuidad de los procesos participativos

La participación en salud impulsa estrategias de autocuidado y autogestión de la salud en los diferentes entornos (familiar, educativo, comunitario, laboral y servicios de salud), y en la “construcción e implementación colectiva de estrategias de

La participación social es el refuerzo del poder de la ciudadanía para cambiar sus propios modos de vida y ser parte activa del proceso dirigido al desarrollo de comportamientos y ambientes saludables de manera que influyan en las decisiones que afecten a su salud y a su acceso a unos servicios adecuados de salud pública (Organización Panamericana de la Salud [OMS], 2002).

evaluación y transformación de necesidades en relación a la salud individual y colectiva” (Gutiérrez, 2015). Con esta visión se reafirma de manera explícita el autocuidado como el primer deber de las personas y lo extiende al cuidado de

su familia y de la comunidad, e incentiva la autonomía profesional (MSPS, 2016).

En este sentido, es importante el desarrollo de una estrategia efectiva de participación social en temas de salud, haciendo énfasis en el consumo de alcohol como factor de riesgo para la prevención y control de ECNT, esto a partir de acciones que permitan fortalecer capacidades en la comunidad para el pleno ejercicio de sus derechos y deberes en salud.

PARTE II

HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN: ABORDAJE DEL CONSUMO DE ALCOHOL COMO FACTOR DE RIESGO EN EL MARCO DE LA ESTRATEGIA 4X4 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

1. INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE

1.1. DEFINICIÓN Y CARACTERIZACIÓN METODOLÓGICA

En el proceso de transición epidemiológica, en el que perfil de morbi-mortalidad evidencia la prevalencia e impacto de las ECNT; los hábitos de comportamiento propios de un estilo de vida, adquieren una gran importancia en el abordaje del proceso salud-enfermedad; en tanto que estos comportamientos tienen el potencial de constituirse en factores sustanciales de protección de la salud o en factores de riesgo de enfermedad y de muerte (Ortiz, 2005; Landrove Rodríguez & Gámez Bernal, 2005; Institute for Health Metrics and Evaluation, 2013).

Esta situación llama la atención sobre la necesidad de acercarse la comprensión de la naturaleza biopsicosocial de los estilos de vida desde un análisis científico que de fundamente empírico a las aplicaciones dirigidas a su manejo, control y modificación en direcciones congruentes con la promoción de la salud y con la prevención de las enfermedades (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

Se dibuja así una meta de alta complejidad que apuesta por implementar estrategias de modificación de los cuatro factores comportamentales de riesgo (Alimentación, actividad física, consumo de tabaco y alcohol) que se consideran esenciales para reducir las cifras de morbilidad y de mortalidad causadas por las cuatro ECNT de mayor prevalencia, mediante acciones que se desarrollen en diversos contextos de la vida cotidiana (Organización Paramericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OPS & OMS], 2012).

Esta meta arroja un cuadro de demandas complejas por su objetivo central (modificación de estilos de vida), en contextos de multi-dimensionalidad determinada por la presencia de múltiples factores de riesgo comportamentales; a lo cual se aúna la presencia de objetivos diversos tanto de promoción de la salud como de prevención de las enfermedades (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014).

Con un propósito de tal complejidad es indispensable adoptar un marco de intervención eficaz y eficiente que, a partir de sólidos principios teórico-metodológicos y respaldo en la evidencia empírica, provea tecnologías de intervención asimilables al contexto socio-cultural y que sean razonables por

su posibilidad de implementación a costos susceptibles de ser absorbidos sin traumatismo en diversos contextos (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014).

Adicionalmente, la intervención sobre los factores de riesgo comportamentales, típicamente integrados al estilo de vida de las personas, implica un destacado papel al componente psicológico o psicosocial en el proceso salud-enfermedad. En el caso particular de las ECNT, el comportamiento de las personas; es decir el conjunto de sus motivaciones, cogniciones y acciones, representa un reto para el desarrollo de intervenciones eficaces, dado el rol protagónico que desempeña tanto en la vulnerabilidad para enfermar como en la protección y las acciones de prevención (Grau-Abalo J. , 2016b; Grau Abalo J. , 2016a).

En este panorama, la Intervención Motivacional Breve (IMB) surge como una alternativa estratégica para el abordaje de los objetivos de promoción de la salud y de prevención de las ECNT; en tanto que se orienta a responder preguntas acerca del ¿por qué? las personas realizan un comportamiento determinado, usando para ello explicaciones centradas en el análisis del proceso motivacional humano, siendo este un factor psicológico esencial, interactuante con factores biológicos y socio-culturales de alta relevancia (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014).

Para responder al porqué de un comportamiento, la IMB parte del reconocimiento del Proceso Motivacional (PM) como una secuencia de fases que se suceden a lo largo del curso de realización de una acción, contemplando a lo largo de éste diversas variables mediadoras y constructos subyacentes al cambio comportamental. Este proceso, esquematizado en la Figura 14, se concibe desde el momento en que se percibe una necesidad que mueve el deseo hacia la realización de una acción, pasando por el procesamiento de información respecto al comportamiento en particular y la selección de una meta, hasta la planificación y ejecución de las acciones conducentes a la meta, y la subsecuente evaluación de los esfuerzos realizados y los resultados obtenidos (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014; Heckhausen & Heckhausen, 2008).

En este orden de ideas, la IMB se define como una metodología sistemática dirigida a la modificación de los factores subyacentes al proceso motivacional, con el fin de fomentar el afrontamiento emocional y el afrontamiento

instrumental requerido para la realización de acciones que resuelvan alguna necesidad relevante para la persona; se puede poner en práctica mediante la aplicación de protocolos de intervención breve, que incorporan diversos procedimientos cognitivos y conductuales de evaluación y de modificación que son coherentes con ella, en situaciones de normalidad que descartan la presencia de patologías biológicas o psicológicas interferentes con el curso auto-regulado de las acciones por parte de la persona, cuyos resultados son susceptibles de evaluación objetiva (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014, pág. 57).

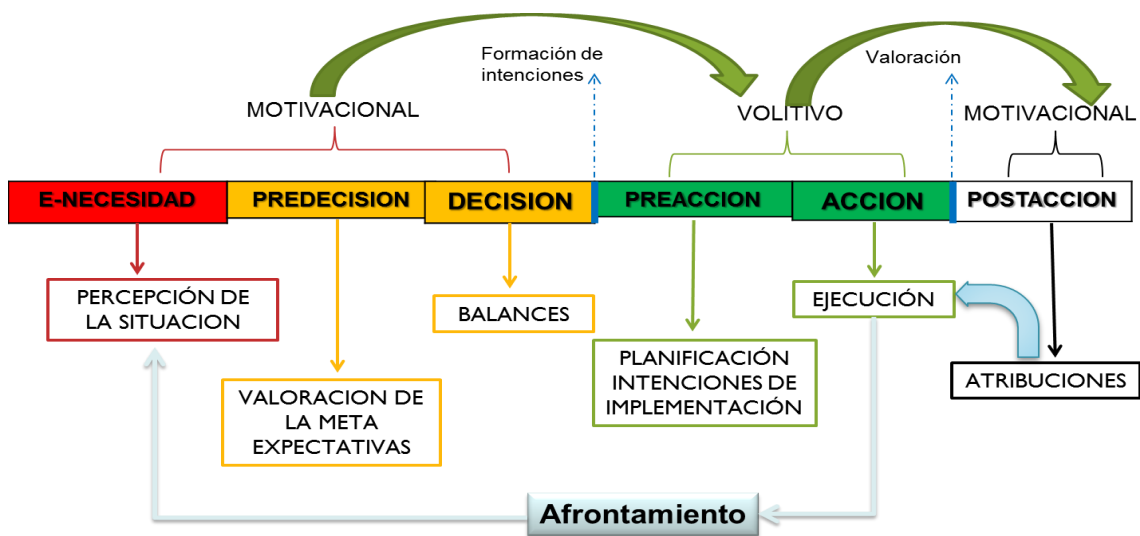


Figura 14. Representación esquemática del proceso motivacional

Consecuentemente con su fundamento en el PM, la IMB tiene dos grandes objetivos: a) el fomento de la toma de decisiones de cambio, que lleven a las personas a prepararse para el involucramiento en la práctica de una acción determinada (moderar o abandonar el consumo de alcohol, modificar la dieta, dejar de fumar, realizar actividad física, entre otros), objetivo prioritario durante la fase motivacional del comportamiento, que se materializa en intenciones expresadas a través de decisiones explícitas; y, b) la planificación de procesos de auto-regulación que les permitan a las personas llevar a la práctica sus decisiones, cuando ya han avanzado en la fase motivacional y deben pasar a la ejecución en la fase volitiva del comportamiento (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014; Claro-Galvez & Rojas-Russell, 2015).

El marco metodológico de la IMB es la Dimensión Psicológica de la Promoción y de la Prevención en Salud (DPPPS) (Flórez Alarcón, 2007); la cual integra de manera práctica las características más relevantes de los modelos psicosociales de cambio en etapas en el marco de la educación para la salud. Ésta propuesta, representada en una escalera "cognitivo-conductual", integra los supuestos formulados por modelos como el de Proceso de Adopción de Precauciones (PAP), el MTT de Prochaska y DiClemente y el Modelo de Aproximación de Procesos a la Acción Saludable (HAPA) de Schwarzer; modelos que sugieren la presencia de diversos factores psicológicos en la comprensión del proceso motivacional que hace una persona en la adquisición y mantenimiento de una conducta saludable, a través de una sucesión de etapas y unos procesos psicológicos que constituyen las barreras entre una etapa y otra, para el desarrollo de conductas saludables (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVvDH], 2014; Flórez Alarcón, 2007).

Así pues, la DPPPS propone una transición a través de siete etapas, desde el incumplimiento sistemático de una conducta (probabilidad de ejecución cercana a cero), hasta el cumplimiento sistemático de la conducta (probabilidad de ejecución cercana a uno); entre las cuales se presentan una serie de barreras de tipo cognitivo o conductual que deben ser superadas por la persona mediante la aplicación de determinados procesos psicológicos para cada etapa específica, para dar curso al PM (Flórez Alarcón, 2007) (Ver Figura 15).

Las barreras propuestas por la DPPPS son: a) expectativas de reforzamiento-resultado (B1), referidas a la necesidad de hacer una anticipación de los beneficios que pueden obtenerse con la ejecución de determinada conducta; b) controlabilidad percibida o autoeficacia (B2), que señala la importancia de fomentar la percepción de capacidad de la persona para controlar su conducta y la responsabilidad asumida por la persona en la ejecución de un comportamiento determinado; c) actitudes normativas (B3), hacen referencia a la presión social percibida por la persona y que le lleva a actuar de determinada forma o a ejecutar o no determinada conducta; d) la toma de decisiones (B4), es decir, el balance entre costos y beneficios que trae consigo la ejecución de determinada conducta; e) planificación del autocontrol (B5), referida a la planeación y ejecución de habilidades específicas relacionadas con el comportamiento que se pretende adquirir o extinguir para lograr el cambio; f) manejo de las contingencias requeridas en el autocontrol (B6), hace alusión a la ejecución de la acción propiamente dicha, suponiendo el

manejo efectivo de las contingencias situacionales requeridas por la acción y; g) atribuciones cognitivas en la post-acción (B7), referentes a las atribuciones que la persona realiza con respecto a los resultados obtenidos al practicar la conducta, y de las causas de esos resultados, causas que pueden atribuirse por la persona a la conducta (lo cual favorece la consolidación de su ejecución) o a otros factores aleatorios (lo cual debilita la probabilidad futura de ejecución de la conducta) (Flórez Alarcón, 2007).

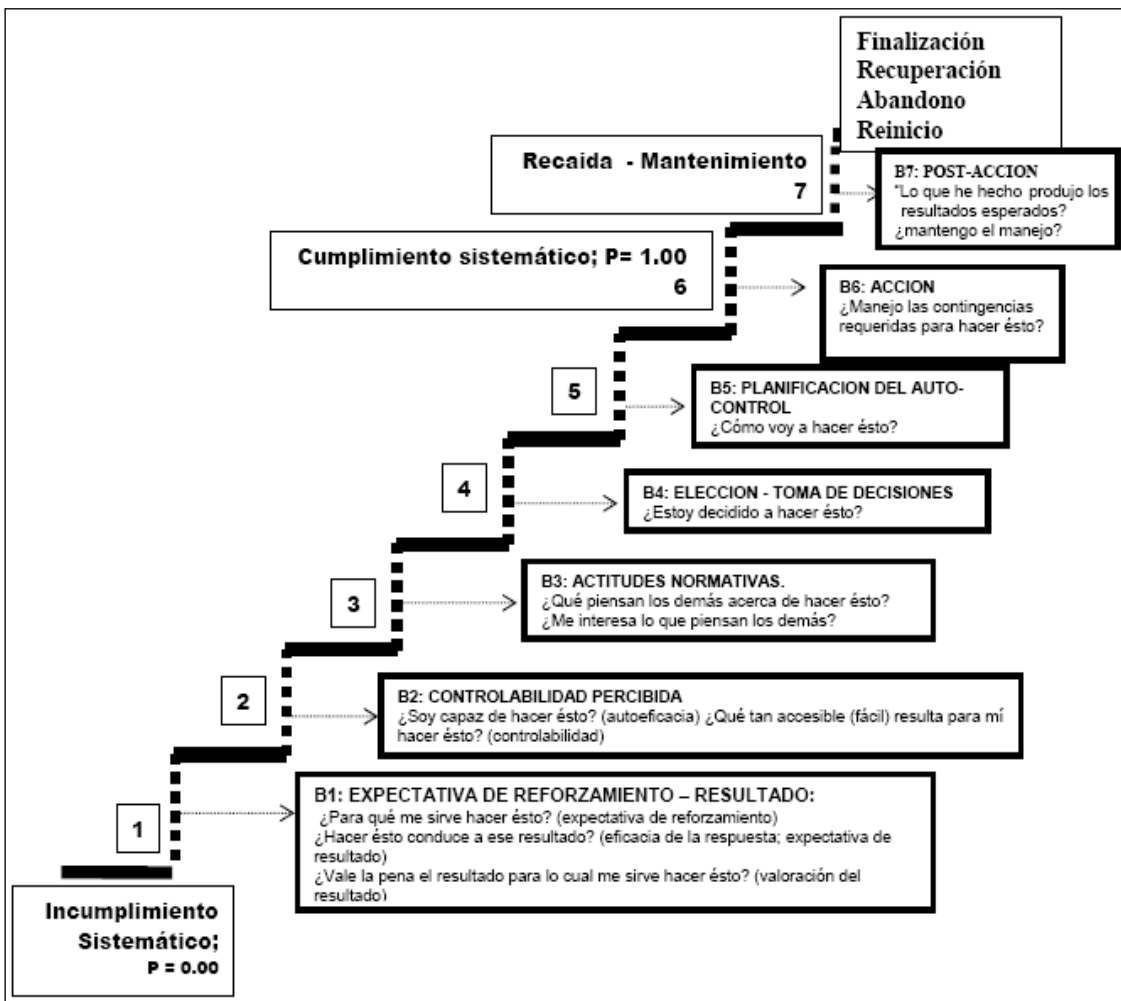


Figura 15. "Escalera Cognitivo Conductual" representación de la DPPPS
Fuente: Flórez-Alarcón (2007)

A partir de este fundamento metodológico, la IMB se adopta mediante el taller como unidad operativa. Un taller se define como un conjunto de sesiones orientadas a modificar los procesos psicológicos que subyacen a un comportamiento, especificado como meta en el objetivo particular del taller.

Consecuentemente, la modificación de los factores motivacionales (Barreras contempladas en la DPPPS) le da el contenido a los objetivos específicos de cada una de la sesiones que componen un taller y, estos a su vez, se abordan mediante el desarrollo de dinámicas de diversas modalidades para dar cumplimiento al objetivo particular de la sesión, haciendo uso de las múltiples opciones pedagógicas disponibles, así como de las tecnologías actuales en materia de información y de comunicación; acordes al contexto particular de implementación de la IMB (Velez-Botero & Flórez-Alarcón, 2015).

De forma consecuente con lo anterior, el acervo instrumental de la IMB abarca desde procedimientos cognitivos como el diálogo socrático y la entrevista motivacional, hasta procedimientos conductuales como diversas técnicas de auto-regulación del comportamiento; teniendo en cuenta la afinidad de estas aplicaciones breves por la alta especificidad de los objetivos que se buscan obtener, así como por la corta duración en sus implementaciones (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Velez-Botero & Flórez-Alarcón, 2015).

1.2. APLICABILIDAD DE LA IMB

Dado que la IMB puede enfocarse hacia cualquier comportamiento humano, con el objetivo de fortalecer las capacidades de los individuos o brindarles estrategias para el manejo de las condiciones emocionales, cognoscitivas y comportamentales que hacen parte de la vida diaria (Grau-Abalo J. , 2016c); es evidente su utilidad para intervenir sobre los estilos de vida en particular, lo que la sitúa de forma natural en el campo de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de modo que su principal foco de interés está en las personas sanas (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014; Claro-Galvez & Rojas-Russell, 2015).

Así pues, la IMB puede implementarse en diversos escenarios en función de la naturaleza de los objetivos a alcanzar, los cuales pueden ir desde la promoción de la salud y la prevención universal, hasta la prevención selectiva e indicada; por lo cual, la intervención funciona mejor cuando se ajusta a la realidad del contexto tanto en sus componentes, como en sus objetivos (Claro-Galvez & Rojas-Russell, 2015). En este orden de ideas, los escenarios particulares en los cuales es posible implementar una IMB van desde sociedades completas que reciben mensajes transmitidos a través de medios

masivos (ej. una ciudad, una región, un país), colectivos de personas identificadas por la comunalidad de un factor de riesgo (ej. una institución, un sector escolar, una empresa, un lugar de trabajo, un barrio, entre otros), o grupos de personas que comparten una problemática particular (ej. bebedores perjudiciales, madres adolescentes, pacientes con una enfermedad, entre otros) (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

Ahora bien, los productos de la IMB deben evaluarse a través de indicadores objetivos del resultado inmediato de una intervención (ej. transformación de los factores cognitivos predisponentes al comportamiento, transformación de las habilidades requeridas para la práctica del comportamiento, entre otros), de indicadores del impacto a corto plazo de la intervención (ej. cambios de comportamiento, modificación de estilos de vida, transformación de costumbres en un sector social, obtención de recursos necesarios para la acción en un sector, entre otros), de indicadores del impacto a mediano plazo de la intervención (ej. cambios en la incidencia de una problemática dentro de una población en riesgo, cambios en las prevalencias de último mes, entre otros), y de indicadores del impacto a largo plazo en la calidad de vida de un sector poblacional (ej. cambios en los indicadores de la competencia social en los egresados de un colegio, de la productividad en una empresa, entre otros) (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014; Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

La IMB ha sido ampliamente aplicada y es un sistema de intervención en constante evolución. La Figura 16, evidencia el incremento progresivo de estudios que reportan la aplicación de IMB en diversos ámbitos (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

En principio, la IMB fue aplicada para el control del consumo nocivo de alcohol, particularmente en prácticas de prevención selectiva e indicada del abuso alcohólico con poblaciones escolares y universitarias. Poco después se amplió su uso para la modificación del sexo inseguro, especialmente en poblaciones con alto riesgo de adquisición de VIH; así como para el fomento de la adhesión al tratamiento médico en la atención de personas con diversas ECNT, especialmente diabetes y enfermedades cardiovasculares. También se extendió su aplicación al entrenamiento a padres incluyen principalmente educación en prácticas de cuidado (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014).

MEDLINE (1991-2010)

	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010
Alcohol	3	12	26	47
Sexo riesgoso	1	2	4	21
Entrenamiento a padres	1	2	3	2
Adhesión al Tratamiento	1	7	13	41
Comportamiento alimentario		1	3	9
Tabaquismo		1	11	40
Drogas		4	19	36
Obesidad o sobrepeso		1	1	10
Autoprotección		1	4	11
Actividad física			8	36
Juego patológico			1	3
Estilo de vida			1	21
Violencia				6
TOTAL	6	31	94	283
Porcentaje del gran total	1,4%	7,5%	22,7%	68,4%

Figura 16. Revisión de estudios sobre IMB

Fuente: GIEVyDH (2014)

Posteriormente, las aplicaciones de la IMB se amplían del control del consumo excesivo de alcohol hacia el consumo de cigarrillo y de otras sustancias ilícitas ("drogas"), especialmente marihuana; al cambio en prácticas alimentarias en sujetos sin sobrepeso, así como a la modificación de hábitos alimentarios y el fomento de la práctica de actividad física en personas con sobrepeso; el fomento de la autoprotección en términos de monitoreo de síntomas para detección precoz de alguna enfermedad, particularmente de cáncer, así como para la vacunación y el uso del cinturón de seguridad para evitar lesiones en casos de accidentalidad vial; la prevención del juego patológico ("adicción al juego") y la modificación de algunos comportamientos de violencia familiar. El abordaje particular del estilo de vida a través de la IMB ha implicado la modificación simultánea de varios hábitos de comportamiento que constituyen factores de riesgo o de protección (Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEVyDH], 2014). Si se amplía la revisión al periodo comprendido entre 2010 y 2013, se hace notoria la consolidación de la tendencia progresiva en la aplicación de diversas modalidades de intervención motivacional en la atención de personas con ECNT (Flórez-Alarcón, Vélez-Botero, & Rojas-Russell, 2014).

2. LA COMUNICACIÓN EN SALUD COMO HERRAMIENTA ARTICULADORA

2.1. A MANERA DE ENFOQUE

A través de la historia del trabajo en la salud pública se han venido desarrollando procesos que apuntan al mejoramiento de las condiciones de vida y de salud de las comunidades, a partir del uso de herramientas de información, educación y comunicación y que buscan en esencia trazar canales de diálogo entre diferentes actores, por lo general institución y comunidad, con el propósito de poner a circular mensajes definidos como estratégicos para incrementar el bienestar del grupo social. Desde la diversidad de enfoques en los que se mueven este tipo de proyectos se pueden transitar por diversos escenarios que en algunos casos generan falsas expectativas frente a sus alcances o plantean metodologías que van en vías diferentes a las metas establecidas.

De esta forma, es importante reconocer que el modelo básico y universal de Estimulo-Respuesta (Ver Figura 17), en donde a una acción le corresponde una reacción del mismo carácter, es reconocido como el punto de partida de la Teoría de la Información.

Este modelo guarda hoy en día, todavía la verticalidad que lo caracterizó desde su origen. A pesar de sus múltiples e importantes reflexiones, los elementos que lo componen se conservan aun en muchas de las estrategias de comunicación en salud: un “público objetivo” o “blanco” como receptor; un emisor de la información que tiene el poder; y una retroalimentación, que la mayoría de veces tiene como función determinar si el mensaje ha llegado a su destinatario así como su grado de efectividad (Galeano, 1997).

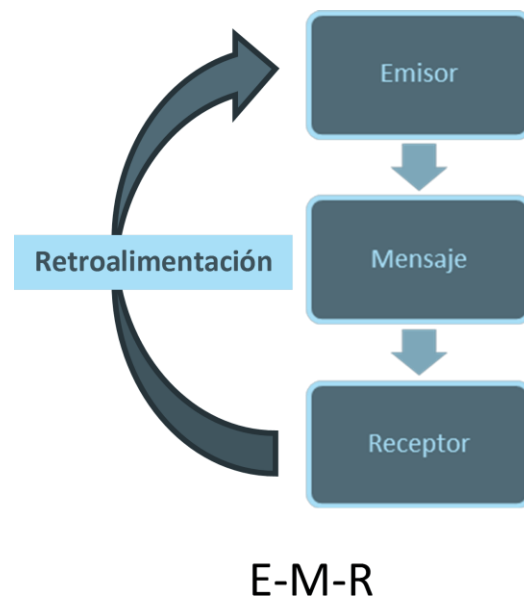


Figura 17. Modelo básico

En este orden de ideas, y sin desconocer todo el camino transitado por infinidad de investigadores de la comunicación, se propone para el objetivo de esta reflexión tomar como modelo alternativo lo que desde la práctica de la comunicación, se ha enunciado como una representación más coherente - aunque aún en desarrollo - de lo que a través de los años se ha reflexionado sobre la comunicación humana. Se propone entonces un punto de partida alternativo, el modelo de Interlocución (Calvelo, 1998) (Ver Figura 18).

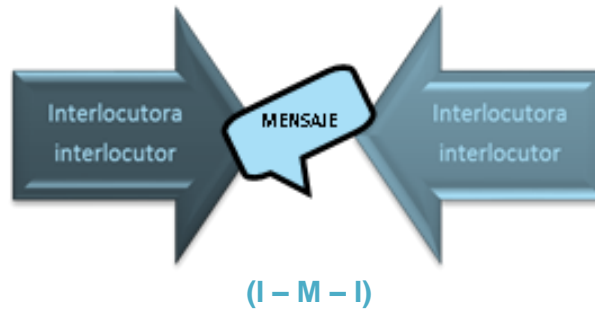


Figura 18. Modelo de Interlocución

La interpretación de este modelo es sencilla y ha estado siempre en la esencia del proceso de la comunicación: *el mensaje debe ser una construcción conjunta*. Una negociación entre individuos, que justo cuando comienzan este proceso se convierten en interlocutores e interlocutoras.

Aunque este modelo de Interlocución propone diferencias sustanciales con el modelo clásico, no se pretende desechar las herramientas que desde estas áreas se han venido desarrollando, se espera que de alguna manera sean materia prima del puente que se construye entre los/as interlocutores/as, propiciando, por ejemplo, que las comunidades con las que se trabaja hagan parte real del análisis de sus propias vidas y por lo tanto de lo que se define como el mensaje adecuado.

De manera específica, la propuesta para este punto de partida es la de reafirmar la importancia del papel que la comunicación social cumple como herramienta para mejorar la calidad de vida de las personas. Pero el énfasis particular está en la posibilidad de recoger elementos juzgados como útiles desde la práctica comunicativa en sus diferentes escenarios, con el fin de avanzar en una visión integradora de las múltiples opciones que ofrece esta disciplina y ponerla al servicio de la salud pública.

Se requiere trabajar en estrategias efectivas para desarrollar en las comunidades habilidades y destrezas en comunicación-educación y manejo de información, a fin de incrementar la capacidad de los involucrados para poner asuntos de su interés en la agenda y crear opinión pública que apoye sus iniciativas de desarrollo y gestión comunitaria. Por tanto, más que mejorar la

capacidad de transmitir información o de consumir productos de comunicación en salud, se deben favorecer las condiciones para que las personas accedan, comprendan, juzguen y utilicen información, encuentren respuestas a necesidades e identifiquen la manera de actuar efectivamente.

Retomando lo dicho frente a los modelos, se puede decir que la apuesta desde esta perspectiva quiere encontrar el camino más propicio para convertir todo proceso comunicativo en uno realmente participativo, pero no es posible descartar el uso de la información, de la transmisión de datos, como una estrategia válida en algunas partes del proceso (Ver Figura 19).

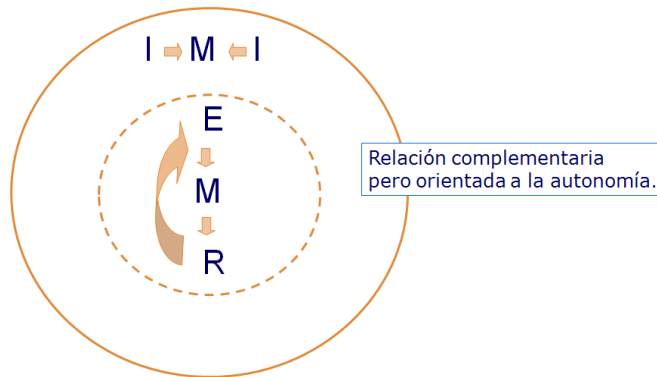


Figura 19. Modelos explicativos de la comunicación: Su relación

Dentro de un proceso de desarrollo comunitario existen diferentes momentos, cada uno de los cuales genera necesidades particulares, y es frente a esas necesidades que habrá que buscar el enfoque que mejor se ajuste, asumirlo, y llevarlo a cabo teniendo claro que, en definitiva, los proyectos de desarrollo, sea cual sea el área, son realmente efectivos cuando el respeto por el otro, a sus creencias y expectativas, son la base de toda acción.

2.2. BUENAS PRÁCTICAS PARA LA COMUNICACIÓN EN SALUD

Dentro de los procesos de comunicación orientados a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad es prioritario reflexionar sobre las implicaciones que pueden tener cada uno de los mensajes que se priorizan en el proceso. En términos generales para las campañas de bien público UNICEF (citado por UNODC, 2011) hace una serie de recomendaciones que se consideran útiles para esta propuesta. Algunas de ellas son:

- La comunicación debe generar información significativa para las personas a quienes va dirigida. El mensaje priorizado debe poder

tener sentido para la vida de las personas y lograr establecer relación con lo que la gente sabe, cree o entiende.

- Que esté pensada para el otro. La posibilidad de conocer de primera mano, dialogar, entender, construir con la audiencia, garantizará que lo que se comunice tenga sentido para estos interlocutores.
- Comprensible, simple y orientada a objetivos específicos. Medios y mensajes deben ser los pertinentes para las poblaciones, estos se definen desde el conocimiento real de los interlocutores, pensando en sus posibilidades, en sus gustos y realidades. Un buen mensaje puede no cumplir su cometido si el medio es el equivocado.
- El mensaje debe ser confiable. En la literatura en salud las referencias permiten conocer la fuente de la información y evaluar la credibilidad de la misma, para la comunicación en salud las referencias no siempre son necesarias de explicitar, pero la acción de socializar masivamente un contenido tiene una responsabilidad muy alta por parte de su emisor.
- Los medios masivos no son la única opción. Existe una diversidad de posibilidades para hacer circular los contenidos en salud, y esta debe definirse a partir de las audiencias con las que se quiere trabajar.
- Los mensajes deben partir de la cultura local, de los contextos más cercanos a las personas con las que se quiere trabajar, estos generan una proximidad que facilita la aceptación del mensaje y su posterior reflexión e incorporación en la vida cotidiana.

Para el caso de la promoción de la calidad de vida y de la prevención de enfermedades asociadas a factores de riesgo como una mala alimentación, el tabaco, la inactividad física y en especial el uso nocivo del alcohol, es importante agregar reflexiones adicionales que permitan tener en cuenta la complejidad de estas problemáticas (UNODC , 2011):

- Los mensajes deben ser coherentes con las formas de vida de las personas. Al construir mensajes que proponen estilos de vida estandarizados con los cuales la población no se sienten identificados o incluso los asumen como muy lejanos a sus realidades socioeconómicas, la respuesta tiende a ser nula y nada efectiva

frente al objetivo planteado. El reto de la comunicación en la promoción de la calidad de vida está en construir versiones coherentes de lo que puede ser el buen vivir para cada comunidad.

- Perspectiva de género. La comunicación no puede contribuir a la estigmatización de la mujer como objeto sexual o centrar la atención en su físico como única opción de ocupar un lugar en la sociedad. Las representaciones sobre lo femenino y lo masculino deben ser discutidas detalladamente y romper con los mensajes sexistas.
- Los juicios de valor estigmatizan. Tanto para el caso de las personas con algún tipo de desorden en su alimentación como para aquellos que tienen problemas con el consumo de alcohol, la estigmatización hace parte de la problemática que padecen. La comunicación no puede tener tonos moralistas, de reproche, o aleccionadores, que contribuyan a la exclusión de estas personas de sus círculos sociales y por lo tanto empeoren su situación.
- El miedo no es la mejor manera de comunicar. La evidencia que se tiene respecto a la comunicación en salud permite afirmar que los mensajes basados en el miedo que apelan a las implicaciones negativas de ciertos comportamientos y sus desenlaces dramáticos, pueden generar impacto pero no necesariamente facilitan que la audiencia pueda proyectar y materializar cambios en sus propias vidas.
- Estigmatizar a algo o a alguien no funciona. Para el caso del consumo nocivo de alcohol los mensajes que buscan posicionar imaginarios negativos sobre las personas que lo consumen tienden a fortalecer imaginarios simplistas y poco constructivos. Plantear dicotomías entre fiestero y responsable o deportista y bebedor, por ejemplo, pueden producir resultados justamente contrarios a los esperados.
- El alcohol es una sustancia psicoactiva. Y es claro que el uso nocivo de todas las sustancias psicoactivas tiene efectos negativos sobre la salud, pero también es claro que cada sustancia psicoactiva tiene efectos muy diferentes en las personas por lo que la comunicación sobre alcohol debe ser precisa sobre sus reales efectos en relación a las enfermedades crónicas no transmisibles.

En resumen, la información basada en evidencia respecto al consumo del alcohol y sus efectos en la vida de las personas debe ser la fuente permanente de las comunicaciones a desarrollar, sin apelar a exageraciones, estigmatizaciones o clichés sobre las personas que lo consumen. La orientación permanente hacia el fortalecimiento de sujetos autocríticos capaces de tener como premisa el cuidado de sí mismo y de los otros debe ser el resultado final al que contribuyan las buenas prácticas de la comunicación en salud.

3. HERRAMIENTAS PARA LA ACCIÓN

Para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, se proponen un conjunto de herramientas basadas en los principios de la IMB, articulando recursos y orientaciones de comunicación en salud para incrementar su impacto y proporcionar mecanismos precisos para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Las herramientas propuestas tienen en cuenta a los sujetos, los entornos en los que se desenvuelven y necesidades como elementos prioritarios para su desarrollo, proyectándose así como mecanismos de aporte a la consecución de objetivos tanto de promoción de la salud como de prevención de la enfermedad. La Tabla 4 presenta una síntesis de las herramientas propuestas y sus principales características.

Tomando como unidad operativa el taller, las herramientas presentadas a continuación se estructuran en sesiones, articuladas entre sí para ser desarrolladas con un espacio de mínimo 2 y máximo 10 días entre sesión y sesión. Estas herramientas se proyectan así como mecanismos de aporte a la consecución de objetivos tanto de promoción de la salud como de prevención de la enfermedad.

A continuación se presenta el protocolo de cada una de las herramientas, detallando los objetivos de cada una, la población a la que se dirige, los recursos y requisitos requeridos para su implementación; así como la descripción detallada de cómo desarrollar las sesiones que dan cuerpo a la intervención particular y las fuentes bibliográficas de consulta para profundizar en las temáticas particulares que se abordan.

Tabla 4. Herramientas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4 para la prevención y control de las ECNT

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
<p>POBLACIÓN GENERAL: Se considera prioritario que en la mayor cantidad de población colombiana se visibilice y se haga conciencia sobre la relación que existe entre los 4 factores de riesgo de la estrategia 4x4 y los Estilos de vida saludables (EVS).</p>	<p>Fortalecer en las personas la capacidad para modificar sus estilos de vida orientados al cuidado de su salud.</p>	<p>CULTIVANDO MI SER</p>	<p><i>Participantes</i> : Mínimo 1, máximo 40 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.</p>	<p>Población general.</p>	<p>Servicios de salud, Entorno Educativo, Comunitario y Laboral.</p>	<p>Posterior a procesos de fomento de cambio, como herramienta de apoyo al establecimiento de planes de adopción o modificación de estilos.</p>

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
<p>PROFESIONALES DE LA SALUD: A nivel tanto de las Secretarías Territoriales de Salud como de las EPS, IPS y profesionales en salud en general, se requiere una mayor apropiación y conocimiento sobre la estrategia 4x4; y particularmente sobre el consumo nocivo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT, tanto desde los enfoques promocional y preventivo así como de la oferta de servicios existentes.</p>	<p>Fortalecer la capacidad de profesionales de la salud y las ciencias humanas para prevenir el consumo nocivo de alcohol como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles.</p>	<p>PROFESIONALES PARA EL CAMBIO</p>	<p><i>Participantes</i> 20 personas máximo <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 60 minutos por sesión.</p>	<p>Profesionales de salud pública e IPS.</p>	<p>Servicios de salud.</p>	<p>Esta herramienta debe ser desarrollada como parte de un proceso de fortalecimiento de capacidades alrededor de los eventos de las ECNT. El profesional en salud, en el marco de la atención de las ECNT, podrá potenciar su trabajo con la población que presenta los eventos en salud.</p>

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
<p>INFANCIA (6-9 AÑOS), Niños y niñas requieren fortalecer sus habilidades psicosociales con el fin de posponer en el país la edad de inicio del consumo de alcohol. Siendo esta una de las principales metas definidas en la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente Consumo de Alcohol en Colombia, desde donde se espera que afecte positivamente el consumo nocivo de esta sustancia como también la reducción de las tasas de morbilidad de las ECNT.</p>	<p>Fomentar en los niños y niñas la identificación de los estilos de vida saludables y la toma de decisiones en favor de la práctica de los mismos.</p>	<p>COLOREANDO MI VIDA</p>	<p><i>Participantes:</i> Mínimo 8, máximo 48 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.</p>	<p>Niños Y Niñas (6-9 años).</p>	<p>Entorno Educativo, comunitario, Familiar, Salud pública.</p>	<p>Las personas involucradas en este proceso podrán abordar esta información con la población objetivo a partir del juego.</p>

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
<p>ADOLESCENCIA (10 - 14 AÑOS): Niños, niñas y jóvenes requieren fortalecer sus habilidades psicosociales con el fin de posponer en el país la edad de inicio del consumo de alcohol. Siendo esta una de las principales metas definidas en la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente Consumo de Alcohol en Colombia, desde donde se espera que afecte positivamente el consumo nocivo de esta sustancia como también la reducción de las tasas de morbilidad de las ECNT.</p>	<p>Fomentar en los adolescentes la autodeterminación para adquirir y/o fortalecer comportamientos saludables con base en el reconocimiento de los beneficios y consecuencias de los estilos de vida.</p>	<p>DESCIFRANDO LO SALUDABLE</p>	<p><i>Participantes</i> Mínimo 8, máximo 32 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión.</p>	<p>Adolescentes (10-14 años)</p>	<p>Entorno Educativo, comunitario, Familiar, Salud pública.</p>	<p>Las personas involucradas en este proceso podrán abordar esta información con la población objetivo a partir del juego.</p>

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
<p>JUVENTUD (15-18): Jóvenes requieren fortalecer sus habilidades psicosociales con el fin de posponer en el país la edad de inicio del consumo de alcohol. Siendo esta una de las principales metas definidas en la Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente Consumo de Alcohol en Colombia, desde donde se espera que afecte positivamente el consumo nocivo de esta sustancia como también la reducción de las tasas de morbimortalidad de las ECNT.</p>	<p>Fomentar en los y las jóvenes actitudes favorables con respecto a la adopción de estilos de vida saludables.</p>	<p>HABLANDO JOVEN</p>	<p><i>Participantes</i> : Mínimo 10, máximo 35 personas <i>Tiempo</i>: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.</p>	<p>Jóvenes (15 - 18 años).</p>	<p>Entorno Educativo, comunitario, Familiar, Salud pública.</p>	<p>Parte de la posibilidad de que los jóvenes puedan ser parte del diseño de mensajes. Esta herramienta debe ser desarrollada como parte de un proceso de fortalecimiento de capacidades. Las personas involucradas en este proceso podrán replicar esta información con la población seleccionada.</p>

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
<p>ADULTO JOVEN: En el entorno educativo, particularmente en las Universidades del país o en espacios comunitarios, se requiere avanzar en acciones de promoción y prevención del consumo nocivo de alcohol, de tal forma que esta población tenga la información adecuada y las habilidades psicosociales necesarias para el cuidado y autocuidado en relación a las ECNT.</p>	<p>Fomentar en los jóvenes entre 18 y 24 años actitudes favorables con respecto a la moderación en el consumo de alcohol y la práctica de estilos de vida saludables en general.</p>	<p>HACIENDO CAMINO</p>	<p><i>Participantes</i> : Mínimo 10, máximo 35 personas <i>Tiempo</i>: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.</p>	<p>Adulthood temprana.</p>	<p>Entorno Educativo y comunitario.</p>	<p>Esta herramienta puede ser desarrollada como un proceso de fortalecimiento de capacidades a cargo de profesionales de bienestar universitario y o servicios de salud.</p>

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN MOTIVACIONAL BREVE			CARACTERÍSTICA DE APLICACIÓN			
Dirigida a	Objetivo	Nombre	Logística	Con (Población priorizada)	Donde (Entorno)	Cómo (Condiciones)
MUJERES: Las tasas de morbimortalidad en relación a las ECNT en mujeres requieren que este grupo sea priorizado frente a las acciones de promoción y prevención, por lo que el consumo nocivo de alcohol debe ser visibilizado en esta población como un factor de riesgo a tener en cuenta para este tipo de enfermedades.	Fomentar en las mujeres la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el autocuidado femenino	MUJERES DE COLORES	<i>Participantes</i> : Mínimo 1, máximo 35 personas <i>Tiempo:</i> Tres sesiones, 45 minutos por sesión	Mujeres	Servicios de salud. Entorno Educativo, Comunitario, Familiar, Laboral	Esta herramienta puede ser desarrollada como un proceso de fortalecimiento de capacidades a los profesionales de los entornos educativo y laboral, servicios de salud.
	Fomentar en los asistentes la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el desarrollo de embarazos saludables.		QUERIENDO SER			

3.1. Cultivando mi Ser

Esta herramienta de intervención busca acompañar a las personas en un proceso autónomo de modificación de sus estilos de vida, por lo que el requisito para su uso es partir de etapas en las que las personas sean conscientes sobre la necesidad de un cambio o ajuste frente a sus estilos de vida. De esta forma la Intervención puede usarse como una estrategia complementaria a las otras intervenciones, facilitando que una vez las personas visibilicen y asuman una posición frente a sus comportamientos esta intervención pueda ayudar a plantear un camino para cumplir con metas relacionadas.

Objetivo general: Fortalecer en las personas la capacidad para modificar sus estilos de vida orientados al cuidado de su salud (Alimentación, Actividad Física, Consumo de tabaco y alcohol).

Objetivos específicos:

- Propiciar procesos de reflexión en cada uno de los participantes, acerca de la posibilidad de modificar sus estilos de vida.
- Favorecer la formulación de cambios autodeterminados en los estilos de vida de los participantes.

Dirigido a: Población en General, con competencias de lectoescritura y sensibilizadas sobre el tema de estilos de vida saludable.

Participantes: Mínimo 1, máximo 40 personas

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia (Opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), hojas de colores, lápices y esferos, fichas bibliográficas o tiras de cartulina, marcadores, Árbol de propósitos (Virtual o impreso) (Ver [Apéndice 2.2](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en salud, suficiente para atender a las inquietudes o comentarios de los participantes; así como conocimientos básicos acerca de IMB y el modelo PRISA-NO. Además es preciso revisar en

detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades de la misma.

Guía de la Intervención: Cultivando mi Ser

Sesión 1: Cultivando mi Ser

Objetivo Específico de la Sesión: Promover la reflexión de los asistentes en torno a sus estilos de vida.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una expectativa favorable con respecto a los beneficios que pueden obtenerse al reflexionar sobre sus estilos de vida (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Sesión 1: Cultivando mi Ser

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es “fortalecer la capacidad de los asistentes para plantear, planear y ejecutar cambios en los estilos de vida, en pro del cuidado de la salud”. Acto seguido, el facilitador debe indicar a los asistentes con que periodicidad se verán y animarlos a participar activamente.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes los acuerdos de trabajo que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera	10 minutos

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
<p>¿Cómo estoy?</p>	<p>Para iniciar la reflexión el facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4. Una vez finalizado el video el facilitador le pedirá a cada asistente pensar en un comportamiento que quiera cambiar o adquirir para mejorar su salud. Si existe un problema de salud, es recomendable orientar la reflexión a partir de esta problemática. En el caso que esta intervención se esté usando como complemento a alguna de las otras intervenciones mencionadas en el proyecto, se propone que la reflexión inicial gire sobre los resultados obtenidos en esos ejercicios anteriores.</p> <p>A cada persona se le entregará una hoja. Esta hoja se doblará en 4 al gusto de cada participante. En el centro, cada participante escribirá el comportamiento que quiere cambiar o adquirir.</p> <p>En los dobleces del papel consignará la siguiente información:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lo que piensa y lo que siente con respecto a este comportamiento. 2. Las circunstancias en las que se presenta o necesita realizar el comportamiento. 3. Las consecuencias de hacer o no hacer el comportamiento. 4. Lo que le impulsa a cambiar o adquirir el comportamiento. 	<p>Hojas de colores, lápices o esferos, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional) Video Estrategia 4x4 (Opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	<p>25 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	Es importante que los asistentes cuenten con el apoyo constante del facilitador durante este ejercicio, para orientar la elaboración de respuestas muy concretas y la construcción de un análisis detallado de su comportamiento.		
Una meta	De acuerdo con el trabajo de cada participante, se le pide que al respaldo de la hoja formule una meta de cambio (por ejemplo: moderar el consumo de alcohol, practicar actividad física entre otros).	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera	15 minutos

Sesión 2: Cultivando mi Ser

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar en los participantes la reflexión para reconocer los recursos y barreras en el proceso de modificación de los estilos de vida.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas buscan que los asistentes construyan una expectativa de autoeficacia en relación con su capacidad para reconocer los recursos y barreras individuales, sociales y del entorno, relacionadas con sus estilos de vida (Ver Tabla 6).

Tabla 6. Sesión 2: Cultivando mi Ser

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por rescatar la reflexión	Materiales elaborados en la sesión 1	5 minutos

realizada en la actividad
"¿Cómo estoy?"

El clan del cambio

Retomando el trabajo de la sesión anterior, se pide a los participantes que socialicen sus metas de cambio.

Los participantes se agrupan de acuerdo a la similitud de sus metas (por ejemplo: un grupo de personas con metas de moderación del consumo de alcohol, un grupo con metas de practicar actividad física, entre otros).

Cada grupo discutirá sobre tres aspectos:

1. Los beneficios del cambio.
2. Los recursos personales y materiales con lo que cuentan para hacer el cambio.
3. Lo que piensan las personas acerca del cambio propuesto y quienes son las personas importantes para cada uno.

Fichas bibliográficas o
tiras de cartulina
Marcadores.

25
minutos.

**Hoy por
mí y por
ti**

Esta información se consignará de forma resumida en pequeñas fichas o tiras de cartulina y cada grupo las pegará en un tablero o en una pared, proponiendo a sus compañeros opciones para manejar las dificultades para el cambio o potenciar los recursos con los que se cuenta.

El facilitador realizará en la plenaria, énfasis la autoeficacia

Tablero y marcadores,
papelógrafo o cartelera.

20
minutos.

de las personas para realizar el cambio y las normas subjetivas asociadas.

Sesión 3: Cultivando mi Ser

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los participantes la toma de decisiones y la formulación de planes de acción orientados a mejorar sus estilos de vida, con base en las reflexiones de las anteriores sesiones.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes tomen una *decisión* autónoma, a partir del análisis de los resultados de la anterior sesión, así como también la generación de un plan de acción que permita llevar a cabo la práctica seleccionada (Ver

Tabla 7).

Tabla 7. Sesión 3: Cultivando mi Ser

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las sesiones anteriores y enfatizará en la importancia de tener muy presentes las barreras y dificultades que cada uno puede tener para modificar sus estilos de vida.	Materiales elaborados anteriormente	5 minutos.
Del dicho al hecho	Se ofrece a los asistentes la plantilla del Árbol de Propósitos para que lo dibujen o lo recorten y decoren a su gusto. El facilitador entregará y explicará las instrucciones del Árbol de los Propósitos.	Árbol de propósitos (Ver Apéndice 2.2).	10 minutos.
¡Va por mi!	Una vez cada asistente tenga su Árbol construido, retomando los resultados	Hojas de colores lápices y	35 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>de las discusiones previas se propone que cada uno construya su plan de cambio.</p> <p>El primer paso será incluir en el Árbol la meta de cambio propuesta en la sesión 1, en el lado A; bien pueden escribirlo en el Árbol o en un papel de colores que se peguen a este.</p> <p>En un segundo momento, en la segunda cara del árbol (lado B) los asistentes deberán proponer opciones viables para el logro de ese propósito (por ejemplo: dejar de consumir alcohol los fines de semana, trotar 180 minutos a la semana).</p> <p>Es importante recalcar que estas opciones viables deben ser lo más puntuales posibles y deben considerar los recursos personales y materiales de cada persona.</p> <p>En el lado C del árbol, recordando la discusión de la sesión anterior (sesión 2), cada participante debe proponer su plan de cambio especificándolo con el mayor detalle posible cómo logrará el cambio, para eso deberá responder a tantas preguntas de la cara C del árbol como le sea posible.</p> <p>Finalmente, se le pide a los participantes que se propongan un plazo razonable para llevar a cabo su plan (mínimo 3 meses) y que programen un espacio (individual o grupal), para diligenciar la cara D del árbol y evaluar la medida en que logran su meta, una vez cumplido ese plazo.</p> <p>Se termina el encuentro recordándoles</p>	esferos	

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>a los asistentes que el ejercicio de cambio es constante, y que cada día puede incorporar elementos nuevos a su árbol para fortalecer el cambio que desarrollan y mejorar su salud.</p> <p><i>Nota: Si se quiere, el facilitador puede programar un encuentro posterior con los asistentes para revisar conjuntamente el desarrollo de su plan una vez cumplido el plazo establecido.</i></p> <p><i>Es importante tener en cuenta que el papel del facilitador es fundamental en la Intervención. Particularmente la definición de las metas de cambio debe ser realista y factible, por lo que el facilitador debe acompañar desde su experiencia estas definiciones, desde su formulación hasta, en lo posible, su evaluación.</i></p>		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que los participantes que asistieron al taller puedan recibir acompañamiento para fortalecer sus planes de acción y/o evaluar los resultados de estos. Esta sesión (o sesiones) pueden realizarse con una frecuencia máxima de una sesión por mes, sin que la misma supere los 60 minutos de duración.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las asistentes las habilidades para construir y ejecutar planes de acción conducentes al fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Flórez-Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud: Promoción y prevención*. Colombia: Manual Moderno.

- Flórez-Alarcón, L. (1997). Análisis de un programa de autocontrol comportamental para la promoción de la salud en población adulta. *Psicología Conductual*, 5(3), 313-344.
- Flórez-Alarcón, L. (2011). *Prisa-No: El proceso del auto-control conductual*. Material de Apoyo – Sesión 20, Diplomado Virtual Programa Pactos por la Vida.
- Flórez-Alarcón, L. (2016). *Sin prisa pero sin pausa: el acrónimo de autorregulación prisa-no*. Disponible en: <http://www.elartedesabervivir.com/programas-especiales/angeles-caidos-o-antropoides-erguidos/sin-prisa-pero-sin-pausa-el-acronimo-de-autorregulacion-prisa-no>
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In: E.T. Higgins & R.M. Sorrentino (Eds.) *European Review of Social Psychology*, Vol. 4. England: Wiley, pgs. 141-185.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54(7), 493-503.
- Mahoney, M.J. & Mahoney, K. (1981). *Control Permanente de Peso: Una Solución Total al Problema de las Dietas*. México: Trillas.

3.2. Profesionales para el Cambio

Con esta herramienta de intervención se busca propiciar la construcción de estrategias de comunicación y mecanismos diversos, con los que los profesionales vinculados al sector salud puedan informar y sensibilizar a la comunidad en la que trabajar, acerca de los factores de riesgo comportamental de las ECNT, particularmente en lo que se refiere al alcohol. A partir de este ejercicio, es posible también promover labores de territorialización de programas, estrategias y herramientas de diversa índole; fomentar el trabajo inter y transdisciplinario en el sector salud; así como la construcción de espacios de formación continua de los profesionales de este ámbito particular.

Objetivo general: Fortalecer la capacidad de profesionales de la salud y las ciencias humanas para prevenir el consumo nocivo de alcohol como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Objetivos específicos:

- Generar procesos de reflexión, discusión y construcción conjunta con los y las profesionales en torno al papel del consumo de alcohol como factor de riesgo para las ECNT.
- Identificar junto con los profesionales la importancia de fomentar en la población el reconocimiento del consumo de alcohol como factor de riesgo para las ECNT.

Dirigido a: Profesionales de la salud y las ciencias humanas vinculados al sector salud, bien sea desde la empresa privada o desde el ámbito gubernamental.

Participantes: 20 personas máximo.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 60 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (Opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Guía de Trabajo (Virtual o impresa) (Ver [Apéndice 2.3](#)), pliegos de cartulina o papel periódico, marcadores, hojas, esferos y/o lápices.

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con una amplia formación en salud, particularmente en cuanto a

ECNT; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades de la misma.

Guía de la Intervención: Profesionales para el Cambio

Sesión 1: Profesionales para el Cambio

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes la reflexión acerca de la importancia de prevenir las ECNT desde el abordaje de los factores de riesgo asociados a estas enfermedades.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa* favorable con respecto a los beneficios que pueden obtenerse al abordar los factores de riesgo de las ECNT para prevenir su aparición y controlar su evolución, específicamente el consumo de alcohol (Ver Tabla 8).

Tabla 8. Sesión 1: Profesionales para el Cambio

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es "fortalecer en los asistentes la capacidad para prevenir el consumo nocivo de alcohol como factor de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)"; considerando que el consumo de alcohol es muy común en la población colombiana y el consumo nocivo se presenta tanto en personas "sanas" como en personas con algún padecimiento.	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.	15 minutos.
	Acto seguido, el facilitador cede la palabra a los asistentes para que se presenten ante el grupo indicando su nombre, profesión u ocupación y la labor que		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>desempeñan en el territorio. Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes los acuerdos de trabajo que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, compromiso de escucha activa, evitar interrupciones o el sonido de celulares, entre otras.</p>		
<p>Pensando en Borrador</p>	<p>Para iniciar la reflexión el facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4.</p> <p>Una vez finalizado el video, el facilitador pide a los asistentes que se dividan en 4 grupos. Estos grupos pueden formarse libremente, pueden obedecer a áreas de trabajo particular (por ejemplo: Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, entre otras) o pueden organizarse en función de especialidades particulares (por ejemplo: Cardiología, Oncología, Gastroenterología, entre otros); lo esencial en la formación de estos grupos es que exista alguna afinidad entre los participantes y se adecue a la heterogeneidad u homogeneidad del grupo (según la información dada en la presentación de asistentes) para garantizar la comprensión entre los miembros de cada grupo y la posibilidad de compartir conocimiento entre ellos.</p> <p>A cada grupo se la entrega la</p>	<p>Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (Opcional) Video Estrategia 4x4 (Ver Apéndice 2.1) (Opcional) Sección 1 -Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3).</p>	<p>20 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
<p data-bbox="240 1444 407 1507">Y... ¿cómo hacemos?</p>	<p data-bbox="451 384 976 590">"Sección 1" de la Guía de Trabajo, orientando a los asistentes para que hagan una lectura rápida del contenido y respondan al interrogante planteado en el texto "¿Cómo es mi territorio?".</p> <p data-bbox="451 632 976 978">El facilitador debe aclarar que el objetivo de esta pregunta es esclarecer con qué tipo de población se trabaja en el territorio (por ejemplo: rural, urbana, indígena, campesina, entre otros) y sus principales características, así como los factores de riesgo asociados al desarrollo de ECNT en esta población.</p> <p data-bbox="451 1052 976 1188">Para finalizar el encuentro, el facilitador indica que "cada grupo tendrá 3 minutos para socializar sus respuestas".</p> <p data-bbox="451 1230 976 1398">A medida que los grupos presenten sus respuestas, el facilitador irá apuntando palabras claves de estas respuestas en un tablero, papelógrafo o cartelera.</p> <p data-bbox="451 1440 976 1650">Si lo considera pertinente, el facilitador también puede entregar un marcador a cada grupo y solicitar que -voluntariamente- alguno de sus miembros haga esta tarea.</p> <p data-bbox="451 1692 976 1934">Al finalizar la socialización, el facilitador resumirá las respuestas de los grupos para dar una caracterización general de la población con la que se trabaja en el territorio y de acuerdo a la identificación de factores de riesgo</p>	<p data-bbox="984 1377 1187 1587">Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.</p>	<p data-bbox="1243 1440 1373 1503">25 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>señalados por los asistentes debe destacar el consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.</p> <p>En este particular es importante que el facilitador señale que “el consumo de alcohol generalmente se ha abordado desde la salud mental o por el impacto social que genera, dejando un poco de lado el efecto que a largo plazo tiene el alcohol pudiendo incidir en la aparición de enfermedades crónicas”.</p> <p>A continuación el facilitador debe plantear los interrogantes “¿Es útil para la salud de la población abordar el consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT? ¿Qué podemos hacer para que la población reconozca este efecto del alcohol?”.</p> <p>Tras una breve participación, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión e invita a los asistentes para elaborar estos interrogantes con mayor profundidad en la siguiente sesión y proponer acciones al respecto.</p>		

Sesión 2: Profesionales para el Cambio

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar en los asistentes el reconocimiento de sus capacidades y condiciones contextuales para informar a la población acerca del papel del consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para informar y sensibilizar a la población sobre el papel que desempeña el alcohol en el desarrollo de ECNT (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Sesión 2: Profesionales para el Cambio

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por rescatar la reflexión realizada en la actividad "Y... ¿cómo hacemos?", destacando los intereses y propuestas planteados por los asistentes.</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	5 minutos.
¿Cómo le digo?	<p>A continuación, el facilitador pide a los asistentes que se dividan en 4 grupos, cada uno de los cuales abordará una de las ECNT más prevalentes (Cáncer, Diabetes, Cardiovasculares, EPOC).</p> <p>Estos grupos pueden ser los mismos de la sesión anterior o pueden variar si así lo desean los asistentes, resaltando que lo esencial en la formación de estos grupos es que exista alguna afinidad entre los participantes y se adecue a la heterogeneidad u homogeneidad del grupo (según la información dada en la presentación de asistentes) para garantizar la comprensión entre los miembros de cada grupo y la posibilidad de compartir conocimiento entre ellos.</p> <p>A cada grupo se la entrega una</p>	<p>Sección 2 a 5 - Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3)</p> <p>Pliegos de cartulina o papel periódico marcadores hojas esferos y/o lápices.</p>	30 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>sección de la Guía de Trabajo, orientando a los asistentes para que hagan una lectura cuidadosa del contenido y respondan al interrogante planteado en el texto “¿Cómo informar y/o sensibilizar a la población con respecto al papel del alcohol como factor de riesgo de esta ECNT?”.</p> <p>Cada grupo tendrá el reto de construir una estrategia creativa según su preferencia (por ejemplo: imagen, fanpage, infografía, copla, verso, comercial de radio, caricatura, entre otros) para explicarle a la población de su territorio, aquella con la que trabaja (tal como se caracterizó en la sesión anterior); porqué el alcohol representa un factor de riesgo para la ECNT correspondiente e identificar los recursos o barreras (estos pueden ser personales, institucionales, contextuales, humanos o materiales) para informar y sensibilizar a la población con respecto a esta relación.</p>		
<p>Construyendo juntos</p>	<p>Pasados 30 minutos, el facilitador invitará a los grupos a compartir su estrategia.</p> <p>Cada grupo presentará su propuesta en no más de 3 minutos, indicando claramente los recursos y barreras identificados para ponerla en práctica. Finalizada cada presentación todos los asistentes tendrán 2 minutos para fortalecer la propuesta presentada, tanto en</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.</p>	<p>25 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>cuanto a la forma y contenido de la estrategia, así como en cuanto a las opciones de aprovechamiento de los recursos disponibles o el afrontamiento de las barreras existentes en torno a esta labor, de acuerdo con lo señalado por el grupo que presenta la estrategia.</p> <p>A continuación el facilitador debe plantear los interrogantes ¿Podemos informar y/o sensibilizar a las personas para que reconozcan en el consumo de alcohol un factor de riesgo para las ECNT?”</p> <p>Tras una breve participación, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión e invita a los asistentes para elaborar este interrogante con mayor profundidad en la siguiente sesión y proponer acciones al respecto.</p>		

Sesión 3: Profesionales para el Cambio

Objetivo Específico de la Sesión: Orientar a los asistentes para que formulen planes de acción dirigidos a informar y sensibilizar a la población con respecto al consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen sobre las *normas subjetivas* de su contexto particular y tomen una *decisión* autónoma de informar y sensibilizar a la población sobre el papel que desempeña el alcohol en el desarrollo de ECNT; generando un plan de acción para llevar a la práctica esta elección (Ver Tabla 10).

Tabla 10. Sesión 3: Profesionales para el Cambio

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las sesiones anteriores y enfatizará en la importancia y la posibilidad real de sensibilizar y/o informar a la población con respecto al papel del consumo de alcohol como factor de riesgo para el desarrollo de ECNT.</p>	Materiales elaborados anteriormente.	5 minutos.
¿Cómo lo hago?	<p>Retomando los resultados de las discusiones previas, específicamente en torno a los recursos y barreras para llevar a cabo las estrategias propuestas, así como la importancia de abordar el consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT; el facilitador pide a los asistentes formar una mesa redonda en la cual puedan discutir, desde su experiencia laboral particular, acerca de la factibilidad de hacer parte de su trabajo diario el abordaje del consumo de alcohol un factor de riesgo para las ECNT. Para este ejercicio se tendrán dos preguntas guía:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué piensa la institución en la que trabajo acerca de esta labor? • ¿Qué gestión debería adelantar en la institución para que esta labor sea de interés? <p>En un tablero, papelógrafo o una cartelera se disponen dos</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y/o proyector y computador.	15 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Articulando el cambio	<p>columnas, una para cada pregunta.</p> <p>A continuación el facilitador dirige el proceso de reflexión grupal en torno a los interrogantes planteados y va consignando las ideas principales de las intervenciones de los asistentes.</p> <p>Para terminar el ejercicio, el facilitador hace una síntesis de las participaciones destacando las posibilidades y alternativas de acción señaladas por los asistentes.</p>	<p>Sección 6 -Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3) Hojas, esferos y/o lápices.</p>	<p>20 minutos.</p>
	<p>El facilitador pide a los asistentes reunirse en 4 subgrupos, resaltando que “dado que el consumo de alcohol generalmente se ha abordado desde la salud mental o por el impacto social que genera, dejando un poco de lado el efecto que a largo plazo tiene el alcohol en la aparición de enfermedades crónicas”, es importante conocer este trabajo y aunar esfuerzos en la prevención del consumo de alcohol.</p> <p>A cada grupo se le pide revisar la “Sección 6” de la Guía de Trabajo y responder los interrogantes allí planteados, con miras a proponer alianzas estratégicas con áreas, dependencias, instituciones o sectores que tradicionalmente trabajan el consumo de alcohol.</p> <p>Para finalizar se pide a los grupos socializar sus respuestas en no más de 2 minutos.</p>		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
El cartel del cambio	<p>A cada participante se le entrega un formato de “plan de acción” y un esfero para que relacione los pros y contras, su elección y un plan de acción en para informar y/o sensibilizar a las personas e instituciones para que reconozcan en el consumo de alcohol un factor de riesgo para las ECNT.</p> <p>El facilitador puede dar la opción de realizar este ejercicio en subgrupos en caso de que algunos de los participantes trabajen juntos (en la misma área, institución o sector), si así lo desean.</p> <p>El facilitador debe indicar a los asistentes que “de acuerdo a la identificación de pros y contras, es importante hacer una elección de si se va o no a desarrollar esta labor y; en consecuencia, definir acciones desde el quehacer profesional y/o institucional a corto, mediano y largo plazo para cumplir este compromiso”.</p> <p>Se invita a los participantes a socializar sus compromisos, si lo desean, y proponer estrategias conjuntas de acompañamiento o seguimiento.</p> <p>El facilitador debe propiciar que estas estrategias se orienten hacia el fortalecimiento de las capacidades y competencias de los profesionales, así como al establecimiento de momentos de encuentro en el mediano o largo</p>	<p>Formato de “plan de acción”-Guía de Trabajo (Ver Apéndice 2.3) lápices o esferos.</p>	<p>20 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	plazo para revisar los avances en los planes de acción formulados por los participantes.		
	Agradeciendo la participación de los asistentes, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión e invita a los asistentes a desarrollar y robustecer sus planes de acción.		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que los participantes que asistieron al taller puedan hacer seguimiento y evaluación de los planes de acción formulados o recibir capacitación complementaria para fortalecer sus habilidades de trabajo con la población. Esta sesión (o sesiones) deben propender por mantener afinidad con el enfoque de IMB.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las asistentes las habilidades de los profesionales del sector salud para prevenir y controlar las ECNT, así como para fomentar la práctica de estilos de vida saludables en la población con la que trabajan.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Babor, T.; Caetano, R.; Casswell, S.; Edwards, G.; Giesbrecht, N.; Graham, K.; Grube, J.; Hill, L.; Holder, H.; Homel, R.; Livingston, M.; Österberg, E.; Rehm, J.; Room, R. & Rossow, I. (2010). *El alcohol: un producto de consumo no ordinario. Investigación y políticas públicas*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Bolet Astoviza, M. & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Rev Cubana Invest Biomed*; 22(1):25-31.
- Castiglione, M. S. (2014). Enfermedades crónicas no transmisibles. *R. Dir. sanit.*, 15(82), 66-72
- Castro, G. D. Maciel, M. E., Quintans, L. N., & Castro, J. A. (2015). Mecanismos involucrados en el cáncer de mama por consumo de alcohol y alternativas para su prevención. *Acta Bioquím Clín Latinoam*; 49 (1): 19-37.
- Castro, J. A., Díaz Gómez, M. I. & Castro, G. D. (2006). El alcohol como toxico a largo plazo. *ATA informa*, 20 (73), pp. 16-24.

- Chacón Roger, M.; Grau Abalo, J. & Reyes Méndez, M. C. (2012). *Prevención y control del estrés laboral y el desgaste. Guía para profesionales que trabajan con enfermos crónicos avanzados*. Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Durán Agüero, S.; Carrasco Piña, E. & Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutr Hosp*; 27(4):1031-1036.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*; 14 (1), pp. 43-61.
- Guardia Serecigni, J.; Jiménez-Arriero, M. A.; Pascual, P.; Flórez, G. & Contel, M. (2007). Alcoholismo. *Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica*. Disponible en: http://ajarjaen.org/Fotos%20AJAR/guia_alcoholismo_08.pdf
- Guerra de Andrade, A. & García de Oliveira, L. Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. En: Guerra de Andrade, A. & Anthony, J. C. (2011). *El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual*. Brasil: Manole; pp. 37-66.
- Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2013). *Alcohol y el riesgo de cáncer*. Disponible: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/alcohol/hoja-informativa-alcohol#q3>
- Lumbreras García, G.; Méndez-Cabeza Velázquez, J. & Núñez Palomo, S. (2004). Factores de riesgo en la EPOC. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*; 5. Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2004m10n5/rceap_a2004m10n5a9.pdf
- Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia – 2013*. Bogotá: Observatorio de Drogas de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2014). *Análisis de situación de Salud. Colombia, 2014*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2015). *Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Alcohol. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Cáncer. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Diabetes. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2015). *Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2016). *Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación*. Disponible:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OMS.
- Plaza, V. (2011). *Neumología práctica para atención primaria*. Barcelona: Marge Medica Books.
- Solís Torres, A.; Alonso Castillo, M. M. & López García, K. S. (2009). Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*; 5 (2), pp. 1-13.
- Téllez y Cote (2006). Alcohol Etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*; 54 (1); pp. 32-47.

3.3. Coloreando mi vida

Esta intervención busca que niños y niñas identifiquen beneficios en los estilos de vida saludables, por lo cual es de suma importancia atender a las particularidades de esta población y propiciar un ambiente agradable, a través de un estilo de comunicación sencillo, claro y amistoso. La articulación con trabajo en casa, es una oportunidad de integrar a las familias de niños y niñas en la adquisición y el fortalecimiento de la práctica de estilos de vida saludables.

Objetivo general: Fomentar en los niños y niñas la identificación de los estilos de vida saludables y la toma de decisiones en favor de la práctica de los mismos.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables.
- Favorecer la formulación de compromisos para practicar los estilos de vida saludables en familia.

Dirigido a: Niños y niñas entre 6 y 9 años.

Participantes: Mínimo 8, máximo 48 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, Lotería Saludable (Ver [Apéndice 2.4](#)), colores, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), cinta, temperas, marcadores, pliegos de cartulina o papel periódico.

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía, suficiente para atender a las particularidades de niños y niñas; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Coloreando mi Vida

Sesión 1: Coloreando mi Vida

Objetivo Específico de la Sesión: Promover en los asistentes el reconocimiento de los estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes conozcan los estilos de vida saludables y construyan una *expectativa* favorable con respecto a los beneficios de tener estilos de vida saludables (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Sesión 1: Coloreando mi vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es “aprender sobre estilos de vida saludable para cuidar la salud de los que estamos aquí y de nuestras familias.		
	Por eso vamos a colorear, jugar y divertirnos”. Acto seguido, el facilitador debe indicar a los asistentes (niños y niñas) con que periodicidad se verán y animarlos a participar activamente.	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	10 minutos.
	Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes las “reglas del juego” que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.		
	Para iniciar el facilitador pide y	Tarjetas de Lotería (Ver	25 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Ser saludable	<p>orienta a los asistentes que se dividan en mínimo 4 y máximo 8 grupos, a cada uno de los cuales entregará un tablero y de la lotería y las tarjetas correspondientes.</p> <p>El facilitador debe indicar a los asistentes que “cada grupo coloreará las tarjetas y tableros recibidos, pero puede ser que algunas tarjetas y cuadros de los tableros no tengan un dibujo, así que su misión será crear los dibujos que hacen falta, para que todos podamos jugar a la lotería. Y cuando terminemos, cada grupo contará de que tratan sus tarjetas”.</p> <p>El facilitador acompañará y asesorará permanentemente a los niños mientras realizan la tarea encomendada, prestando especial atención para que aquellas tarjetas o cuadros de los tableros sin imagen, sean completados atendiendo al tema del que tratan las fichas (Alimentación, actividad física, familia, amor propio y por los otros).</p> <p>A medida que los grupos colorean las tarjetas y tableros se les pedirá que, por grupos, entreguen al facilitador los tableros y depositen las fichas en una bolsa y le cuenten a sus compañeros con una frase corta, de qué tema trataba su(s) tarjeta (s).</p>	<p>Apéndice 2.4) Colores.</p> <p>Proyector y computador (con</p>	<p>10 minutos.</p>
Construyendo juntos	<p>Para finalizar, el facilitador hará</p>	<p>Proyector y computador (con</p>	<p>10 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>una reflexión acerca de la importancia de tener estilos de vida saludable, haciendo énfasis en cómo la alimentación, la actividad física, la familia y el amor propio y por los otros; hacen parte de los estilos de vida y lo importantes que son para ser saludables.</p> <p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 y apoyado en este material fortalecer la reflexión con respecto a la importancia de practicar hábitos saludables desde casa y con la familia, invitando a los asistentes a compartir con sus familias los aprendizajes del taller.</p>	<p>parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	

Sesión 2: Coloreando mi Vida

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar en los asistentes la percepción de autoeficacia para practicar estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para tener estilos de vida saludables (Ver Tabla 12).

Tabla 12. Sesión 2: Coloreando mi vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar la importancia de la alimentación, la	Materiales elaborados en la sesión 1.	5 minutos.

actividad física, la familia y el amor propio y por los otros, como estilos de vida que permiten ser saludables.

Durante esta sesión los participantes jugarán lotería con las tarjetas previamente coloreadas y/o completadas.

Para este juego será necesario dividir a los niños en mínimo 4 y máximo 8 grupos. Si son 4 grupos, a cada uno se le entregarán dos tableros, que correspondan al mismo color, y por lo tanto al mismo tema.

El facilitador tiene el total de las tarjetas del juego (48) y debe barajarlas muy bien que queden muy bien mezcladas.

Jugando y aprendiendo

El juego entre los equipos consiste en que el grupo o niño que termine de completar sus cartones ganará. Y para completarlos es necesario que el facilitador seleccione y muestre una a una las 48 tarjetas con las que viene la lotería.

Lotería Saludable (Ver [Apéndice 2.4](#)). 30 minutos.

Es importante que el facilitador anime a los asistentes para desarrollar el juego y se prepare previamente para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir en los niños al desarrollar el juego y en torno a los contenidos del juego mismo con respecto a cada uno de los estilos de vida allí abordados.

¡Si se puede!

Para finalizar el encuentro, el facilitador preguntará a los asistentes ¿Cómo podemos ser saludables? el Tablero y los marcadores, ser papelógrafo o cartelera. 10 minutos.

A partir de las respuestas de los asistentes, el facilitador orientará la reflexión sobre cómo todos pueden ser saludables haciendo alusión a los contenidos y prácticas abordados por la lotería en torno a cada tema tratado (alimentación, actividad física, familia y el amor propio y por los otros).

Sesión 3: Coloreando mi Vida

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes el establecimiento de compromisos para tener estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen sobre las *normas subjetivas* familiares y propongan *decisiones* autónomas para adquirir y/o fortalecer sus estilos de vida, específicamente en lo que se refiere a la alimentación, la actividad física, la familia y el amor propio y por los otros (Ver Tabla 13).

Tabla 13. Sesión 3: Coloreando mi Vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por destacar la importancia de cuidar de los estilos de vida (alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros) para ser saludables.</p> <p>Es de utilidad que el facilitador cuente con los tableros resueltos por los asistentes en la sesión anterior, para hacer especial énfasis en los temas abordados mediante el juego.</p>	<p>Materiales elaborados en las sesiones anteriores.</p>	5 minutos.
Mural saludable	<p>El facilitador dispondrá en las paredes, a manera de exposición cada uno de los tableros de la lotería organizados por temas (alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros), tal como fueron resueltos en la sesión anterior.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera y cinta temperas marcadores</p>	15 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>pliegos de cartulina o papel periódico.</p> <p>pliegos de cartulina o papel periódico.</p> <p>deben tener los siguientes títulos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En mi casa la alimentación es... • En mi casa el juego es... • En mi casa cuidar el cuerpo es... • En mi casa la familia es... <p>El facilitador pide y asiste a los niños para que, por grupos, pasen a revisar cada tablero y completen la frase de los carteles contando cómo se vive cada uno de los temas en su casa.</p> <p>Es importante que el facilitador indique que "cada niño o niña puede completar a frase en cada cartel, para esto pueden usar marcadores y o temperas, y pueden dibujar o escribir; lo importante es plasmar su experiencia en casa con respecto a cada tema (alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros, para ser saludables)".</p> <p>Así mismo, es relevante que el facilitador anime a los asistentes para participar y esté atento a las respuestas de los niños y niñas, para al finalizar hacer una breve reflexión en torno a estas respuestas; haciendo énfasis en el potencial que cada familia tiene para ser saludable.</p>	<p>pliegos de cartulina o papel periódico.</p>	<p>20 minutos.</p>
<p>Mi deseo es...</p>	<p>A partir del ejercicio anterior y retomando las reflexiones realizadas en las sesiones anteriores, el facilitador entrega a cada uno de los asistentes un formato para formular un deseo, el cual se plantea durante la sesión, y un compromiso, para construir en casa con la familia.</p>	<p>Lotería-Formato "Trabajando con mi familia" (Ver Apéndice 2.4) Esferos y/o</p>	<p>20 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
La misión posible	<p>Para este ejercicio el facilitador indicará lápices, colores . "Como hemos visto, hay varias cosas que podemos hacer para ser saludables; ahora vamos a proponernos como ser más saludables y para eso vamos a escribir en el formato nuestro deseo, qué queremos lograr en alimentación, actividad física, familia y amor propio y por los otros, para ser saludables. Pero solo vamos a trabajar ahora el deseo, lo cada uno quiere".</p> <p>Es importante que el facilitador esté atento a cualquier comentario de los niños y niñas, así como para que solo diligencien el espacio para formular el "deseo" y dejen libre el espacio del "compromiso".</p> <p>Paralelamente, el facilitador invitará a los niños y niñas para que al respaldo de la hoja dibujen algo de su gusto, de preferencia, un dibujo que represente los deseos que formularon, cómo quieren ser.</p>		
	<p>Para finalizar, el facilitador indicará a los asistentes "¡Tenemos una misión! Cada uno se llevará esta hoja para su casa para completar el espacio que hace falta.</p>		
	<p>La misión es compartir con cada una de nuestras familias lo que hemos trabajado durante el taller y con su ayuda, formular un compromiso para lograr los deseos que cada uno formulo; es decir, con la familia cada uno revisará cómo puede lograr los deseos que se propuso, qué debe hacer, cómo ayudará la familia".</p>		10 minutos.
<p>Para esto, es deseable que el facilitador promueva que los niños y niñas guarden bien el formato y animarlos para compartirlo con su familia; así como para conservarlo en un lugar visible de la casa después de diligenciar los compromisos, de tal forma que se constituya en un recordatorio y una</p>			

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	motivación para toda la familia.		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Objetivo Específico de la Sesión: Realizar un seguimiento a desarrollo de los compromisos formulados por los niños y niñas.

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que participen tanto niños y niñas, como sus familiares, para revisar los avances en los deseos y compromisos formulados por los niños. Esta sesión puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que las familias y los niños estén enterados y puedan procurar reservar el tiempo requerido, así como salvaguardar el formato “trabajando con mi familia” para usarlo durante esta sesión (Ver Tabla 14).

Tabla 14. Sesión 4 (Opcional): Coloreando mi Vida

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador hará un breve resumen del trabajo realizado con los niños y niñas en el taller y, en lo posible, propiciará la interlocución de los niños para fortalecer este ejercicio.</p> <p>Es de utilidad que el facilitador cuente con los materiales elaborados (lotería, carteles) por los asistentes, para hacer especial énfasis en los temas abordados.</p>	Juego de Lotería resuelto Carteles diligenciados.	10 minutos.
¿Cómo nos fue?	<p>El facilitador pedirá a los asistentes que se organicen por familias.</p> <p>Cada familia tendrá un reto, con base</p>	<p>Lotería-Formato “Trabajando con mi familia” (Ver Apéndice 2.4)</p> <p>Hojas blancas</p>	20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>en el formato “Trabajando con mi familia”, deberá planear una forma creativa (copla, mímica, comedia, teatro, poema, canción, entre otros) de contarle a los demás asistentes, en no más de 2 minutos, lo que ha sucedido con los deseos formulados y los compromisos pactados.</p>	esferos y/o lápices.	
Así fue	<p>A continuación, el facilitador invitará a los asistentes a compartir su experiencia a través de la representación creada.</p> <p>Al finalizar las representaciones, el facilitador propiciará una reflexión en torno a la importancia de comprometerse en familia para fomentar hábitos saludables, así como de mantener, retomar o iniciar esos deseos y compromisos formulados por los niños y niñas y sus familias.</p>		15 minutos

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?*. Disponible: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Promover hábitos y estilos de vida saludables es una de las prioridades del Ministerio de Salud*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Promover-habitos-y-estilos-de-vida.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Familia y Comunidad en la Atención Integral en Salud para la primera infancia, la infancia y la adolescencia*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Familia-y-comunidad.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/a-bc-alimentacion-saludable.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Política pública de familia*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Familia.aspx>
- OPS-OMS (s.f). *Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela*. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>

3.4. Descifrando lo Saludable

Esta intervención busca que la población adolescente reconozca en los estilos de vida saludables beneficios a corto, mediano y largo plazo; generando opciones viables para el cuidado de su salud a partir de la implementación de estos estilos de vida. Dadas las características particulares de la población a la que se orienta la intervención, es de suma importancia propiciar un ambiente agradable y centrado en la eficacia de practicar estilos de vida saludables en lugar del riesgo de no practicarlos; así como usar un estilo de comunicación empático y fomentar la participación activa.

Objetivo general: Fomentar en los adolescentes la autodeterminación para adquirir y/o fortalecer comportamientos saludables con base en el reconocimiento de los beneficios y consecuencias de los estilos de vida.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables.
- Favorecer la formulación de cambios autodeterminados en los estilos de vida de los participantes.

Dirigido a: Niños y niñas entre 10 y 14 años.

Participantes: Mínimo 8, máximo 32 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, Juego EmparejaDos (Ver [Apéndice 2.5](#)), hojas blancas, cinta, colbón o pegastic, lápices o esferos, hojas blancas, pliegos de cartulina o papel periódico,

marcadores y/o temperas, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía, suficiente para atender a las particularidades de niños y niñas; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Descifrando lo Saludable

Sesión 1: Descifrando lo Saludable

Objetivo Específico de la Sesión: Promover en los asistentes la formación de expectativas con respecto a los estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reconozcan los estilos de vida saludables y construyan *expectativas* con respecto a los beneficios de tener estilos de vida saludables y las consecuencias de no tenerlos (Ver 15).

Tabla 15. Sesión 1: Descifrando lo Saludable

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre y explicando que el objetivo del taller es "propiciar el reconocimiento y evaluación de los estilos de vida saludable y como a través de ellos es posible disfrutar y cuidar de la vida".</p> <p>Acto seguido, el facilitador debe indicar a los asistentes (niños y niñas) con qué periodicidad se verán y animarlos a participar activamente.</p> <p>Si se quiere, el facilitador puede</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
EmparejaDos	<p>aprovechar este momento para usar una dinámica o juego de activación y/o presentación que motive a los asistentes para participar en la sesión.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes las "reglas del juego" que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>		
	<p>Para iniciar el facilitador pide y orienta a los asistentes que se dividan en mínimo 4 y máximo 8 grupos.</p> <p>A cada grupo se le entregará un juego de 8 a 16 tarjetas (4-8 imágenes y 4-8 frases). Cada juego de tarjetas corresponde a un estilo de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco).</p> <p>El facilitador indicará a los jóvenes que "el juego entre los equipos consiste en unir o juntar la ficha de una imagen con la frase que le corresponde y cada grupo tiene máximo 15 minutos para hacerlo, cuando terminen deben gritar a coro 'emparejados', en ese momento me acercare para verificar que las parejas sean correctas".</p> <p>Es importante que el facilitador apoye y oriente constantemente a</p>	<p>EmparejaDos (Ver Apéndice 2.5)</p> <p>Hojas blancas, cinta, colbón o pegastic, lápices o esferos.</p>	<p>35 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>los grupos para verificar que el emparejamiento sea correcto y se aclaren las dudas a las que haya lugar en el proceso.</p> <p>Cuando un grupo termine al verificar las parejas, en caso de existir errores, el facilitador debe señalar específicamente la o las parejas que no coinciden; más no debe indicar la respuesta correcta y debe orientar la revisión para que los asistentes reflexionen sobre el ejercicio y hagan los ajustes del caso.</p> <p>A medida que cada grupo termine el emparejamiento y se verifique que sea correcto, el facilitador registrará el orden en que terminan para sortear los retos la siguiente sesión y pedirá que peguen las tarjetas organizadas en una hoja blanca, marcada con sus nombres al respaldo.</p> <p>Para finalizar la sesión, el facilitador recoge el material elaborado en la sesión, marcando las hojas con el orden en que cada grupo resolvió el emparejamiento. Acto seguido plantea una reflexión en torno a los estilos de vida que se abordaron en el juego (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco), definiéndolos con precisión y de forma breve.</p>		

Sesión 2: Descifrando lo Saludable

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes el reconocimiento de capacidades propias y las condiciones del contexto para practicar estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para tener estilos de vida saludables y reflexionen sobre las *normas subjetivas* que facilitan o dificultan la práctica de estos estilos (Ver Tabla 12).

Tabla 16. Sesión 2: Descifrando lo Saludable

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar los beneficios identificados de los estilos de vida abordados en el juego EmparejaDos.</p> <p>Es importante que el facilitador anime a los asistentes para participen activamente en este resumen y se prepare previamente para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir por parte de los asistentes en torno a los contenidos del juego con respecto a cada uno de los estilos de vida abordados en el juego.</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	10 minutos.
La verdad... y ise atreve!	<p>El facilitador solicitará y orientará a los asistentes para organizarse en los mismos grupos de trabajo de la sesión anterior. Acto seguido, a cada grupo se le entregan las tarjetas con las que jugaron en la sesión anterior. Con los grupos conformados, de acuerdo al orden en que se entregaron las tarjetas emparejadas correctamente, el facilitador les da la opción de elegir una tarjeta nueva (Tarjeta de reto).</p>	Tarjetas de reto-Juego EmparejaDos (Ver Apéndice 2.5). Hojas blancas Lápices o esferos.	20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
El reto del estilo	<p>Después de entregar las tarjetas de reto, el facilitador debe indicar a los asistentes que “Vamos jugar ‘la verdad y se atreve’ con la información obtenida al aparear las tarjetas en la sesión anterior, cada grupo debe preparar el reto de la tarjeta nueva y compartirlo con el grupo, ahí está el reto”.</p> <p>El facilitador entregará hojas blancas y lápices o esferos a cada grupo para que preparen su reto e indicará el lapso de tiempo con que cuentan para prepararse (10 a 15 minutos).</p>		
	<p>El facilitador animará a los asistentes para que presenten su reto y dará lugar a que se planteen comentarios para aclarar las dudas que puedan presentar los participantes.</p> <p>Para finalizar, el facilitador preguntará a los asistentes “con base en las representaciones que se presentaron ¿Cuáles son los recursos y barreras (capacidades, condiciones, apoyo social, entre otros) para tener estilos de vida saludables?; es decir para tener una alimentación saludable, practicar actividad física y evitar el consumo de alcohol y tabaco”.</p> <p>El facilitador divide el tablero o una cartelera en dos columnas, una para los recursos otra para las barreras.</p> <p>A continuación el facilitador dirige el proceso de reflexión grupal en torno al interrogante planteado y va consignando las ideas principales de los asistentes.</p> <p>Para cerrar el ejercicio, el facilitador</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.</p>	<p>15 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>hace una síntesis de las participaciones destacando los recursos y barreras señaladas por los asistentes, propiciando la formulación de alternativas para superar las barreras y el aprovechamiento de los recursos.</p> <p>A partir de las respuestas de los asistentes, el facilitador orientará una síntesis reflexiva sobre cómo los asistentes cuentan con recursos y alternativas para desarrollar hábitos saludables.</p>		

Sesión 3: Descifrando lo Saludable

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes la toma de decisiones en torno al establecimiento fortalecimiento de estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes formulen *decisiones* autónomas y *planes* para adquirir y/o fortalecer sus estilos de vida, específicamente en lo que se refiere a la alimentación, la actividad física, consumo de alcohol y tabaco (Ver Tabla 13).

Tabla 17. Sesión 3: Descifrando lo Saludable

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por destacar la importancia de cuidar de los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) para ser saludables.</p>	Materiales de las sesiones anteriores.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Hagamos un plan	<p>El facilitador propondrá a los asistentes hacer un propósito para cada uno de los estilos de vida trabajados. El facilitador indicará que estos “propósitos deben representar sus decisiones; es decir, lo que quieren logran en cuanto a alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco para ser saludables”.</p> <p>Los jóvenes se organizarán en subgrupos, pudiendo ser los mismos equipos del juego. Cada grupo creará un cartel, el cual debe contener un propósito o meta a lograr en torno a un estilo de vida particular (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) y proponiendo una forma de ser saludables en relación con el estilo de vida trabajado en el juego.</p> <p>Estos carteles deben usar frases e imágenes creativas y agradables, orientadas a fortalecer la confianza de las personas para cuidar del estilo de vida particular, mostrando los beneficios de este cuidado y dando pautas particulares para lograr mantenerse en un estilo de vida saludable.</p>	<p>Pliegos de cartulina o papel periódico, marcadores o temperas, cinta.</p>	<p>20 minutos.</p>
En sintonía	<p>Al final se exhiben las carteleras, una en cada pared del salón o espacio de trabajo, y se pide a los estudiantes que pasen a verlas y pinten uno de sus dedos o su mano con tempera en aquellas</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera Proyector y computador (con parlantes) o TV y</p>	<p>15 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>carteleros que representen el estilo de vida que quieren llevar y el plan que tomarán como referencia para lograrlo.</p> <p>Para finalizar, el facilitador revisará los carteles y propiciará una reflexión en torno al interés manifestado por los participantes para tener estilos de vida saludables animando a los asistentes para que desarrollen los planes propuestos y entre ellos hagan seguimiento a estos planes.</p> <p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 para dar cierre al taller y fortalecer la temática trabajada.</p>	DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).	

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que participen los jóvenes que asistieron al taller, puedan revisar y compartir el desarrollo de sus planes de acción y/o construir redes entre pares para el mantenimiento de los estilos de vida saludables. Esta sesión (o sesiones) puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que los jóvenes estén al tanto y motivados para participar; e incluso, sea factible que el espacio para este encuentro sea formal.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?*. Disponible: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable*. Disponible en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/a-bc-alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Sé activo físicamente y siéntete bien*. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20\(cartillas\)/libro_fisica.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20(cartillas)/libro_fisica.pdf)
- OPS-OMS (s.f). *Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela*. Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>

3.5. Hablando Joven

Esta intervención busca que la población joven reconozca en los estilos de vida saludables beneficios a corto, mediano y largo plazo; generando opciones viables para el cuidado de su salud a partir de la implementación de estos estilos de vida. De forma paralela, con esta intervención se pretende empoderar a la población joven para construir estrategias de comunicación en salud, de jóvenes para jóvenes, con las cuales sea factible informar y sensibilizar a otros jóvenes con respecto a las bondades de los estilos de vida saludables y motivar su práctica.

Objetivo general: Fomentar en los y las jóvenes actitudes favorables con respecto a la adopción de estilos de vida saludables.

Objetivos específicos:

- Identificar junto con los jóvenes los beneficios de los estilos de vida saludables y las posibilidades para desarrollarlos.
- Generar con la comunidad propuestas que permitan el fomento de estilos de vida saludables a partir de estrategias comunicativas.

Dirigido a: Jóvenes entre 15 y 28 años.

Participantes: Mínimo 10, máximo 35 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, bolsa, papeles de colores, tarjetas con temas, hojas blancas, esferos, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (ver [Apéndice 2.1](#)), fichas bibliográficas, lápices o esferos, cinta, hojas blancas, esferos o lápices, Diseños digitales (Virtual o impreso) (Ver [Apéndice 2.6](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía y tecnologías de la información, suficiente para atender a las particularidades de los y las jóvenes; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Hablando Joven

Sesión 1: Hablando Joven

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los jóvenes la identificación de los beneficios de los estilos de vida saludables, así como su capacidad para cambiar hábitos.

Las actividades planteadas para el logro del objetivo propuesto, propenden por que los asistentes reconozcan los principales estilos de vida saludables y construyan *expectativas* con respecto a los beneficios y consecuencias de practicarlos o no, respectivamente; así como en torno a las capacidades de las personas para tener estilos de vida saludables (*autoeficacia*), (Ver Tabla 18).

Tabla 18. Sesión 1: Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre y explicando que el objetivo del taller es “propiciar el reconocimiento de los estilos de vida saludable y cómo a través de ellos es posible disfrutar y cuidar de la vida propia y la de otros, para lo cual vamos a crear una campaña comunicativa”.</p> <p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 para fortalecer el tema de los hábitos saludables y motivar a los jóvenes para el desarrollo de una campaña comunicativa.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe plantear a los asistentes las “reglas del juego” que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional), (Ver Apéndice 2.1).</p>	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Hablemos...	<p>atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p> <p>El facilitador pedirá a los jóvenes que roten una bolsa y saquen de ella un papel.</p> <p>Entre tanto el facilitador indicará que “van a participar en un concurso y que deben reunirse por grupos del mismo color de acuerdo con el papel que sacaron”.</p> <p>Una vez organizados los grupos (mínimo 3, máximo 6 de acuerdo a la cantidad de asistentes), a cada uno se le entregará una tarjeta con un tema a desarrollar (consumo de alcohol, alimentación saludable, actividad física).</p> <p>Cada grupo deberá crear un eslogan (o lema) para promover un comportamiento saludable en cada tema, evidenciando los beneficios del estilo de vida saludable y la capacidad de los jóvenes para tener estilos de vida saludables.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, bolsa, papeles de colores, tarjetas con temas, hojas blancas, esferos.</p>	<p>20 minutos.</p>
La clave	<p>Cada grupo presentará su eslogan y el facilitador fomentará en el grupo que hagan comentarios para mejorar el eslogan teniendo como meta que sea muy claro en términos de los beneficios del estilo de vida saludable,</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.</p>	<p>15 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>que fomente la confianza de las personas para desarrollar tal estilo de vida y que sea agradable para otros jóvenes.</p> <p>Al finalizar el facilitador debe recoger el material elaborado pidiendo a los grupos que consignen sus nombres al respaldo de las hojas en las que elaboraron sus eslóganes.</p>		

Sesión 2: Hablando Joven

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar la reflexión en torno a la influencia de diversos medios de comunicación y fuentes de información en torno a la práctica de estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen sobre las *normas subjetivas* que facilitan o dificultan la práctica de estilos de vida saludables (Ver Tabla 19).

Tabla 19. Sesión 2: Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar los beneficios identificados de los estilos de vida saludables, así como la capacidad de las personas para tener estilos de vida saludables.</p> <p>Es importante que el facilitador anime a los asistentes para participen activamente en este resumen y se prepare previamente para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir por parte de los</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Aquí entre nos...	<p>asistentes en torno a cada uno de los estilos de vida abordados previamente.</p>		
	<p>El facilitador solicitará y orientará a los asistentes para organizarse en los mismos grupos de trabajo de la sesión anterior.</p>		
	<p>A cada grupo se le entregan seis (6) fichas bibliográficas y el slogan previamente realizado.</p>		
	<p>El facilitador planteará dos preguntas "¿cuáles son los medios de comunicación que más utilizan los jóvenes? Y ¿en qué entornos los utilizan?".</p>		
	<p>En las fichas bibliográficas los grupos consignarán sus respuestas (una respuesta por ficha).</p> <p>Los asistentes deberán indicar 3 medios de comunicación específicos (por ejemplo: Facebook, whatsapp, cartelera, grafitis, entre otros), y 3 entornos particulares (Por ejemplo: Escuela/colegio, barrio, trabajo, entre otros), y las pegarán en una pared o en un tablero; a la izquierda los medios y la derecha los entornos.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, lápices o esferos, cinta, fichas bibliográficas.</p>	<p>15 minutos.</p>
<p>El facilitador fomentará la reflexión entre los jóvenes para que, con base en la información de las fichas, cada escojan los medios y entornos más importantes para los jóvenes.</p>			
<p>Es importante que el facilitador oriente la reflexión y la selección de medios y entornos teniendo en cuenta los que más se repitan en las respuestas de</p>			

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Vamos a hablar	<p>los grupos y cuestionando la accesibilidad de los jóvenes a esos medios y su vinculación a los entornos señalados.</p>		
	<p>Al finalizar, el facilitador dejará en el tablero o en la pared, solo las fichas de los tres medios y entornos seleccionados como los más importantes.</p>		
	<p>Con base en la selección de medios y entornos, el facilitador indicará "cada grupo de trabajo va a proponer una campaña comunicativa para fomentar el estilo de vida para el que formulo el slogan.</p>		
<p>Este slogan será el emblema de su campaña y está se orientará a jóvenes en los medios y entornos que se seleccionaron como los más importantes".</p>			
<p>Los jóvenes pueden proponer todo tipo de piezas de acuerdo al medio y al entorno en el que se usarán. En este sentido, el facilitador debe recalcar que "lo importante de la campaña que propongan es que sea para jóvenes como ustedes, y que en esa medida, sea amigable, agradable y atractiva".</p>	<p>Hojas blancas esferos o lápices, Diseños digitales (Ver Apéndice 2.6).</p>	<p>20 minutos.</p>	
<p>Si cuenta con los recursos, el facilitador puede presentar e incluso entregar los jóvenes el paquete de Diseños Digitales, bien sea para dar una idea de lo que pueden crear, para que a partir de estas hagan ajustes o modificaciones, o bien para que las adopten e integren a la campaña que propondrán.</p>			
<p>En este punto es de suma relevancia</p>			

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>que el facilitador indique que “se les facilitará el paquete de diseños digitales y a partir de ellas podrán trabajar para desarrollar su campaña, pueden modificarlas o crear otras nuevas, siempre y cuando esto sea adecuado para los medios y entornos que seleccionaron, y pueda hacerse con los recursos disponibles”.</p> <p>De acuerdo al avance de cada grupo, el facilitador deberá propiciar que continúen el planteamiento y diseño de su campaña en el lapso de tiempo que transcurrirá hasta la siguiente sesión (mínimo una semana) o propiciar la creación formal de espacios adicionales (sesiones adicionales de trabajo) para que los jóvenes puedan completar el diseño de su campaña.</p> <p>Es recomendable programar una sesión de trabajo adicional completamente dedicada a esta labor.</p>		

Sesión 3: Hablando Joven

Objetivo Específico de la Sesión: Promover en los jóvenes la toma de decisiones en favor de la práctica de estilos saludables dentro de su cotidianidad.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes tomen *decisiones* autónomas en favor de la práctica y el fomento de estilos de vida saludables; formulando *planes* para llevar a cabo estas decisiones (Ver Tabla 20).

Tabla 20. Sesión 3: Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura		Materiales de las	5 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por destacar la importancia de tomar decisiones saludables y practicar estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) que permitan cuidar de la salud propia y de los otros.</p>	<p>sesiones anteriores.</p>	
<p>Dicen por ahí</p>	<p>El facilitador propiciara y asistirá a los jóvenes para que cada grupo presente su estrategia comunicativa indicando claramente los medios y entornos para los que fue diseñada. Cada presentación no deberá superar los 3 minutos.</p> <p>El Facilitador fomentará en el grupo la valoración de cada una de ellas por parte de los asistentes. Para esto, en una cartelera o tablero ira consignando el slogan de cada una de las campañas, y al finalizar la presentación de cada una pedirá a los demás grupos que den una calificación de 0 a 5 (siendo 5 la calificación más alta).</p> <p>Al finalizar las presentaciones el facilitador sumará rápidamente las puntuaciones obtenidas y comentará con los jóvenes cuales son las campañas con mayor puntuación y fomentará la búsqueda de alternativas de mejoramiento para aquellas que no obtuvieron puntuaciones tan altas.</p>	<p><i>Materiales acordes a las campañas formuladas</i> Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.</p>	<p>20 minutos.</p>
<p>Hablemos</p>	<p>El facilitador pedirá a los jóvenes que decidan cual o cuales de las</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o</p>	<p>20 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>campañas se usarán y en función de ello pedirá a los jóvenes que, según su interés particular, se agrupen en torno a dichas campañas, para hacer un plan.</p> <p>Una vez organizados los subgrupos, el facilitador indicará que “este plan debe pensarse primero a nivel individual, por lo que cada uno debe establecer un compromiso o meta de cambio para fortalecer o desarrollar ellos mismos un estilo de vida saludable; proyectar un plan para lograr ese cambio”. Para esto, los jóvenes contarán con 10 minutos y pueden apoyarse en sus compañeros y formular metas y/o planes conjuntos.</p> <p>Una vez formulados los compromisos y planes individuales, en los grupos, los jóvenes formularán el plan para desarrollar la campaña en función de la cual se agruparon.</p> <p>Para formular este plan pueden partir de los compromisos que ellos mismos formularon, lo importante es que el plan de cada campaña indique claramente las acciones puntuales a realizar, los responsables de cada una y tiempos o lapsos estimados.</p> <p>Es de suma importancia que el facilitador esté atento a la propuesta que cada grupo desarrolle para se adecuen a la realidad del contexto de los jóvenes y sea factible su desarrollo.</p> <p>Para finalizar, el facilitador motivará a los jóvenes para desarrollar tanto los planes individuales como los de</p>	<p>cartelera, hojas blancas, esferos o lápices.</p>	

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	las campañas, y los invitará para que fortalezcan los grupos de trabajo creados de tal suerte que se creen espacios con proyección futura para dar continuidad al trabajo realizado.		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Objetivo Específico de la Sesión: Realizar un seguimiento al desarrollo de los compromisos y campañas formuladas por los jóvenes.

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que los jóvenes que asistieron al taller puedan comentar y evaluar el desarrollo de sus planes de acción. Esta sesión puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que pueda crearse un espacio formal para realizarla y los jóvenes estén enterados y motivados para participar (Ver Tabla 21).

Tabla 21. Sesión 4 (Opcional): Hablando Joven

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador hará un breve resumen del trabajo realizado durante la intervención y propiciará la interlocución de los jóvenes para fortalecer este ejercicio.	Tablero y marcadores, papelógrafo, cartelera y/o proyector y computador.	10 minutos.
Lo que dijimos	Es de utilidad que el facilitador cuente con muestras o evidencias de las campañas seleccionadas en la sesión 3, para mostrarlas a los asistentes.	Tablero y marcadores,	20 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>que se organicen en los grupos de trabajo de las campañas.</p> <p>Cada grupo tendrá 5 minutos para comentar su experiencia en el desarrollo de las campañas.</p> <p>Es importante que mientras los grupos realizan sus interlocuciones, el facilitador tome atenta nota de los aciertos y dificultades que reportan los jóvenes.</p>	papelógrafo o cartelera.	
Seguimos en contacto	<p>Al finalizar las intervenciones, el facilitador propiciará una reflexión en torno a los logros obtenidos por los jóvenes y favorecerá la formulación de alternativas frente a las dificultades planteadas y/o en relación al aprovechamiento de los recursos (humanos y materiales) disponibles para dar continuidad al trabajo formulado y generar nuevos procesos.</p>		15 minutos.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?*. Disponible: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Sé activo físicamente y siéntete bien*. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20\(cartillas\)/libro_fisica.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20(cartillas)/libro_fisica.pdf)

- OPS-OMS (s.f). *Protocolo de estilos de vida saludables y educación física en la escuela.* Disponible en: <http://www.col.ops-oms.org/Municipios/Cali/08EstilosDeVidaSsaludables.htm>
- RedPapaz (s.f). ¿Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol en menores de 18 años?. Disponible en: <http://redpapaz.org/alcohol/index.php/ques/por-que-es-un-problema-que-los-menores-de-18-anos-tomen-alcohol/item/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos>

3.6. Haciendo Camino

Esta intervención busca que los adultos jóvenes propendan por practicar estilos de vida saludables en busca de los beneficios a corto, mediano y largo plazo que estos representan, así como para evitar la predisposición al padecimiento de ECNT. Dadas las características particulares de la población a la que se orienta la intervención, es de suma importancia propiciar un ambiente agradable y centrado en la eficacia de practicar estilos de vida saludables; así como usar un estilo de comunicación empático y fomentar la participación activa.

Objetivo general: Fomentar en los jóvenes entre 18 y 24 años actitudes favorables con respecto a la moderación en el consumo de alcohol y la práctica de estilos de vida saludables en general.

Objetivos específicos:

- Reconocer las principales enfermedades crónicas y sus factores de riesgo que tienen incidencia en la población colombiana.
- Identificar junto con los jóvenes los efectos del consumo de alcohol y posibles factores protectores para los estilos de vida saludable.
- Propiciar en los jóvenes la toma de decisiones a favor de la práctica de estilos de vida saludables.

Dirigido a: Jóvenes entre 18 y 24 años vinculados a espacios de educación superior y/o laboral.

Participantes: Mínimo 10, máximo 35 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Fichas bibliográficas, Esferos o lápices, Materiales para ambientación, Cámaras de video o celulares que permitan registro audiovisual (Opcional), Material ElParcheSaludable (Virtual o Impreso) (Ver [Apéndice 2.7](#)).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en pedagogía, suficiente para atender a las

particularidades de los y las jóvenes; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Haciendo Camino

Sesión 1: Haciendo Camino

Objetivo Específico de la Sesión: Reconocer las principales enfermedades crónicas, sus factores de riesgo y posibles estilos de vida saludable que tienen incidencia en la población colombiana.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una expectativa favorable con respecto a los beneficios que pueden obtenerse al reflexionar sobre sus estilos de vida en relación a las enfermedades crónicas (Ver Tabla 22).

Tabla 22. Sesión 1: Haciendo Camino

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre y el objetivo del taller: "Fomentar en los jóvenes actitudes favorables con respecto a la moderación en el consumo de alcohol y la práctica de estilos de vida saludables en general".</p> <p>Es importante considerar que el consumo de alcohol es muy común en la población colombiana y particularmente la franja de edad de 18 a 24 es considerada como la que presenta la mayor tasa de uso actual de alcohol, así como también es el grupo de edad en</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo, cartelera y/o proyector y computador.</p>	<p>15 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>el que se presenta el consumo perjudicial más alto.²⁷</p> <p>Acto seguido, el facilitador cede la palabra a los asistentes para que se presenten ante el grupo indicando su nombre, y demás datos de presentación pertinentes.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe proponer a los asistentes los acuerdos de trabajo que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, compromiso de escucha activa, evitar interrupciones o el sonido de celulares, entre otras.</p>		
<p>¿Cómo está tu parche?</p>	<p>Para iniciar la reflexión el facilitador puede (si cuenta con los recursos necesarios) usar el Video Estrategia 4x4 como material de discusión. Una vez finalizado el video el facilitador puede abrir un espacio de reflexión grupal sobre las percepciones que los asistentes tienen sobre las enfermedades crónicas y los factores de riesgo mencionados en el video.</p> <p>Se pedirá a los asistentes que opinen sobre interrogantes tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué saben sobre las enfermedades crónicas no 	<p>Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	<p>30 minutos.</p>

²⁷ Se recomienda al facilitador revisar información existente sobre el uso de alcohol en este grupo de edad a nivel nacional, en el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2013.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>transmisibles?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuál es la relación entre los factores de riesgo y los factores protectores con las enfermedades crónicas no transmisibles? • ¿Cómo creen que son los estilos de vida de sus contextos más cercanos? • ¿Cuál debería ser el rol que los jóvenes deberían asumir frente a los estilos de vida? • <p>Al finalizar la socialización, el facilitador resumirá las respuestas de los asistentes con el fin de evidenciar los principales aspectos mencionados por los jóvenes.</p> <p>En este particular es importante que el facilitador señale que en cada etapa de la vida se dan diferentes comportamientos que afectan la salud, y particularmente en la juventud se sientan las bases para consolidar los hábitos que se asumirán para el resto de la vida, por lo que es una etapa propicia para tomar decisiones saludables, pertinentes para esta población y que puedan fortalecer la esencia creativa, curiosa, contestataria y divertida que caracteriza a los jóvenes.</p>		

Sesión 2: Haciendo Camino

Objetivo Especifico de la Sesión: Fomentar en los asistentes el reconocimiento de mitos, creencias y realidades en relación a los estilos de

vida saludable y en particular sobre consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una expectativa de autoeficacia en relación con su capacidad para reconocer comportamientos saludables y evidenciar dificultades y posibilidades para avanzar hacia estilos de vida saludables acordes a su edad (Ver Tabla 23).

Tabla 23. Sesión 2: Haciendo Camino

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por rescatar las reflexiones realizadas en esa actividad.</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	5 minutos.
Andan diciendo por ahí...	<p>En un tablero o pliego de papel se hace una división en dos secciones, tituladas: “Andan diciendo...” y “La verdad es que...”.</p> <p>Se invita a los jóvenes que ubiquen en el tablero tarjetas indicando frases que suelen escucharse con respecto a los estilos de vida saludables en la columna Andan diciendo... (Por ejemplo: fumar, adelgaza, las matas son para las vacas, si no toma es nena, entre otras) y en la columna La verdad es que... se buscará aclarar la realidad sobre esas ideas mencionadas en la anterior columna, a partir de lo que los asistentes conocen y de la información que el facilitador pueda preparar al respecto de estos temas.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, fichas bibliográficas, esferos o lápices.</p>	30 minutos.
	<p>Si es posible para esta actividad se buscará invitar a un profesional en salud que pueda ayudar a profundizar y aclarar algunas de las</p>		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Dicen y dicen	reflexiones que se realicen.		
	Es importante que el facilitador oriente las reflexiones para evidenciar con los asistentes cuales podrían ser los beneficios más importantes frente a los estilos de vida saludable, es decir pensar en aspectos como la posibilidad de evitar a futuro padecer algún tipo de enfermedad, poder tener un buen estado físico, compartir saludablemente la vida con la familia y los amigos, entre otros.		
	Al finalizar el ejercicio, se propicia la discusión en el grupo en torno a la capacidad que tiene cada persona para tener estilos de vida saludables.		
	Para esto se plantea al grupo el interrogante "¿De qué depende nuestro estilo de vida?".		
	El facilitador explicará la actividad que se desarrollará en la siguiente sesión.		
Y se mencionará que para la siguiente sesión se les entregará a todos un material que se llama <i>EIParcheSaludable</i> con el cual todos pensarán en un mensaje central de este material para representarlo a manera de comercial de televisión de 2 minutos.			10 minutos.
Se discutirá con el grupo si les parece conveniente que los resultados de esta actividad sean socializados en sus redes sociales, y a partir de esto se debe preparar los materiales necesarios para la			

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	adecuada filmación de las representaciones. Todo desde las posibilidades y recursos a los cuales se tengan acceso.		

Sesión 3: Haciendo Camino

Objetivo Específico de la Sesión: Favorecer la toma de decisiones para el desarrollo o mantenimiento de estilos de vida saludable, enfatizando en la moderación del consumo de alcohol.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes reflexionen y propongan posibles formas en las que sea posible avanzar en comportamientos saludables acordes a sus edades, específicamente en los relacionado con los estilos de vida saludable y el consumo de alcohol (Ver Tabla 24).

Tabla 24. Sesión 3: Haciendo Camino

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las sesiones anteriores y enfatizará en la importancia y de reconocer comportamientos saludables y evidenciar dificultades y posibilidades para avanzar hacia ellos, acordes a su edad.	Materiales elaborados anteriormente.	5 minutos.
2 minutos de fama	Se forman 4 grupos, cada uno de los cuales preparará en una cartelera de TV sobre el contenido de uno de los temas del material digital entregado <i>EIParcheSaludable</i> , para luego presentarla al grupo en un máximo de 2 minutos.	Tablero y marcadores, papelógrafo y/o comercial de TV sobre el contenido de uno de los temas del material digital entregado <i>EIParcheSaludable</i> , para luego presentarla al grupo en un máximo de 2 minutos.	40 minutos.
	El facilitador puede llevar	Cámaras de video o celulares que permitan registro audiovisual (Opcional)	

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Hacia el estrellato	<p>diferentes materiales para que los asistentes puedan utilizarlos como recursos para representar su comercial; materiales como disfraces, máscaras, gafas, pelucas, entre otros.</p>	<p>Material digital <i>EIParcheSaludable</i> (Ver Apéndice 2.7).</p>	
	<p>Cada grupo presentará su comercial y alguno de los asistentes o el facilitador filmarán la representación realizada por cada uno de los grupos, con celulares, cámaras o dispositivos a los cuales se tengan acceso.</p>		
	<p>Una vez se realicen las cuatros representaciones el facilitador abrirá la discusión sobre los representaciones y los aspectos centrales evidenciados por cada grupo.</p>		
	<p>De la misma forma el facilitador podrá utilizar el material <i>EIParcheSaludable</i>, para resaltar aquellos aspectos que los asistentes han venido evidenciando desde la primera sesión.</p>		
<p>Nuevamente es importante buscar la posibilidad de contar con el apoyo de profesionales en estos temas de tal forma que se puedan tener discusiones con un mayor rigor científico.</p>			
<p>El grupo debe definir si quiere publicar este material en sus redes sociales, tales como Facebook, YouTube, Blogs personales, en sitios web o carteleras en los cuales la</p>			

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>institución o los grupos de trabajo tengan acceso.</p> <p>Se les propone q elaborar un texto sencillo de no más de media página, en el cual sea posible entender cuál es el mensaje central que se quiere dar con el video realizado.</p> <p>De la misma forma el grupo podrá definir si este material se puede articular con otros procesos o campañas que ya se estén o se proyecten realizar por parte de la institución universitaria u otros actores que estén trabajando estos temas en el territorio.</p>		

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una sesión extra en la que participen los jóvenes que asistieron al taller, puedan revisar y compartir el desarrollo de sus planes de acción y/o construir redes entre pares para el mantenimiento de los estilos de vida saludables. Esta sesión (o sesiones) puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención.

Es importante que esta sesión se planee con suficiente antelación, en lo posible al momento mismo de realizar el taller, de tal suerte que los jóvenes estén al tanto y motivados para participar; e incluso, sea factible que el espacio para este encuentro sea formal.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Ministerio de Educación (2016). *¿Qué son los estilos de vida saludable?.* Disponible: <http://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-350651.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Documento guía alimentación saludable.* Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-Alimentacion-saludable.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social (2016). *ABECE de la alimentación saludable*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-alimentacion-saludable.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (s.f). *Sé activo físicamente y siéntete bien*. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20\(cartillas\)/libro_fisica.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Estilos%20de%20vida%20saludables%20(cartillas)/libro_fisica.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección social. (2010). *Caja de herramientas de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/caja-herramientas-5-reduccion-psicoactivas.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección social. (s.f). *Aliméntate bien*. Disponible en: <http://www.generacionmas.gov.co/VidaSana/pages/Alimentate-bien.aspx>
- RedPapaz (s.f). ¿Cuáles son las consecuencias del consumo de alcohol en menores de 18 años?. Disponible en: <http://redpapaz.org/alcohol/index.php/ques/por-que-es-un-problema-que-los-menores-de-18-anos-tomen-alcohol/item/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos/69-cuales-son-las-consecuencias-del-consumo-de-alcohol-en-menores-de-18-anos>

3.7. Mujeres de Colores

Esta intervención busca que las mujeres jóvenes asuman un papel activo en el cuidado de su salud a través de la práctica de ejercicios de auto-observación y/o auto-monitoreo, que propicien la formulación de metas para el autocuidado a través de la adopción de estilos de vida saludables.

Objetivo general: Fomentar en las mujeres la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el autocuidado femenino.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables y su impacto en la salud de la mujer.
- Favorecer la formulación de compromisos para practicar estilos de vida saludables y cuidar de la salud.

Dirigido a: Mujeres jóvenes entre 12 y 18 años.

Participantes: Mínimo 1, máximo 35 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 45 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Papeles de colores, Esferos o lápices, Cinta, Cartulina o papel periódico, Marcadores, Calendario del cuidado (Ver [Apéndice 2.8](#)), Hojas blancas, Materiales diversos (Papel de colores, Cinta, colbón o pegastic, Cosedora, Hilo o lana y Aguja, Colores, lápices y/o marcadores, Cartulina y/o cartón paja, Tijeras y/o bisturí, Escarcha, Temperas).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con alguna formación en salud, específicamente relacionada con la salud en la mujer y ciclo menstrual; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Mujeres de Colores

Sesión 1: Mujeres de Colores

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en las asistentes el reconocimiento de los estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que las asistentes construyan *expectativas* favorables con respecto a los beneficios de los estilos de vida saludables (Ver Tabla 25).

Tabla 25. Sesión 1: Mujeres de Colores

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es "fomentar la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el cuidado de la salud, hablaremos de alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco".	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Video Estrategia 4x4 para fortalecer el tema de los estilos de vida saludables.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe plantear a las asistentes las "reglas del juego" que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>		
<p>Que si...que no.</p>	<p>A cada asistente se le entregan trozos de papel de dos colores (rojo y verde).</p> <p>Cada una deberá analizar rápidamente los efectos de los estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) en la salud de la mujer y en los papeles de colores consignar los beneficios (en los papeles verdes) y las consecuencias (en los papeles rojos) de dichos comportamientos.</p> <p>El facilitador pedirá a las asistentes que peguen en un tablero o en la pared sus respuestas, a la izquierda los papeles rojos y a la derecha los papeles rojos.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, papeles de colores, esferos o lápices, cinta.</p>	<p>25 minutos.</p>
<p>iLo que es,</p>		<p>Tablero y</p>	<p>10</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
es!	A partir de la lectura de los marcadores, respuestas dadas por las asistentes, el facilitador fomentará la reflexión en torno a lo que se supone que hace una mujer para cuidarse y lo que se supone que no debería hacer, propiciando entre las asistentes compartir experiencias y vivencias particulares.	las papelógrafa o cartelera.	minutos.

Sesión 2: Mujeres de Colores

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar expectativas favorables para el cuidado de la salud a través de la práctica de estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas buscan que las asistentes reconozcan sus capacidades para tener estilos de vida saludables y analicen los recursos y barreras para tener este tipo de hábitos (Ver Tabla 26).

Tabla 26. Sesión 2: Mujeres de Colores

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a las asistentes que recuerden lo ocurrido en la sesión anterior y propenderá por destacar los beneficios identificados en los estilos de vida saludables y cómo las mujeres pueden ser más vulnerables al impacto de estilos de vida poco saludables, destacando la posibilidad del cuidado como un camino para procurar la salud.</p> <p>Es importante que el facilitador anime a los asistentes para participen activamente en este resumen y se prepare previamente</p>	Materiales elaborados en la sesión 1.	10 minutos.

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
El juicio	<p>para aclarar cualquier duda o comentario que pueda surgir por parte de los asistentes en torno a cada uno de los estilos de vida abordados previamente.</p>		
	<p>El facilitador solicitará y orientará a las asistentes para organizarse en tres grupos de trabajo.</p> <p>El primer grupo será el equipo <i>defensor</i> y elaborará un cartel con el ánimo de defender la practica estilos de vida saludables y convencer a otras mujeres para tenerlos, el segundo grupo será el equipo <i>acusador</i> y creará un cartel para evitar la práctica de estilos de vida saludable mostrando los beneficios de no hacerlo y las dificultades de hacerlo; el tercer grupo será el <i>jurado</i>, este grupo se preparará, con apoyo del facilitador, para calificar los alegatos de cada una de las partes y emitir un veredicto.</p> <p>El facilitador indicará que “el equipo defensor y el equipo acusador deben preparar muy bien sus intervenciones, señalando tanto las capacidades de las mujeres para tener o no estilos de vida saludables (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco), así como los recursos o barreras que existen para esta práctica; mientras tanto el jurado debe prepararse para discutir y calificar los argumentos de ambas partes”.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, lápices o esferos, cartulina o papel periódico, marcadores y cinta.</p>	<p>35 minutos.</p>
<p>Pasados 10 minutos, el facilitador pedirá que los grupos se organicen</p>			

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>para un juicio, así que la parte acusadora y la parte defensora se ubicaran a costados contrarios del salón y el jurado se ubicará en el centro.</p> <p>Acto seguido, lanzará una moneda para determinar si empieza la parte defensora o la acusadora, e inmediatamente les cede la palabra con un límite de 3 minutos para exhibir su cartel y hacer su intervención.</p> <p>Terminadas las intervenciones de las partes acusadora y defensora se pegan los carteles elaborados en una pared o tablero tras el jurado y se dé a este grupo 3 minutos para hacer comentarios o preguntas a las partes y luego tendrá 2 minutos para deliberar.</p> <p>Al finalizar, el facilitador pedirá al jurado que emita su veredicto y orientará una reflexión en torno a la importancia de tener estilos de vida saludables y al reconocimiento de que a pesar de las dificultades o barreras que estos puedan representar, existe en cada mujer la capacidad y los recursos para cuidar de su salud.</p>		

Sesión 3: Mujeres de Colores

Objetivo Específico de la Sesión: Favorecer la toma de decisiones para el desarrollo o mantenimiento de estilos de vida saludable.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que las asistentes tomen *decisiones* autónomas en favor de la práctica y el fomento de

estilos de vida saludables; formulando *planes* para llevar a cabo estas decisiones (Ver Tabla 27).

Tabla 27. Sesión 3: Mujeres de Colores

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a las asistentes que recuerden lo ocurrido en las sesiones anteriores y propenderá por el reconocimiento de las particularidades femeninas, destacando la importancia de tomar decisiones saludables y practicar estilos de vida (alimentación, actividad física, consumo de alcohol y tabaco) que permitan cuidar de la salud.</p>	<p>Materiales de las sesiones anteriores.</p>	<p>5 minutos.</p>
Me pinto a mi misma	<p>Destacando el ciclo menstrual como una característica propia de la mujer y una experiencia única de cada mujer, el facilitador invita a las asistentes a formularse un compromiso de cuidado de su salud.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, Calendario del cuidado (Ver Apéndice 2.8).</p>	<p>25 minutos.</p>
	<p>A cada asistente se le entrega una copia del calendario (también es posible entregar hojas blancas y orientar a las asistentes para que en ellas creen su propio calendario siguiendo el modelo ya establecido).</p>	<p>Materiales diversos.</p>	
	<p>Acto seguido el facilitador presentará de forma general el contenido del calendario y explicará a las asistentes cómo se utiliza.</p>		
	<p>Para esto leerá y aclarará cualquier duda con respecto a las instrucciones del calendario (Sección “crea tu calendario”).</p>		
	<p>Inmediatamente invita a las asistentes para que construyan su</p>		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>calendario, y para esto indica: “Este calendario es de cada una de ustedes, así que cada una creará la caratula de su calendario y en esa caratula consignarán de forma gráfica o escrita –como más les guste– sus compromisos saludables, lo que quieren hacer para cuidarse a sí mismas. Adicionalmente, de acuerdo con sus compromisos, pueden crear convenciones adicionales a las que tiene el calendario para registrar sus estilos de vida mes a mes y así guardar un control de sus vivencias, sus logros y aprendizajes”.</p> <p>Es importante que mientras las jóvenes realizan esta labor, el facilitador las anime a continuar y refuerce sus avances.</p>		
<p>Píntate</p>	<p>Es importante que el facilitador invite a las asistentes para que mes a mes, con ocasión del control su ciclo menstrual, decoren cada hoja del calendario a su gusto y registren los avances en sus compromisos, así como nuevas metas o propósitos para cuidar de sí mismas.</p>	<p>Tablero y 15 marcadores, papelógrafo o cartelera, hojas blancas, esferos o lápices.</p>	<p>y 15 minutos.</p>

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que las jóvenes que asistieron al taller puedan comentar y evaluar el desarrollo de sus compromisos.

Esta sesión (o sesiones) puede realizarse pasados entre 1 y 6 meses de realizada la intervención con una periodicidad máxima de una sesión por mes, sin que la misma supere los 60 minutos de duración.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las jóvenes las habilidades para adquirir o fortalecer la práctica de estilos de vida saludables y realizar un autoseguimiento de sus hábitos.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Allen, N.E., Beral, V., Casabonne, D., et al. (2009). Moderate alcohol intake and cancer incidence in women. *Journal of the National Cancer Institute*; 101(5):296-305.
- Anderson, P., Gual, A., & Colon, J. (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud: informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Washington, D.C.: OPS.
- Gray, M. (2010). *Momentos óptimos de la mujer*. Madrid: Gaia Ediciones
- Ministerio de Salud y Protección social. (2010). *Caja de herramientas de la política nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/caja-herramientas-5-reduccion-psicoactivas.pdf>
- Nissim, R. (1985). *Manual de ginecología natural para mujeres*. Barcelona: Ediciones Icaria.
- Northrup, C. (1994). *Cuerpo de mujer sabiduría de mujer*. Barcelona: Ediciones Urano.

3.8. Queriendo ser...

Esta intervención busca que las mujeres antes y durante el embarazo, así como sus parejas y/o familias, reconozcan en el consumo de alcohol un factor de riesgo para el embarazo y, consecuentemente, asuman un papel activo en la prevención del síndrome de alcoholismo fetal y el cuidado de la salud familiar a través de la práctica de ejercicios de seguimiento que propicien la adopción y el mantenimiento de estilos de vida saludables.

Objetivo general: Fomentar en los asistentes la adquisición y práctica de estilos de vida saludables para el desarrollo de embarazos saludables.

Objetivos específicos:

- Propiciar la formación de actitudes favorables frente a los estilos de vida saludables y su impacto en la salud durante el embarazo.
- Favorecer la formulación de compromisos para practicar estilos de vida saludables y cuidar de la salud propia y del bebé.

Dirigido a: Mujeres (y sus parejas y/o familias) en proceso de embarazo.

Participantes: Mínimo 2 (una mujer en embarazo y su pareja o un acompañante), máximo 20 personas.

Tiempo requerido: Tres sesiones, 60 minutos por sesión.

Recursos: Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, Proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Video Estrategia (opcional) (Ver [Apéndice 2.1](#)), Hojas blancas, Esferos o lápices, Cartulina o papel periódico, Marcadores, Cinta, Guía de Álbum-Diario (impreso o virtual) (Ver [Apéndice 2.9](#)), materiales diversos (Papel de colores, cinta, colbón o pegastic, cosedora, hilo o lana y aguja, colores, lápices y/o marcadores, cartulina y/o cartón paja, tijeras y/o bisturí, escarcha, temperas).

Requisitos: El facilitador o facilitadora que implemente esta intervención debe contar con formación en salud, específicamente relacionada con la salud en la mujer y embarazo; así como conocimientos básicos acerca de IMB. Además es preciso revisar en detalle el planteamiento de cada sesión, consultar con antelación el material relacionado y la disponibilidad del mismo, estudiar las características de la población y prepararse para atender a las particularidades, comentarios e inquietudes de la misma.

Guía de la Intervención: Queriendo ser...

Sesión 1: Queriendo ser...

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar el reconocimiento del impacto de los estilos de vida en el embarazo.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa* favorable con respecto al desarrollo de estilos de vida saludables antes, durante y después del embarazo (Ver Tabla 28).

Tabla 28. Sesión 1: Queriendo ser...

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Presentación	<p>Se inicia el taller con el facilitador indicando su nombre e indicando que el objetivo del taller es “fomentar la adquisición y práctica de estilos de vida saludables en pro del desarrollo de una sana gestación”.</p> <p>El facilitador puede (si cuenta con los recursos tecnológicos para hacerlo) proyectar el Vídeo Estrategia 4x4 para fortalecer el tema de los estilos de vida saludables.</p> <p>Para finalizar este primer momento el facilitador debe plantear a las asistentes las “reglas del juego” que considere pertinentes, por ejemplo: levantar la mano para pedir la palabra, escuchar atentamente a todos durante los encuentros, evitar interrupciones y participar activamente en todas las actividades, entre otras.</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo y/o cartelera, proyector y computador (con parlantes) o TV y DVD (opcional), Vídeo Estrategia 4x4 (opcional) (Ver Apéndice 2.1).</p>	<p>10 minutos.</p>
Adivina, adivinador	<p>Se entrega a cada asistente un trozo de papel y el facilitador indica que “en total secreto, cada uno debe escribir en el papel un estilo de vida y un beneficio o consecuencia de ese estilo de vida antes, durante o después el embarazo, evitando que sean muy conocidos para que no se repitan”.</p> <p>El facilitador recoge los papeles</p>	<p>Hojas blancas, esferos o lápices</p>	<p>35 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>en una bolsa. Acto seguido, los asistentes se dividirán en mínimo 2 y máximo 4 equipos.</p> <p>Cada equipo tendrá un turno, para que uno de sus miembros tome un papel y deberá pasar a representar o dibujar el estilo de vida y el beneficio o consecuencia que indica el papel, sin poder decir palabra alguna.</p> <p>Si se quiere, puede limitarse la realización de las representaciones a las parejas o acompañantes de las embarazadas, esto puede hacer más divertido el juego.</p> <p>El equipo al que pertenezca la persona que haga la representación será el que tenga la primera oportunidad de adivinarlo, y sumar así un punto para su equipo.</p> <p>Estos puntajes serán registrados por el facilitador durante el juego, para al final reportar al equipo ganador.</p> <p>Es de suma relevancia que el facilitador registre los estilos de vida que se mencionen durante el ejercicio y este preste a aclarar cualquier duda que se presente durante el juego con respecto a los estilos de vida que aparezca en el juego; así como para clarificar cualquier mito que se haga manifiesto durante el ejercicio; teniendo siempre en cuenta el contexto</p>		

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	y las particularidades del grupo de asistentes.		
¿Cómo es?	Al finalizar el juego, el facilitador propiciará una reflexión en torno a la importancia de cuidar de los estilos de vida para el desarrollo de un embarazo saludable, tomando como base las menciones que se realizaron durante el ejercicio y llamando la atención hacia la alimentación, la actividad física, consumo de tabaco y de alcohol; haciendo especial énfasis en las consecuencias del consumo de alcohol y explicando lo que es el síndrome de alcoholismo fetal.	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	15 minutos.

Sesión 2: Queriendo ser...

Objetivo Específico de la Sesión: Propiciar en los asistentes el reconocimiento de capacidades propias y las condiciones del contexto para practicar estilos de vida saludables.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes construyan una *expectativa de autoeficacia* en relación con su capacidad para tener estilos de vida saludables y reflexionen sobre las *normas subjetivas* que facilitan o dificultan la práctica de estos estilos en pro del desarrollo de un embarazo saludable (Ver Tabla 29).

Tabla 29. Sesión 2: Queriendo ser...

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura			10

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en la sesión anterior e invitará a los asistentes a participar activamente en la sesión.</p>		<p>minutos.</p>
<p>Pensando como madres y padres saludables</p>	<p>El facilitador solicita y asiste a los participantes para que se organicen en 7 grupos.</p> <p>A cada grupo se le entrega una sección de contenido de la guía "Queriendo ser Mamá" (Preconcepción, embarazo, primer trimestre, segundo trimestre, preparando la llegada del bebé, tercer trimestre, parto, posparto).</p> <p>Cada grupo revisará la sección correspondiente y construirá un cartel para darlo a conocer a los demás asistentes.</p> <p>Es esencial que el facilitador indique a los asistentes que "la idea del cartel es resumir para los demás participantes la información revisada y compartir con ellos las recomendaciones allí consignadas para el antes, el durante y el después del embarazo".</p> <p>Es importante que durante la revisión del material y la elaboración del cartel, el facilitador este presto a aclarar cualquier duda o atender cualquier comentario que planteen los asistentes.</p> <p>Una vez los grupos elaboren su cartel, el facilitador invitará a cada grupo a pegar su cartel en una</p>	<p>Tablero y marcadores, cartulina o papel periódico, marcadores, cinta, Guía de Álbum-Diario (impreso o virtual) (Ver Apéndice 2.9).</p>	<p>30 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	pared del salón y comentar los demás asistentes su contenido en no más de 2 minutos.		
iSi se puede!	<p>Una vez cada grupo presente su cartel, el facilitador propiciará la discusión en torno a los estilos de vida saludables para el embarazo; e invitará a los asistentes a señalar -desde sus realidades- los recursos y/o barreras (individuales, sociales o ambientales) para desarrollar hábitos saludables antes, el durante y el después del embarazo.</p> <p>Con base en las participaciones de los asistentes, el facilitador propondrá una conclusión haciendo énfasis en las capacidades de los participantes para modificar sus estilos de vida y cuidar de su salud y la del bebé.</p>	Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera.	20 minutos.

Sesión 3: Queriendo ser...

Objetivo Específico de la Sesión: Fomentar la toma de decisiones para el autocuidado durante el embarazo, haciendo especial énfasis en la abstinencia del consumo de alcohol.

Para lograr este objetivo, las actividades planteadas propenden por que los asistentes tomen una *decisión* autónoma en torno al autocuidado y formulen *planes* para poner en marcha esta decisión (Ver Tabla 30).

Tabla 30. Sesión 3: Queriendo ser...

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
Apertura	Para iniciar la sesión, el facilitador pedirá a los asistentes que hagan un breve resumen de lo ocurrido en las	Materiales elaborados anteriormente.	10 minutos

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
	<p>sesiones anteriores y enfatizará en la importancia y la posibilidad real de tener estilos de vida para un embarazo saludable.</p>		
<p>iSiempre listos!</p>	<p>El facilitador invita a los asistentes para que por parejas (madre y pareja o acompañante) construyan un álbum-diario para el embarazo.</p> <p>A cada pareja se le entrega una copia de los formatos de registro de la Guía "Queriendo ser Mamá" (también es posible entregar hojas blancas y orientar a los asistentes para que en ellas creen su propio álbum-diario siguiendo el modelo establecido en la guía).</p> <p>El facilitador presentará de forma general el contenido de los formatos (básicamente debe indicar que los formatos están pensados para registrar de forma visual y escrita el antes, el durante y el después del embarazo) e invita a los asistentes para que, en parejas, construyan su álbum-diario, para esto indica: "Este álbum-diario es más que un medio para atesorar esta etapa, es un mecanismo para que se propongan cambios para mejorar sus estilos de vida y así cuidar de su salud y la de su bebé, por eso, cada pareja construirá la caratula de su álbum-diario y decorará las hojas a su gusto. Hoy nos concentraremos en la caratula y la primera hoja, más adelante ustedes podrán continuar este trabajo y seguir decorando las hojas a medida que vivencien cada etapa".</p> <p>Acto seguido, insta a los asistentes a</p>	<p>Tablero y marcadores, papelógrafo o cartelera, Guía de Álbum-Diario: Formatos de registro (Ver Apéndice 2.9). Materiales Diversos.</p>	<p>30 minutos.</p>

Actividad	Descripción de la Sesión	Recursos Necesarios	Tiempo estimado
El dueto maravilla	<p>construir su álbum-diario y mientras ellos desarrollan esta labor, el facilitador debe estar atento y presto a colaborar, a reconocer sus avances y a animarlos para continuar.</p> <p>Retomando los carteles elaborados en la sesión anterior (dispuestos en una pared para que los asistentes puedan consultarlos), el facilitador resume las principales recomendaciones para el embarazo con respecto a los estilos de vida e invita a los asistentes a seleccionar los hábitos o comportamientos que quieren cambiar y diligenciar el “plan para el embarazo saludable” (primera hoja del álbum-diario). Debe resaltarse que: “este compromiso, es tanto para la madre como para su pareja o acompañante y la familia en general; y sin importar en qué etapa del embarazo o de la vida se encuentren, practicar estilos de vida saludables será beneficioso”.</p> <p>Una vez los asistentes tengan su plan, se les pedirá que quienes lo deseen lo socialicen con el grupo, mostrando su álbum-diario, y se pedirá a los demás asistentes propongan estrategias para complementar o apoyar ese plan, a través de redes de apoyo, servicios de salud, entre otros.</p> <p>Para finalizar, el facilitador reflexiona sobre la importancia de llevar a cabo los compromisos propuestos por cada pareja (madre y pareja o acompañante) y se motivará a los asistentes para que continúen con la construcción el álbum-diario.</p>	<p>Materiales de la sesión anterior, cinta, esferos y/o lápices.</p>	<p>20 minutos.</p>

Acompañamiento y/o Seguimiento (Opcional)

Si es posible y el facilitador cuenta con acceso a la población, puede realizar una o varias sesiones extra en las que los participantes que asistieron al taller puedan complementar el análisis de cada una de las etapas del embarazo, así como comentar y evaluar el desarrollo de sus compromisos. Esta sesión (o sesiones) puede realizarse desde la preconcepción y a lo largo del periodo de embarazo (incluyendo el periodo de dieta si los participantes están en disposición de recibir este acompañamiento durante ese periodo); con una frecuencia máxima de una sesión por mes, sin que la misma supere los 60 minutos de duración.

El objetivo y las dinámicas de la o las sesiones adicionales deben construirse en función del grupo con el que se desarrolló la intervención y con el ánimo único de fortalecer en las asistentes las habilidades para establecer o fortalecer la práctica de estilos de vida saludables y realizar el registro de sus hábitos antes, durante y después del embarazo.

Fundamento conceptual de consulta y apoyo

- Alonso Esteban, Y. (2011). *Síndrome Alcohólico Fetal y Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal: Nivel de conocimientos y actitudes de los profesionales socio-sanitarios*. Disponible en: http://mobirodueriv.uv.es/bitstream/handle/10550/21824/TRABAJO_INVESTIGACION.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Dirección Nacional de Maternidad e Infancia (2013). *Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal*. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000158cnt-g02.control-prenatal.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2012). *Lactancia materna articulada a la estrategia "De Cero a Siempre" pide Minsalud*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Lactancia%20materna%20articulada%20a%20la%20estrategia%20de%20%E2%80%9CCero%20a%20siempre%E2%80%9D%20pide%20Minsalud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). *Guía de Práctica Clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio*. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/Embarazo/GPC_Ptes_Embarazo.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (2014). *Protocolo de atención preconcepcional*. Disponible en: <http://unfpa.org.co/wp-content/uploads/2014/08/SM-Protocolo-atenci%C3%B3n-preconcepcional.pdf>
- Pérez López, J. A. (2016). *Tabaco, alcohol y embarazo en Atención Primaria*. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=10022163&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=63&ty=24&accion=L&origen=z0

[nadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=63v36n09a10022163pdf001.pdf](#)

- Principado de Asturias (2013). *Prepararse para el embarazo. Guía de promoción del embarazo saludable.* Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Salud%20sexual%20y%20reproductiva/Salud%20reproductiva/PREPARARSE%20PARA%20EL%20EMBARAZO.pdf
- Secretaría de Salud (s.f). *Curso de preparación a la maternidad y paternidad.* Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/DDS/Publicaciones/GUIA%203.%20%20CURSO%20PREPARACION%20A%20LA%20MATERNIDAD%20Y%20PATERNIDAD.pdf>

4. ORIENTACIONES PARA LA TERRITORIALIZACIÓN DE LAS HERRAMIENTAS

Luego de reconocer el conjunto de herramientas propuestas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo en el marco de la Estrategia 4x4, es importante tener en cuenta las características y contextos particulares de cada territorio en el cual se desarrollarán las mismas.

En este sentido, la participación social de las comunidades en los territorios es un elemento fundamental en la estructuración e implementación de las herramientas, puesto que involucrar a los diferentes actores de los territorios facilitará reconocer las dinámicas propias de la población, sus condiciones, potencialidades y limitaciones; de tal suerte que los procesos pedagógicos se puedan adecuar a las realidades del contexto.

Esta participación social deberá involucrar a las poblaciones que fueron priorizadas para el desarrollo de las herramientas: Niños y niñas, adolescentes y jóvenes, profesionales de la salud, mujeres y comunidad en general; pero cada territorio podrá evaluar la pertinencia de ampliar el alcance de dichas herramientas a otros grupos poblacionales.

El reconocer la capacidad de las comunidades para emprender acciones de autogestión y cogestión de los procesos de salud es fundamental para poder avanzar en acciones que afecten de forma positiva su calidad de vida; para ello, es importante que dichas comunidades tengan la información, formación y orientación, que les permitan participar de forma activa en la adecuación y uso de las herramientas, a partir de las particularidades de su contexto.

En concordancia con lo anterior, este apartado busca brindar unas orientaciones a los profesionales de la salud²⁸ de los territorios, para poder trabajar con representantes de sus comunidades, promoviendo espacios de participación social en salud para la adecuación de las herramientas de la Estrategia 4x4 a sus contextos particulares, cuyo contenido pueda adaptarse para generar una mayor apropiación y concientización sobre la importancia de mejorar los Estilos de Vida Saludable para la prevención de ECNT (Ver Figura 20).

²⁸ Si bien el actor inicial es el funcionario de salud, esto no implica que otros actores del territorio que tengan la experticia y motivación en los temas de trabajo de las intervenciones, y con acercamiento a las comunidades, puedan ser también los líderes para la adecuación de dichas intervenciones en los territorios. A esta persona se le llamará FACILITADOR y en el anexo 1 encontrará algunas consideraciones para el manejo asertivo con el grupo de trabajo.

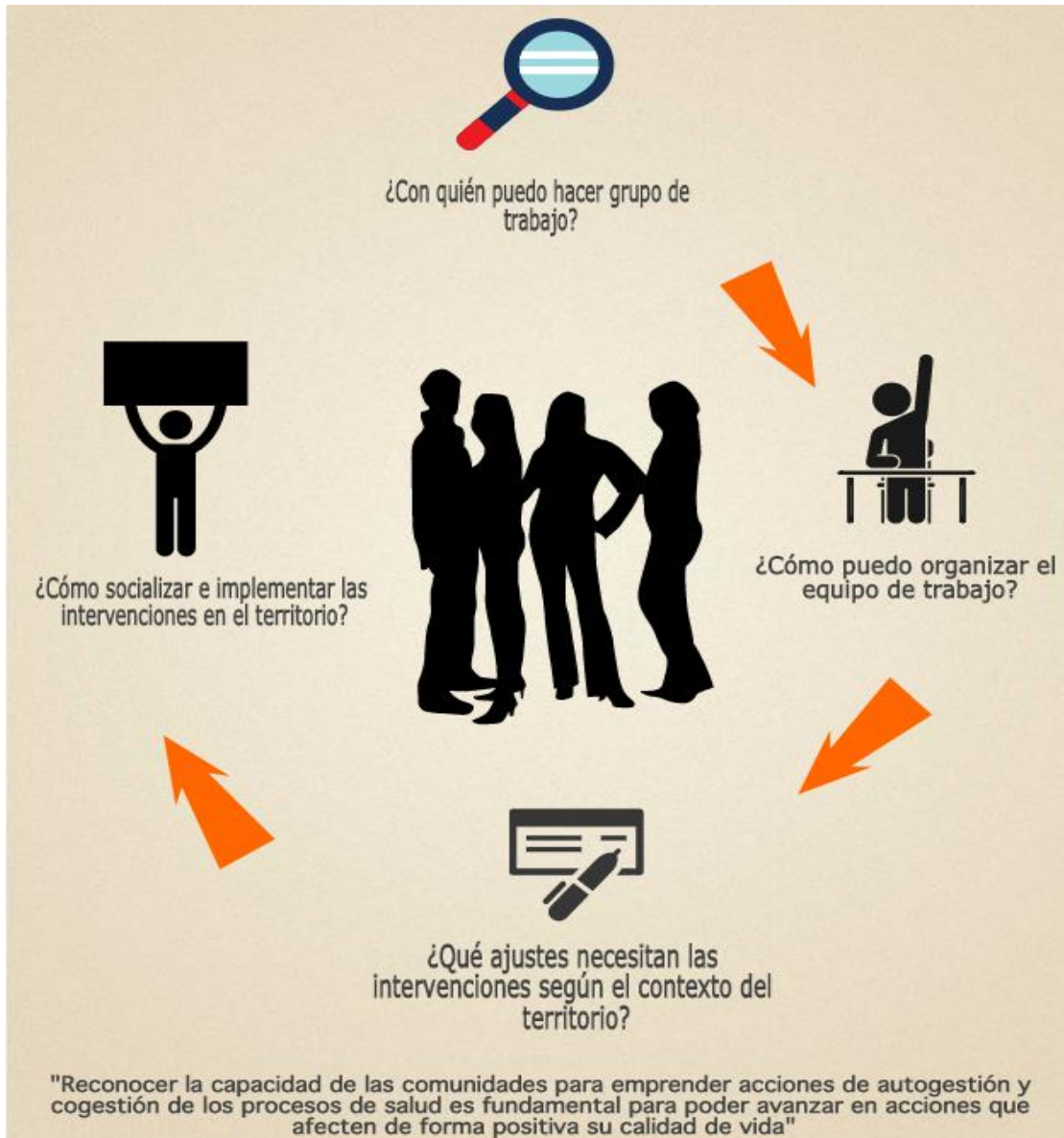


Figura 20. Proceso de ajuste de las intervenciones

4.1. ¿Con quién puedo hacer grupo de trabajo?

Objetivo: Identificar y organizar las personas, líderes e instituciones claves, para conformar y/o fortalecer un equipo de trabajo en relación a la prevención del consumo de alcohol como factor de riesgo para las ECNT.

Cada territorio evaluará sus reales posibilidades y necesidades para conformar este equipo de trabajo, o fortalecerlo en aquellos territorios en los

cuales ya existe. En la medida que se conforme un grupo de actores que conozcan adecuadamente las poblaciones con las que se quiere trabajar las intervenciones, mayor será la posibilidad de acertar en sus objetivos.

De esta forma es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Análisis inicial de las herramientas y su pertinencia para el contexto del territorio. En esta acción se debe tener en cuenta que al seleccionar cualquiera de las herramientas se está priorizando también a las poblaciones correspondientes.
- Priorización y selección de actores que puedan aportar al ajuste de las herramientas. El criterio central para esta acción es elegir el equipo de trabajo a partir del conocimiento que estos tengan de la población, del tema, de su interés en estas problemáticas y sus posibilidades de contribuir en el desarrollo de las herramientas.

Para tener en cuenta: Esta acción se convierte en una selección inicial para definir las herramientas a implementar, puesto que el facilitador prioriza unas poblaciones a partir de dicha selección (Ver [Apéndice 3](#)). Sin embargo se recomienda, una vez el grupo de trabajo se consolide, revisar las decisiones iniciales y ver su pertinencia.

4.2. ¿Cómo puedo organizar el trabajo en equipo?

Objetivo: Organizar el proceso a desarrollar y convocar al equipo de trabajo definido, para el desarrollo y ajuste de las herramientas en cada territorio.

Cada territorio luego de identificar los principales actores que participan en el proceso, deberá tener en cuenta las condiciones mínimas para la organización del encuentro que permitan un trabajo efectivo en la adecuación e implementación de las herramientas. En la medida que las condiciones del espacio sean las adecuadas los participantes tendrán una mayor disposición y los resultados del trabajo serán los esperados.

De esta forma es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Fijar el tema y definir objetivos. Si bien el punto de partida es el consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT es conveniente reflexionar cuál sería la manera más sencilla, clara y atractiva de definir tanto el tema central como los objetivos a trabajar.

- Definir cuál es la motivación para que los actores identificados se vinculen a este proceso. Todos los actores involucrados deberán entender la relevancia del tema, lo que se traducirá en el compromiso con el que se abordarán las acciones.
- Preparar los aspectos logísticos y operativos para el adecuado desarrollo del encuentro. Como cualquier espacio de trabajo en grupo se requiere tener en cuenta algunos mínimos²⁹.
- Realizar la convocatoria. Las invitaciones deben aclarar el sentido de la convocatoria, y permitir conocer a los convocados las ideas generales de lo que se debatirá y trabajará en el encuentro (Ver [Apéndice 4](#)).

Para tener en cuenta: La toma de decisiones requiere tener cierta representatividad de cada uno de los grupos poblacionales priorizados.

Según las herramientas seleccionadas se debe atender a la logística del evento, los medios adecuados para su socialización: sonido, imagen, impresiones, espacios, entre otras.

4.3. ¿Qué ajustes necesitan las herramientas según el contexto del territorio?

Objetivo: Indagar y consolidar los ajustes de forma participativa de las herramientas, que permita posteriormente ser aplicadas de cara a la realidad de cada uno de sus contextos.

Cada territorio evaluará la pertinencia de adecuar las herramientas a partir del trabajo realizado participativamente (Ver Figura 21).

Es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Desarrollar participativamente el proceso de Adecuación de Herramientas, y en los casos en los cuales se realicen sistematizarlos en la Matriz Intervención (Ver [Apéndice 5](#)).
- Socializar y realizar los últimos ajustes que se consideren pertinentes de cada una de las herramientas frente a su contexto territorial.
- Consolidar en la Matriz Intervención los cambios (si es el caso en el territorio) propuestos con el grupo de trabajo.

²⁹ Revisar anexo 2 Gestión de encuentros en el Territorio.

- Se debe tener claridad que la adecuación de las herramientas tiene el fin de permitir el uso efectivo de las mismas, según las particularidades de cada territorio y contexto.

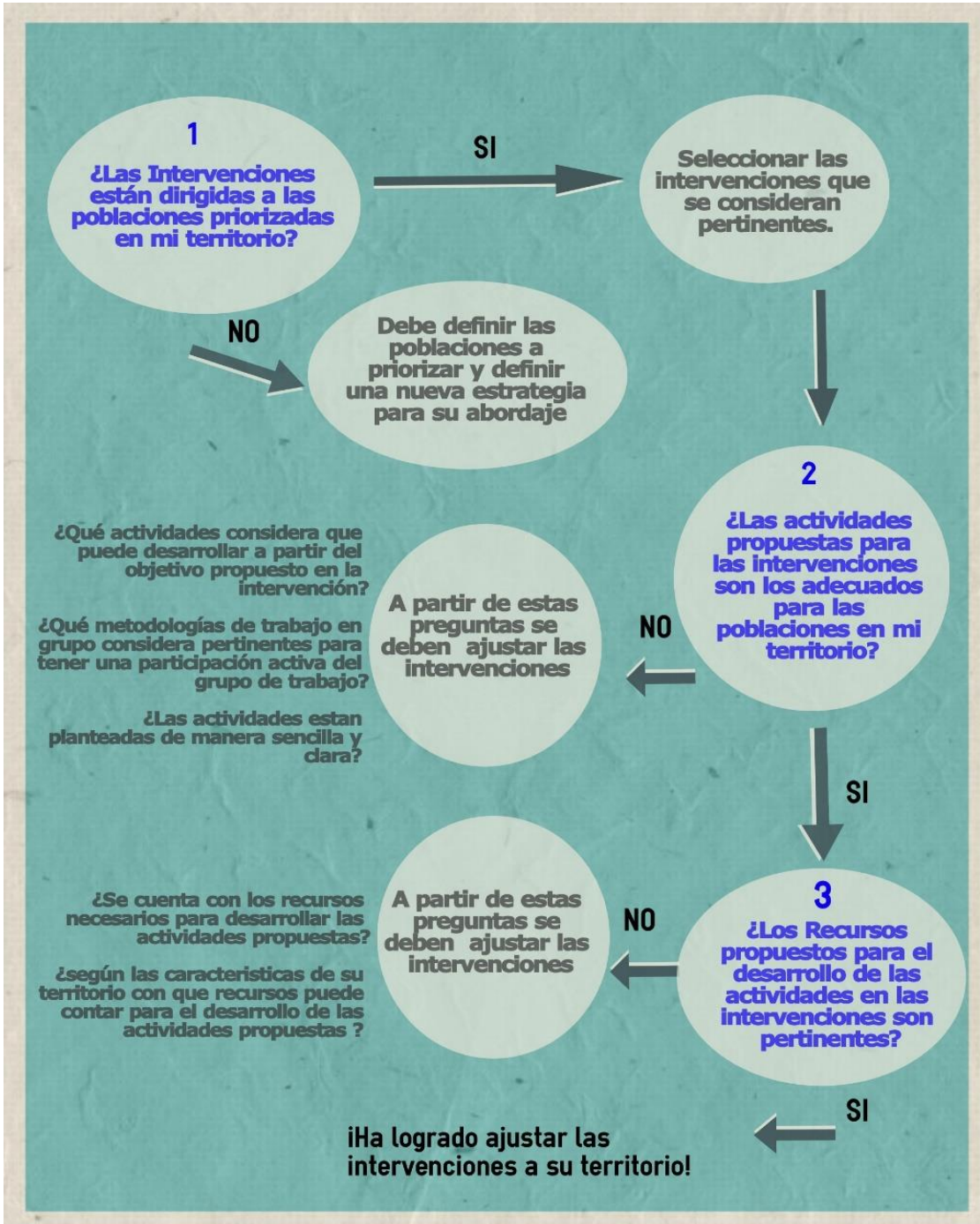


Figura 21. Continúo de adecuación de intervenciones

Para tener en cuenta: Si de los pasos anteriores se concluyó que las herramientas son acordes al contexto en su territorio, se podrán implementar en los espacios definidos por los participantes.

4.4. ¿Cómo socializar e implementar las herramientas en el territorio?

Objetivo: Identificar y organizar los actores y espacios que permitan generar estrategias de difusión, socialización e implementación de las herramientas para el abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT.

Cada territorio, teniendo en cuenta las herramientas ajustadas, identificará y organizará los diferentes actores y espacios que permitan socializar, difundir y/o la reproducción en físico de las herramientas.

Es importante tener en cuenta las siguientes acciones:

- Una vez se tienen consolidados los ajustes de las herramientas al contexto del territorio, se podrá realizar un proceso de identificación de actores que puedan ser aliados para el desarrollo y reproducción en físico de las mismas.
- Posteriormente a la identificación de actores que puedan aportar a la implementación de las herramientas (definidas por tipo de población), es importante entre el grupo de trabajo poder definir unas estrategias de acercamiento a dichos actores, para la socialización de las mismas.
- Es importante identificar en los presupuestos locales (Planes de desarrollo, recursos públicos y privados), aquellas líneas de inversión que pueden apoyar la implementación de las herramientas, y de esta forma poder ser multiplicadas en diferentes espacios.
- Por último es pertinente generar un plan de acción de espacios en los cuales se podrían socializar las herramientas, que permita abordar e impactar a la población del territorio priorizada, sobre la información referente al consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT.

Para tener en cuenta: En este paso es importante definir a partir de la experiencia y conocimientos de las personas que hacen parte del grupo de trabajo, los actores claves en el territorio donde se podrían presentar las

herramientas para que puedan ser desarrolladas y multiplicadas. La experiencia de cada persona que hace parte del proceso es fundamental para poder hacer un mapa de actores más amplio, del que puede tener una sola persona.

Referencias

- Aguirre, G. (2006). Comunicación y Aprendizajes: Notas para Promover Experiencias Educativas en la Ciudad. En M. A. Rebeil, *Anuario de Investigación de la Comunicación XIII* (págs. 365-378). Mexico: Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación de las Ciencias de la Comunicación.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2012). *Risk factors contributing to chronic disease*. Canberra: AIHW.
- Blum, H. (1971). *Planning for health*. California: Berkeley University Press.
- Bolet Astoviza, M., & Socarrás Suárez, M. M. (2003). El alcoholismo, consecuencias y prevención. *Rev Cubana Invest Biomed*, 22(1), 25-31.
- Breton, J. M. (2007). *Análisis de la publicidad preventiva de VIH/SIDA y su impacto en adolescentes en función de variables psicológicas*. Obtenido de <http://hera.ugr.es/tesisugr/1657171x.pdf>
- Busdiecker, S., Castillo, C., & Salas, I. (2000). Cambios en los hábitos de alimentación durante la infancia: una visión antropológica. *Rev Chil Pediatr*, 71(1), 5-11.
- Calvelo, J. (1998). *Los modelos de la información y de comunicación*. . Obtenido de Departamento de desarrollo sostenible de las Organización de la Naciones Unidas para la agricultura y la alimentación. : <http://www.fao.org/sd/SPdirect/CDan0022.htm>
- Castiglione, M. S. (2014). Enfermedades crónicas no transmisibles. *R. Dir. sanit.*, 15(82), 66-72.
- Castro, G. D., Maciel, M. E., Quintans, L. N., & Castro, J. A. (2015). Mecanismos involucrados en el cáncer de mama por consumo de alcohol y alternativas para su prevención. *Acta Bioquím Clín Latinoam*, 49(1), 19-37.
- Castro, J. A., Díaz Gómez, M. I., & Castro, G. D. (2006). El alcohol como toxico a largo plazo. *ATA informa*, 20(73), 16-24.
- Cismaru, M., Nagpal, A., & Krishnamurthy, P. (2009). The Role of Cost and Response-efficacy in Persuasiveness of Health Recommendations. *Journal of Health Psychology*, 14(1), 135-141.
- Claro-Galvez, A. M., & Rojas-Russell, M. (2015). La intervencion motivacional breve como metodologia de prevención. *Tipica-Boletin Electrónico de Salud Escolar*, 11(2), 154-162.
- Coe, G. A. (1998). *Comunicación en salud*. Obtenido de Revista latinoamericana de comunicación: <http://chasqui.comunica.org/coe.htm>

- Contandriopoulos, A. (2004). Integralidade da Atenção e integração dos serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema sem muros. *Cad. Saúde Pública*, 20(2), 5331-36.
- De Hoog, N., Stroebe, W., & De Wit, J. (2007). The impact of vulnerability to and severity of a health risk on processing and acceptance of fear-arousing communications: a meta-analysis. ; 11 (3), . *Review of General Psychology*, 11(3), 258-285.
- Department of health and human services. (2005). *Strengthening the Prevention and Management of Chronic Conditions*. Tasmania: Department of health and human services.
- Department of Health, Western Australia. (2012). *WA Health Promotion Strategic Framework 2012-2016*. . Perth: Chronic Disease Prevention Directorate, Department of Health, Western Australia.
- Durán Agüero, S., Carrasco Piña, E., & Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutr Hosp*, 27(4), 1031-1036.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14(1), 43-61.
- Flórez Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud*. Bogotá: Manual Moderno.
- Flórez-Alarcón, L., Vélez-Botero, H., & Rojas-Russell, M. (2014). Intervención motivacional en psicología de la salud: revisión de sus fundamentos conceptuales, definición, evolución y estado actual. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(2), 49-71.
- Floyd, D., Prentice-Dunn, S., & Rogers, R. (2000). A meta-analysis on Protection Motivation Theory. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(2), 407-429.
- Frenz, P. (2005). Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes sociales de la salud. *Rev Chil Salud Pública*, 9(2), 103- 110.
- Galeano, E. (1997). *Modelos de comunicación: desde los esquemas de "estímulo respuesta" a la "comunicación contingente"*. Buenos Aires: Macchi.
- Gatti, C. R., Villalba, R. D., Molina, G., & Alegría, H. (2006). *Salud y participación comunitaria*. Argentina: Ministerio de Salud.
- Gómez Gutiérrez, L. F., Lucumí Cuesta, D. I., & Girón Vargas, S. L. (2004). Conglomeración de factores de riesgo de comportamiento asociados a enfermedades crónicas en adultos jóvenes de dos localidades de Bogotá, Colombia: importancia de las diferencias de género. *Rev Esp Salud Pública*, 78(4), 493-504.
- Grau Abalo, J. (2003). *Calidad de Vida y Salud: Problemas en su Investigación*. Obtenido de Boletín Electrónico de la Asociación Latinoamericana de

- Psicología de la Salud, Sección Investigación en Detalle.: <http://www.alapsa.org/detalle/03/marco.htm>
- Grau Abalo, J. (2016a). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: El gran desafío. *En prensa*.
- Grau-Abalo, J. (2016b). Factores psicosociales y enfermedades crónicas: Un abordaje diferente. *En prensa*.
- Grau-Abalo, J. (2016c). La evaluación y la intervención en las enfermedades crónicas: Retos para la psicología. *En prensa*.
- Grupo de Investigación "Estilo de Vida y Desarrollo Humano" [GIEV y DH]. (2014). Estrategias de intervención motivacional breve en contextos de prevención de enfermedades no transmisibles y de promoción de la salud. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*. *Tipica*, Editorial.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). (2012). *Guía de práctica clínica para el tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*. . Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Lain Entralgo.
- Guerra de Andrade, A., & García de Oliveira, L. (2011). Principales consecuencias a largo plazo debidas al consumo moderado de alcohol. En A. Guerra de Andrade, & J. C. Anthony, *El alcohol y sus consecuencias: un enfoque multiconceptual*. Brasil: Manole; p (págs. 37-66). Brasil: Manole.
- Gutiérrez, V. (1985). *Medicina tradicional de Colombia: Magia, religión y curanderismo*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Heckhausen, J., & Heckhausen, H. (2008). Motivation and action: Introduction and overview. En J. Heckhausen, & H. Heckhausen, *Motivation and Action* (págs. 1-9). Cambridge: Cambridge University Press.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. . Seattle, WA: IHME.
- Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos. (2013). *Alcohol y el riesgo de cáncer*. Obtenido de <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/alcohol/hoja-informativa-alcohol#q3>
- Jané-Llopis, E. (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(89), 67-77.
- Jordan, C., Slater, M., & Kottke, T. (2008). Preventing chronic disease risk factors: rationale and feasibility. *Medicina (Kaunas)*, 44(10), 745-750.
- Kranz, K. M. (2003). Development of the alcohol and other drug self-efficacy scale. *Research on Social Work Practice*, 13(6), 724-741.

- Lalonde, M. (1996). El concepto de "campo de la salud": Una perspectiva canadiense. En O. (Ed.), *Promoción de la Salud: Una Antología* (págs. Publicación Científica No. 557, 3-5). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Landrove Rodríguez, O., & Gámez Bernal, A. (2005). Transición epidemiológica y las Enfermedades Crónicas No Transmisibles en las Américas y en Cuba: el Programa de intervención dentro de la estrategia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud en Cuba. *Reporte Técnico de Vigilancia*, 10(6), 1-18.
- López, L. (2006). La Negociación: Proceso Clave para Comprender a la Recepción desde la Perspectiva Culturalista Anglosajona. En M. A. Rebeil, *Anuario de Investigación de la Comunicación XIII* (págs. 171-192). México: Consejo Nacional para la Enseñanza y la Investigación de las Ciencias de la Comunicación.
- López, M., & Añez, C. (2005). Los Consejos Locales de Planificación Pública en Venezuela: Una Instancia de Participación y Capacitación Ciudadana. *Revista Venezolana de Economía Social*, 5(10).
- Lumbreras García, G., Méndez-Cabeza Velázquez, J., & Nuñez Palomo, S. (2004). Factores de riesgo en la EPOC. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 5.
- Maque, A. M. (2005). *Lengua aprendizaje y enseñanza, el enfoque comunicativo*. México: Limusa.
- Ministerio de Justicia y del Derecho & Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Gobierno Nacional de la República de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia [MSPS & UN]. (2013). *Estrategia nacional de respuesta integral frente al consumo de alcohol en Colombia*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social y Universidad Nacional de Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Colciencias. (2014). *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en población adulta*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social .
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS] & Instituto Nacional de Cancerología. (2015). *Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012-2020*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2013). *Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021: La salud en Colombia la construyes tú*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.

- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2014). *Análisis de situación de Salud. Colombia, 2014*. . Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MSPS]. (2016). *Política de Atención Integral en Salud*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2007). *Preventing and Managing Chronic Disease: Ontario's Framework*. Ontario: Ministry of Health and Long-Term Care.
- Mora Ripoll, R. (2012). Medicina del estilo de vida, la importancia de considerar todas las causas de la enfermedad. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(1), 48-52.
- Nottingham City Council. (15 de 12 de 2014). *Children and Young People's Oral Health (2014)*. Obtenido de Nottingham Shire Insight: [http://jsna.nottinghamcity.gov.uk/insight/Strategic-Framework/Nottinghamshire-JSNA/Children-and-young-people/Oral-health-in-children-and-young-people-\(2014\).aspx](http://jsna.nottinghamcity.gov.uk/insight/Strategic-Framework/Nottinghamshire-JSNA/Children-and-young-people/Oral-health-in-children-and-young-people-(2014).aspx)
- Oblitas, L. (2003). Psicología de la Salud. En L. (. Flórez-Alarcón, *El legado de Rubén Ardila. Psicología: De la biología a la cultura* (págs. 229-259). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2015). *Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Observatorio Nacional de Salud [ONS]. (2015). *Quinto Informe ONS: Carga de enfermedad por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia*. . Bogotá: Instituto Nacional de Salud.
- Oklahoma Department of Health. (2013). *Evidence-Based Strategies and Preventive Services to Reduce the Burden of Chronic Disease*. Oklahoma: Oklahoma State.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Cáncer. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Diabetes. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Nota descriptiva*. . Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). *Enfermedades cardiovasculares. Nota descriptiva*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/es/>

- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Informe mundial sobre la diabetes. Resumen de orientación*. Washington: Organización Mundial de la Salud. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204877/1/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OMS.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (s.f.). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de Determinantes sociales de la salud: http://www.who.int/social_determinants/es/
- Organización Panamericana de la Salud [OMS]. (2002). *La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud & Ministerio de la Protección Social. (2006). *Lineamientos Nacionales para la Aplicación y el Desarrollo de las Estrategias de Entornos Saludables*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SA/lineamientos-nacionales-para-la-aplicacion-y-el-desarrollo-de-las-ees.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *Plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en las Américas 2013–2019*. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud & Organización Mundial de la Salud [OPS & OMS]. (2012). *Estrategia para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, 2012-2025*. Washington.
- Ortiz, Z. (2005). Enfermedades Crónicas No Transmisibles. En R. M. Borrell Bentz, *Municipios Saludables. Portafolio Educativo* (págs. 209-230). Buenos Aires: OPS-MSAN.
- Oswal, K. C. (2010). A common risk approach for oral health promotion and prevention. *Indian J Dent Re*, 21(2), 157.
- Peñaloza, R. E. (2014). *Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.

- Perea Quesada, R. (2004). *Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo*. Madrid: Editorial Díaz de Santos.
- Petersen, P. E., Bourgeois, D., Bratthall, D., & Ogawa, H. (2005). Oral health information systems - towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 686-693.
- Pineda Granados, F. Y. (2014). La participación en salud, factores que favorecen una implementación efectiva. *Monitor Estratégico*(6), 10-20.
- Plaza, V. (2011). *Neumología práctica para atención primaria*. Barcelona: Marge Medica Books.
- Restrepo, H. E., & Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo Construir Vida Saludable*. Bogotá: Editorial Médica Panamericana.
- Ricci, B., & Bruna, Z. (1990). *La comunicación como proceso social*. México: Grijalbo.
- Robledo Posada, G., & Díaz Piñera, W. J. (2012). Enfermedades no transmisibles. Tendencias actuales. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 13(2), 50-54.
- Ryff, C., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9(1), 1-28.
- Salazar, L. (2007). *Haciendo funcionar los sistemas de vigilancia en América Latina: Una mirada política y gerencial para incrementar viabilidad, sostenibilidad e impacto de la vigilancia de factores de riesgo asociados a Enfermedades Crónicas No Transmisibles*, ECNT. Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Sapag, J., Lange, I., Campos, S., & Piette, J. (2010). Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev Panam Salud Publica.*, 27(1), 1-9.
- Solís Torres, A., Alonso Castillo, M. M., & López García, K. S. (2009). Prevalencia de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. *SMAD, Revista Electrónica en Salud Mental, Alcohol y Drogas*, 5(2), 1-13.
- Téllez, J., & Cote, M. (2006). Alcohol Etílico: Un tóxico de alto riesgo para la salud humana socialmente aceptado. *Rev Fac Med Univ Nac Colomb*, 54(1), 32-47.
- Terris, M. (1992). Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En OPS, *La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate* (págs. 185-204). Washington: OPS.
- Tobon, O. (s.f.). *El autocuidado una habilidad para vivir*. Obtenido de <http://www.alcoholinformate.org.mx/AUTICUIDADO.pdf>

- UNODC . (2011). *Manual de Viaje. Guía para diseñar y realizar campañas de prevención frente al consumo de drogas.*
- Vélez-Botero, H. (2010). *Efecto de sensibilización pretest del programa CEMA-PEMA de prevención selectiva del abuso alcohólico. Tesis de Maestría.* Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Velez-Botero, H., & Flórez-Alarcón, L. (2015). Aplicación del programa "Competencia Social y salud Escolar" (CSSE) en colegios públicos de bogotá por un grupo de investigación de la Universidad Nacional de Colombia. *Tipica-Boletín Electronico de Salud Escolar*, 11(2), 130-153.
- Watt, R. G. (2005). Strategies and approaches in oral disease prevention and health promotion. *Bulletin of the World Health Organization*, 83(9), 711-718.

Apéndices

Apéndice 1. Síntesis PDSP, Dimensiones relacionadas con ECNT y consumo de alcohol

		Dimensión	
		Vida saludable y condiciones no transmisibles ³⁰	Convivencia social y salud mental ³¹
Objetivos de la dimensión		<p>a. Promover, desarrollar e implementar una agenda transectorial que eleve como prioridad en las políticas de todos los sectores la promoción de la salud, el control de las ECNT (...) comunicativa, a partir de programas socio-sanitarios, para combatir la pobreza y fortalecer el desarrollo socioeconómico.</p> <p>b. Favorecer de manera progresiva y sostenida la reducción a la exposición a los factores de riesgo modificables en todas las etapas del transcurso de vida.</p> <p>c. Generar condiciones y fortalecer la capacidad de gestión de los servicios, para mejorar la accesibilidad y la atención integral e integrada de las ECNT (...) reduciendo brechas en la morbilidad, mortalidad, discapacidad, eventos evitables y en los factores de riesgo modificables.</p> <p>d. Fortalecer la capacidad del país para gestionar y desarrollar la vigilancia, el monitoreo social y económico de las políticas y las intervenciones de salud pública, en coherencia con el marco global y regional para ECNT (...) y los Determinantes Sociales de la Salud relacionados.</p> <p>e. Apoyar y fomentar el desarrollo de capacidades para la investigación en materia de promoción de la salud, prevención y control de las ECNT (...) y sus Determinantes Sociales de la Salud.</p>	<p>a. Generar espacios que contribuyan al desarrollo de oportunidades y capacidades de la población que permitan el disfrute de la vida y el despliegue de las potencialidades individuales y colectivas para el fortalecimiento de la salud mental, la convivencia y el desarrollo humano y social.</p>
	Componente(s) y Objetivos del Componente	<p>Modos, condiciones y estilos de vida saludables:</p> <p>a. Promover el desarrollo del marco político, normativo, estratégico transectorial y comunitario para el desarrollo e implementación de medidas y otras disposiciones que favorezcan positivamente las condiciones de vida y bienestar de las personas, familias y comunidades.</p> <p>b. Desarrollar acciones transectoriales y comunitarias que garanticen infraestructuras, bienes y servicios saludables de manera diferencial e incluyente.</p> <p>c. Crear condiciones para el desarrollo de aptitudes personales y sociales que permitan ejercer un mayor control sobre la propia salud y sobre el medio ambiente, de tal forma que las personas opten por decisiones informadas que propicien su salud.</p> <p>d. Desarrollar acciones encaminadas al fortalecimiento de la movilización, construcción de alianzas y desarrollo de redes de apoyo para el empoderamiento y la corresponsabilidad social por una cultura</p>	<p>Prevención y atención integral a problemas y trastornos mentales y a diferentes formas de violencia:</p> <p>b. Fortalecer la gestión institucional y comunitaria para garantizar la atención integral de los problemas y trastornos mentales y los eventos asociados, incluyendo el consumo de sustancias psicoactivas, epilepsia, violencia escolar entre pares, suicidio y otros eventos emergentes, en población general y poblaciones e</p>

³⁰ Conjunto de políticas e intervenciones sectoriales, transectoriales y comunitarias que buscan el bienestar y el disfrute de una vida sana en las diferentes etapas del transcurso de vida, promoviendo modos, condiciones y estilos de vida saludables en los espacios cotidianos de las personas, familias y comunidades, así como el acceso a una atención integrada de condiciones no transmisibles (ver glosario) con enfoque diferencial (PDSP, 2014; 143-144).

³¹ Espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitaria que, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de la violencia, contribuya al bienestar y al desarrollo humano y social en todas las etapas del ciclo de vida, con equidad y enfoque diferencial, en los territorios cotidianos (PDSP, 2014; 143-154).

Dimensión		
	<i>Vida saludable y condiciones no transmisibles³⁰</i>	<i>Convivencia social y salud mental³¹</i>
	que promueva y proteja la salud.	individuos en riesgos específicos.
Metas	Meta 17. A 2021, se mantienen por debajo de 12% el consumo nocivo de alcohol (de riesgo y perjudicial) en la población general ³² . Meta 18. A 2021, se pospone la edad promedio de inicio de consumo de alcohol en adolescentes por encima de 14 años ³³ .	10. A 2021 reducir a 3,4 por 1.000 habitantes los AVISAS perdidos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de alcohol en población general ³⁴ .
Estrategias del componente	<p>a. Políticas públicas intersectoriales: comprende la inclusión de la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable en todas las políticas públicas, con enfoque de equidad; y la elaboración e implementación de una política transectorial de estilos de vida saludable.</p> <p>b. Alianzas transectoriales para la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludable: implica la participación de varios sectores en la generación de infraestructuras, espacios, bienes y servicios sostenibles, orientados a (...) la disminución en la exposición y el consumo nocivo de alcohol (...).</p> <p>d. Control sobre la disponibilidad, comercialización y acceso de bebidas alcohólicas: su densidad por unidad vendida y la vigilancia del consumo de los mismos, como factor de riesgo para diversos órganos, enfermedad cardiovascular y cáncer.</p> <p>e. Regulación de la publicidad, promoción, patrocinio y comercialización, que proteja, informe y eduque en hábitos y estilos de vida saludable (...).</p> <p>f. Fortalecimiento de las capacidades técnica, científica y operativa, para el ejercicio de la rectoría y autoridad sanitaria en el orden nacional y territorial en el manejo de las ECNT (...) y sus factores de riesgo.</p> <p>g. Desarrollo de sistema de incentivos fiscales y no fiscales que promuevan y garanticen la oferta y demanda efectiva de bienes y servicios que cumplan con las recomendaciones de la OMS contenidas en la (...) "Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol" y otros que se acuerden con la Comisión Intersectorial de Salud Pública.</p> <p>i. (...) atención integral de las ENT; con especial interés en la primera infancia y la activa participación de los jóvenes.</p> <p>j. Participación social activa para la construcción, desarrollo, monitoreo y evaluación de procesos que permitan a la población incrementar el control sobre su salud y bienestar; y tener incidencia política y ejercer el control social para la promoción de la salud, la afectación de los determinantes sociales y el control de las enfermedades no transmisibles (...).</p> <p>k. Desarrollo de plataformas y proyectos multipropósito transectoriales, incluidos los programas de atención social y de lucha contra la pobreza, que promuevan condiciones para la promoción de los hábitos y estilos de vida saludable, (...) la reducción del consumo nocivo de alcohol (...).</p> <p>l. Información, comunicación y educación que incentive la adopción de estilos de vida saludable, el reconocimiento de riesgos, y que aporte elementos que permitan responder de manera asertiva a los retos de</p>	d. Estrategia nacional frente al consumo de alcohol: mediante acciones transectoriales y comunitarias que promuevan la reducción del consumo nocivo de alcohol y su impacto en la salud pública.

³² Indicador de Resultado 11. Prevalencia de consumo de alcohol

³³ Indicador de Gestión 12. Edad de inicio del consumo de alcohol en adolescentes colombianos

³⁴ Indicador de Resultado 3. Prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento asociados al consumo de alcohol

Dimensión	
<i>Vida saludable y condiciones no transmisibles³⁰</i>	<i>Convivencia social y salud mental³¹</i>
<p>la vida diaria; que promueva las capacidades individuales y colectivas, y la movilización de los diferentes grupos humanos que favorecen la cultura de la salud, el autocuidado y el desarrollo de habilidades en los diferentes ámbitos de la vida cotidiana.</p> <p>m. Desarrollo de entornos que promuevan estilos de vida saludable y protejan la salud: incluye el desarrollo e implementación de procesos de certificación de entornos saludables; intervenciones poblacionales adaptadas a los entornos cotidianos de las personas y a las características socioculturales de la población; y el desarrollo de instrumentos urbano/rurales, entre otros, dentro del Plan de Ordenamiento Territorial POT.</p>	

Apéndice 2.1. Instrumento Pedagógico de apoyo: Video Estrategia 4x4.

Descripción: Video que expone la Estrategia 4x4, dando ideas generales para la prevención y control de las ECNT más prevalentes en Colombia; a partir del reconocimiento del consumo nocivo de alcohol, el consumo y exposición al humo de cigarrillo, la inactividad física y la alimentación no saludable, como los cuatro factores de riesgo comportamentales que más contribuyen a la aparición de estas enfermedades.

Contenido: Para dar a conocer la relación existente entre el consumo nocivo de alcohol y las enfermedades crónicas no transmisibles, así como el marco de actuación asociado a ellas se desarrollan los siguientes temas:

- Concepto de ECNT.
- ECNT de mayor prevalencia.
- Factores asociados al desarrollo de ECNT.
- Estrategia 4x4.
- Importancia del cuidado para la prevención de las ECNT.



Ver material en: <https://youtu.be/6I9R3ib9glw>

Fundamento conceptual: Estos contenidos se desarrollan a partir de la información de entidades internacionales (OPS, 2014; 2012) y nacionales (MSPS, 2013; 2016; Ministerio de Salud y Protección Social & Universidad Nacional de Colombia, 2013).

Apéndice 2.2. Instrumento Pedagógico de apoyo: Árbol de Propósitos

Descripción: Figura tridimensional armable, con cuatro caras en las cuales se pueden escribir o pegar elementos decisorios de los proceso de autorregulación como parte de la planeación y seguimiento al cambio de estilos de vida para la prevención de ECNT y/o el manejo de las mismas.

Contenido: Guía de preguntas fundamentadas en la metodología PRISA-NO para la gestión autorregulada y autodeterminada del proceso de cambio comportamental. Estas preguntas se orientan a la determinación de:

- Un propósito de cambio.
- Un balance decisonal.
- Un plan de cambio.
- Un proceso de evaluación de resultados.



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Arbol-de-propositos.zip>

Apéndice 2.3. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Trabajo para Profesionales.

Descripción: Documento guía de trabajo con información técnica especializada orientada a profesionales en salud, acerca de ECNT y el papel del consumo nocivo de alcohol.

Contenido: Se plantean 6 tópicos de análisis, cada uno de los cuales aborda uno de los siguientes temas:

- Concepto e impacto de ECNT en la salud pública colombiana
- Enfermedades Cardiovasculares: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- Cáncer: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- Diabetes: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- EPOC: Carga de la enfermedad, funcionamiento del alcohol como factor de riesgo, recursos nacionales para el abordaje.
- Consumo de alcohol: Prevalencia de la problemática, efectos del consumo nocivo, recursos nacionales para el abordaje.



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Guia-trabajo-profesionales.zip>

Apéndice 2.4. Instrumento Pedagógico de apoyo: Lotería Saludable

Descripción: Material gráfico de pequeño formato con información respecto a la importancia de posponer la edad promedio de inicio de consumo de alcohol, como parte de la estrategia para reducir las prevalencias de las ECNT. Esta información está dirigida a los adultos cuidadores de niños (familias, docentes) de tal forma que sean ellos quienes a partir de sus propias dinámicas, puedan socializar esta información incorporándola como parte del trabajo cotidiano a realizar con niñas y niños.

La lotería incluye tableros temáticos en donde por medio de la imagen se fortalecen actitudes favorables con respecto a los estilos de vida saludable en niños entre los 6 y los 9 años de edad.

Contenido: Se plantean 6 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud

- Nutrición
- Deporte/Actividad física
- Juego/Tiempo Libre
- Familia
- Autocuidado
- Factores de riesgo



Ver material en:

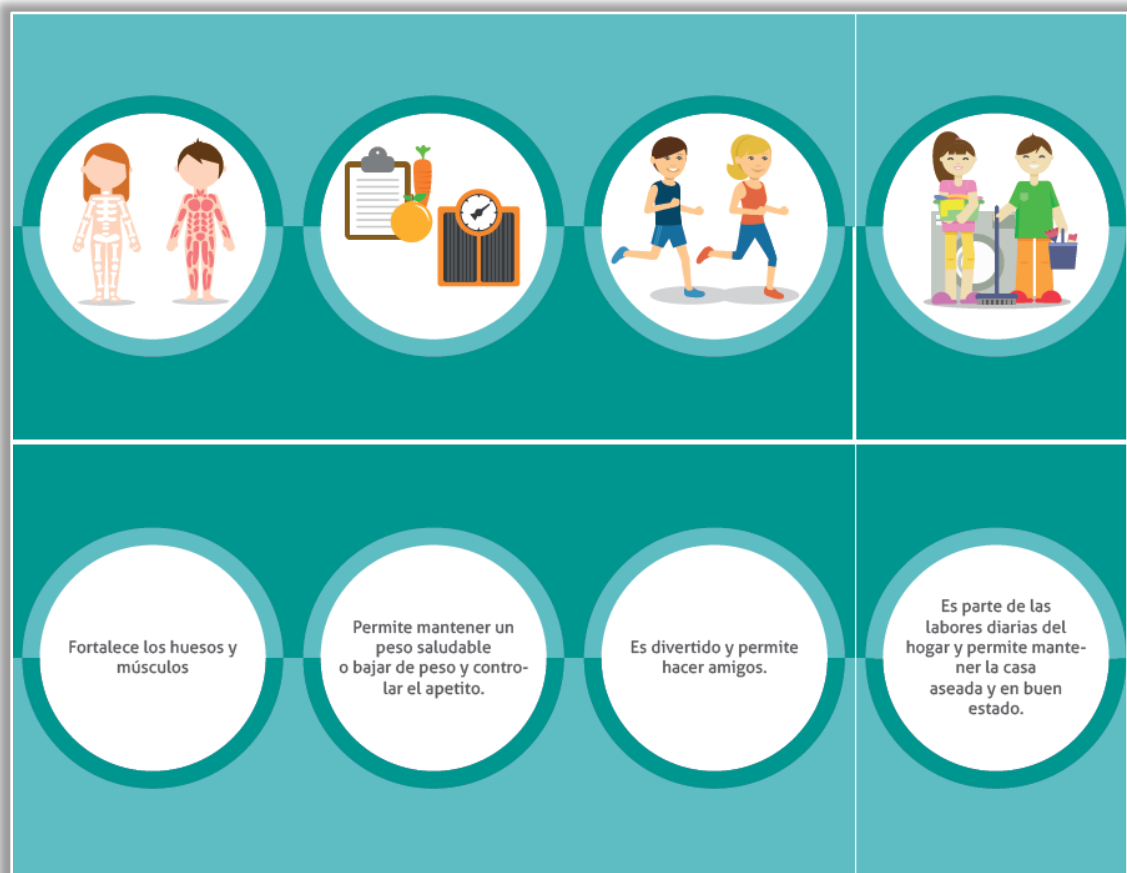
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Loteria-saludable.zip>

Apéndice 2.5. Instrumento Pedagógico de apoyo: EmparejaDos

Descripción: Material gráfico de pequeño formato, dirigido a jóvenes y adultos cuidadores, para que mediante un juego de competencia puedan socializar información con respecto a estilos de vida saludables en el contexto cotidiano.

Contenido: Se plantean 4 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud.

- Alimentación saludable
- Deporte/Actividad física
- Consumo de alcohol
- Consumo de tabaco



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/EmparejaDos.zip>

Apéndice 2.6. Instrumento Pedagógico de apoyo: Diseños Digitales

Descripción: Propuesta de elementos gráficos para ser utilizada a través de las redes sociales e internet, tales como: banner, ventanas, marcos, animaciones, entre otros, a partir de los cuales los territorios puedan fortalecer las estrategias de comunicación virtual alusivas a estilos de vida saludable y relación al consumo nocivo de alcohol.

La idea esencial de esta pieza es que los jóvenes sean parte del diseño de las mismas, dando un espacio para incorporar a las mismas imágenes y/o fotografías propias.

Contenido: Se plantean 4 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud

- Consumo de alcohol
- Relaciones familiares y pares
- Alimentación saludable
- Deporte/Actividad física



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Disenos-digitales.zip>

Apéndice 2.7. Instrumento Pedagógico de apoyo: ElParcheSaludable

Descripción: Material gráfico con información sencilla, creativa y pertinente para adultos jóvenes, en relación al consumo de alcohol como un factor de riesgo para las ECNT, así como los posibles factores protectores que pueden mejorar su calidad de vida.

Contenido: Se plantean 4 temas relacionados con estilos de vida saludable y salud

- Consumo de alcohol.
- Relaciones familiares y pares.
- Alimentación saludable.
- Deporte/Actividad física.



Ver material en:

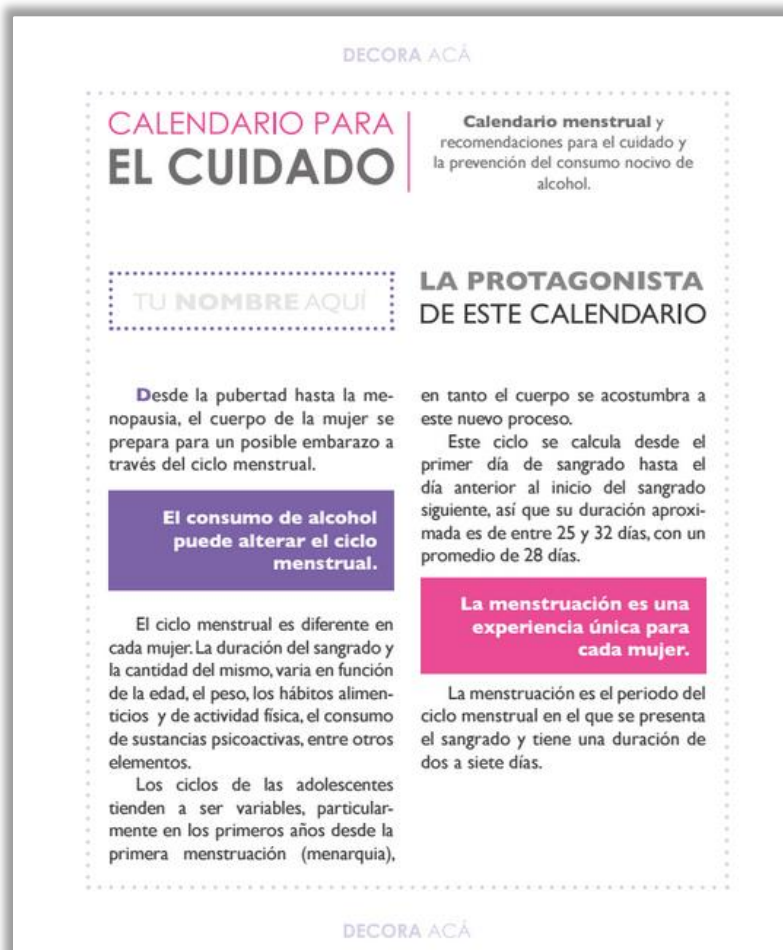
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/El-parche-saludable.zip>

Apéndice 2.8. Instrumento Pedagógico de apoyo: Calendario para el cuidado.

Descripción: Calendario menstrual que busca generar un espacio de cuidado y autocuidado de la mujer, a partir del manejo de su ciclo menstrual, abordando mensajes y recomendaciones clave sobre el cuidado y autocuidado de su cuerpo, así como factores de alcohol que perjudican su salud.

Contenido: Desde el cuidado y autocuidado de la mujer, a través del abordaje del ciclo menstrual, se proporcionan mensajes para el fomento de hábitos saludables haciendo énfasis en el consumo de alcohol es factor de riesgo para ciertas ECNT en la mujer. Para esto se abordan 3 temas:

- Consumo de alcohol y ECNT.
- Ciclo Menstrual.
- Efectos del alcohol en las mujeres.



Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Calendario-para-el-Cuidado.zip>

Apéndice 2.9. Instrumento Pedagógico de apoyo: Guía de Álbum-Diario

Descripción: Material gráfico con mensajes cortos reflexivos, sobre los efectos del alcohol en relación a las ECNT para el embarazo y lactancia, para la prevención y promoción sobre los efectos del alcohol en relación a las ECNT para el embarazo y lactancia. El mensaje es alrededor de los buenos hábitos, el cuidado y el autocuidado.

Contenido: Se aborda el embarazo y la maternidad desde diferentes momentos:

- Preconcepción.
- El embarazo (por trimestres).
- Parto.
- Posparto y lactancia materna.
- Síndrome fetal alcohólico.

Queriendo ser mamá

EL

Embarazo

Queriendo ser mamá

El embarazo normalmente dura 40 semanas, contadas desde el primer día de la última menstruación.

En este periodo la madre vive muchos cambios físicos y emocionales, y aunque pueden generar molestias e incomodidad como náuseas, mareos y vómitos, dolores de cabeza, hormigueos y calambres, varices y hemorroides, molestias de espalda, gases y estreñimiento, aumento del tamaño de los senos, cambios de humor, incremento de la sudoración, cambios en el color de la piel, los lunares y el vello.

Para evitar y manejar estas molestias:

- Practique ejercicio diariamente, mínimo 30 minutos.
- Use zapatos bajos, evite estar sentada o de pie por mucho tiempo.
- Haga comidas pequeñas pero frecuentes y regulares.
- Coma despacio e hidrátase constantemente.
- Use crema hidratante y protéjase del sol.
- Prefiera ropa exterior e interior holgada.
- Exprese sus sentimientos y busque apoyo en su familia y el personal de salud.

Tenga presente...

El consumo de alcohol durante el embarazo produce una serie de problemas, denominados "Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal" (TEAF).

El Síndrome Alcohólico Fetal (SAF) es el más conocido de estos efectos y se caracteriza porque los bebés cuyas madres han consumido alcohol durante el embarazo presentan malformaciones faciales, deficiencias de crecimiento y déficits del sistema nervioso central generalmente asociados con retraso mental.

Después del embarazo, consumir alcohol reduce la producción de la leche lo cual afecta directamente el desarrollo del bebé: ya que los pequeños duermen menos, ganan poco peso y pueden desarrollar posibles retrasos en el crecimiento.

Durante el embarazo se realiza el Control Prenatal y se recomienda al menos una cita en cada trimestre. Este control incluye consultas con profesionales de la salud, pruebas de laboratorio, ecografías e intervenciones o procedimientos médicos, para vigilar que su embarazo marche normalmente y en lo posible culmine con éxito.

En estas citas, el profesional estará especialmente atento a sus hábitos, le indicará que vacunas recibir y que medicamentos consumir. Le darán recomendaciones de suspender el consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas para evitar riesgos para usted y su bebé.

Ver material en:

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Guia-album-diario.zip>

Apéndice 3. Consideraciones generales para tener en cuenta como facilitador del proceso

Evaluación del trabajo realizado. En cada uno de los pasos de adecuación y socialización de las herramientas, debe hacerse ciertas preguntas que le permitan ver si lo realizado hasta el momento va por buen camino. Por ejemplo:

- ¿Planteé mis intervenciones correctamente, lograron el objetivo propuesto?
- ¿La discusión fue espontánea?
- ¿Evité favorecer a individuos o grupos?
- ¿Conseguir actitudes positivas en los participantes?
- ¿Evité hacer el papel de experto?
- ¿Se mantuvo el interés por el encuentro?
- ¿Utilice adecuadamente los medios?
- ¿Se asignaron responsabilidades?

Ser Incluyente. Un buen proceso para el ajuste de las herramientas en el territorio es importante que sea abierto a todos los interesados en el mejoramiento de los estilos de vida saludable y calidad de vida.

Participación de personas que hacen parte del objetivo de las herramientas. Se debe involucrar en el proceso de validación a los actores clave, que puedan aportar en la definición de las principales características de las poblaciones, que son objeto de análisis para el uso de las herramientas.

Manejo de Conflicto. Si el grupo tiene diversos puntos de vista, los conflictos entre los participantes pueden aparecer. Los facilitadores pueden reconocer las diferencias, quizá tomando nota de las diversas experiencias que dan lugar a las diferencias. Para resolver los conflictos, pueden intentar elevar la discusión a un nivel superior en el que puede haber una base para acuerdo. Recordando al grupo que todos están trabajando sobre la base de mejorar las condiciones de salud de la comunidad a partir del abordaje del consumo de alcohol como factor de riesgo de las ECNT.

Apoye y anime. Es importante proporcionar apoyo y ánimo a lo largo del proceso de ajuste de herramientas 4x4. Una buena planificación requiere tiempo; por lo general requiere meses para producir un plan detallado de acción. Reconocer las contribuciones de todos los participantes, especialmente los líderes clave. La retroalimentación es positiva.

Apéndice 4. Gestión de Encuentros en el Territorio

Los encuentros con las comunidades constituyen una tarea fundamental para el trabajo en el territorio por parte de los profesionales de salud (Facilitadores). A lo largo de todas las fases del proceso de socialización y multiplicación de herramientas en el marco de las ECNT estarán presentes diversos tipos de encuentros: para informar, para recoger información, para intercambiar puntos de vista, para llegar a un acuerdo, para generar ideas, para tomar decisiones.

Pero es especialmente importante familiarizarse y profundizar en técnicas de gestión de reuniones de cara a la fase de implementación de herramientas, lo cual facilitará el ejercicio de conseguir resultados satisfactorios de las mismas. Se ofrecen algunos de los elementos a tener en cuenta en la gestión de los encuentros:

Preparación del encuentro. Para que el encuentro sea productivo tiene que estar bien preparado; para ello hay que tener en cuenta tanto los aspectos materiales y formales como los funcionales:

1. En primer lugar, hay que fijar el tema del encuentro: de qué se va a hablar y con quién. Definición de los objetivos (qué se quiere conseguir con el encuentro), clasificándolos por orden de prioridad (si son muchos se hacen varios encuentros).
2. Planificar el desarrollo del encuentro: elaboración de un orden del día en el que se incluyen los temas a tratar y los tiempos asignados a los mismos. Este plan debe ser abierto y flexible, teniendo en cuenta que nunca se debe sobrepasar el tiempo total previsto para la reunión.
3. Convocatoria al encuentro: se debe establecer un primer contacto personal, preferiblemente por teléfono, con todos los asistentes con el fin de motivarlos e indagar sobre los horarios y fechas más adecuadas. Una vez fijada la fecha y hora más conveniente, se hará una convocatoria escrita en la que se incluirán: los propósitos de la reunión, el orden del día, los asistentes, lugar, fecha, horario y duración, los intervalos previstos (tentativos) y el detalle de documentación informativa previa que se adjunta.
4. Organización del encuentro: aspectos logísticos y operativos son importantes para el ejercicio, hacer un recordatorio de la convocatoria y asegurarse de la asistencia de los participantes.
 - Lugar del encuentro: un espacio confiable, cómodo y luminoso, con el mayor nivel de privacidad posible. Dado que las personas que asistirán a la reunión procederán de distintos lugares, evaluar el lugar más adecuado (céntrico, de fácil acceso) y aceptado por los participantes.
 - Medios técnicos. Si se va a utilizar Computador y Video beam, grabadora, entre otros, verificar su estado y su posibilidad de utilización.

Desarrollo del encuentro. Es conveniente estar presente al menos con media hora de antelación en el lugar del encuentro con el doble fin de verificar si la sala está perfectamente acondicionada y de recibir personalmente a todos los asistentes. Una vez tomado asiento, el facilitador dará inicio a la reunión siguiendo los siguientes pasos:

1. Presentación de la persona que dirigirá del encuentro: profesional de salud.
2. Bienvenida y agradecimiento a los asistentes.
3. Presentación de los asistentes.
4. Presentación del tema y de los objetivos del encuentro.
5. Revisión del orden del día y asignación de tiempos para cada punto.
6. Elegir, si no se había hecho previamente, a una persona que tomará notas para elaborar un acta del encuentro (el acta con los acuerdos alcanzados se enviará a todos los asistentes con posterioridad).

Evaluación del encuentro. Al terminar el encuentro es importante hacer una evaluación del encuentro realizado, para saber si se cumplió con los objetivos propuestos, para lo cual se propone responder algunas preguntas, que servirán de guía para dicho proceso.

- ¿Realicé toda la preparación previa al encuentro?
- ¿Empecé a la hora prevista?
- ¿Planteé mis intervenciones correctamente, lograron el objetivo propuesto?
- ¿Intervinieron todos los asistentes?
- ¿La discusión fue espontánea?
- ¿Evité favorecer a individuos o grupos?
- ¿Conseguí actitudes positivas en los participantes?
- ¿Devolví las preguntas al grupo?
- ¿Evité hacer el papel de experto?
- ¿Se mantuvo el interés por el encuentro?
- ¿Utilicé adecuadamente los medios?
- ¿Se asignaron responsabilidades?
- ¿Terminamos a la hora prevista?

Apéndice 5. Matriz de Intervención

Población priorizada	Objetivo de la intervención	Herramienta (s)	Uso		
			Medio	Dónde (Entorno)	Como