



INFORME DE CARACTERIZACIÓN SOCIO-FAMILIAR DE LOS BENEFICIARIOS DE LOS
HCB-FAMILIARES DE LA ASOCIACIÓN SAN MARTÍN DEL CENTRO ZONAL CÚCUTA
TRES, SEGUNDO SEMESTRE ACADÉMICO DE 2018.

Presentado por:
Ximena Sarasty Ordoñez
COD. 1094278690
Nutricionista Dietista en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
Docente supervisor Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



INTRODUCCIÓN

La Modalidad Comunitaria para la atención a la primera infancia se plantea como un escenario de acogida para niñas y niños menores de 5 años, sus familias y cuidadores, tiene como finalidad promover de manera intencionada el desarrollo de niñas y niños, con la participación de talento humano idóneo, responsable de planear y gestionar acciones tendientes a la garantía de los derechos, con la participación y protagonismo de la familia y la comunidad, a través de estrategias de corresponsabilidad de parte de la sociedad civil, generando dinámicas que promueven relaciones vecinales de solidaridad, cooperación y confianza, en el marco del desarrollo de la comunidad y la construcción de paz para generar un ambiente enriquecido que fomente el desarrollo integral de niñas y niños en primera infancia. (ICBF, 2018)

Es por esto que el proceso de caracterización sociofamiliar se convierte en el instrumento clave y punto de partida que permite identificar y realizar el levantamiento de información sobre las condiciones de vida, las experiencias y relaciones sociales en las que viven las niñas, los niños y sus familias; siendo esta información necesaria para planear las acciones que promueven su desarrollo integral; para lo cual el Instituto Colombiano de Bienestar familiar cuenta con una ficha de caracterización subdividida en tres módulos, en el módulo I contiene preguntas sobre los niños y niñas menores de 5 años que permiten identificar puntos críticos en algunas de las áreas de desarrollo, en el módulo II se encuentran variables que permiten la identificación de factores generales en las condiciones de vivienda, de las relaciones y composición familiar, así como los datos de identificación del beneficiario y en el Módulo III se encuentran variables específicas sobre las madres gestantes, y algunas sobre las madres lactantes. Este módulo busca identificar factores protectores y de riesgo para promover un embarazo y una preparación para el parto, adecuados, en las áreas familiares, de salud y de nutrición. (ICBF, 2018)

Este proceso está a cargo de los agentes educativos de las unidades de servicio y junto con el apoyo de la Entidad administradora del servicio deben garantizar que la información sea precisa y permita reconocer aspectos en común y diferenciales del conjunto de niñas, niños y sus familias, que hacen parte del servicio, con el fin de que la interpretación de los datos sirva de base para la construcción de la propuesta de trabajo y se implementen los procesos de planeación pedagógica necesarios en la atención de niñas y niños. (ICBF, 2018)

Con fines académicos, la Nutricionista Dietista en formación de X semestre de practica Campos de Acción Profesional desarrolló el ejercicio de análisis e interpretación de la ficha de caracterización socio familiar de la asociación San Martín suministrada por el centro zonal Cúcuta tres, permitiendo describir de forma estructurada las condiciones de vida de los niños, niñas y sus familias objeto de intervención.



OBJETIVO GENERAL

Identificar las características socio familiares que influyen en el estado nutricional, como insumo para el diagnóstico nutricional, mediante el análisis de las fichas de caracterización de los niños y niñas de los HCB- familiares del centro zonal 3 del municipio san José de Cúcuta durante el segundo semestre académico de 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Efectuar la revisión de las fichas de caracterización con el fin de establecer las condiciones generales e individuales que influyen en el estado nutricional de los niños y niñas de los HCB- familiares del centro zona 3.
- ❖ Desarrollar un análisis de las condiciones de vida de los niños, niñas y familias con base en los resultados obtenidos para las variables seleccionadas de la fichas de caracterización.
- ❖ Efectuar una presentación formal de los resultados obtenidos de la caracterización de la población beneficiaria de la Asociación San Martín.

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**

METODOLOGÍA

Para el análisis de las fichas de caracterización de los beneficiarios de los Hogares comunitarios de bienestar- familiares, pertenecientes a la asociación San Martín del Centro Zonal Cúcuta Tres, fue necesario realizar un proceso, que incluyó una serie de actividades, las cuales se describen a continuación.

1. Solicitud de las fichas de caracterización

Se realizó la solicitud de las fichas de caracterización de la asociación San Martín, a la doctora Diana Sanabria encargada de herramientas digitales del centro zonal Cúcuta tres, quien refirió solo suministrar la información a la Nutricionista dietista Sandra Echeverría, por lo que se realizó un nuevo acercamiento con la compañía de la Nutricionista, quien suministro una memoria para transferir la información y posteriormente suministrarla a los ND en formación.

2. Selección de las variables a tener en cuenta de las fichas de caracterización.

Se realizó una revisión de las fichas de caracterización para determinar que variables tener en cuenta en el análisis, para lo cual se presentó en asesoría a la docente supervisora un listado de dichas variables y se concretó después de realizar nuevamente una revisión de la ficha añadir otras variables de importancia para un total de 25 variables a tener en cuenta, las cuales son:

- Información del niño:
 - Se encuentra afiliado al Sistema de Seguridad Social
 - En caso de no estar afiliado al Sistema de Seguridad Social ¿Cuál es la razón?
 - ¿La niña o niño cuenta con el carnet de vacunación actualizado?
 - En caso de que no contar con el carnet de vacunación al día según la edad de la niña o el niño, ¿Cuál es la razón?
 - Si la niña o el niño es mayor de un (1) año, ¿Ha asistido a controles de salud oral?
 - En caso de no haber asistido a controles de salud oral, ¿Cuál es el motivo por el cual no ha asistido a los controles?
 - La niña o niño cuenta con el carnet actualizado de crecimiento y desarrollo
 - Peso al nacer de la niña o el niño
 - Talla al nacer de la niña o el niño
 - ¿ha recibido en el último año antiparasitarios, por parte de algún servicio de salud?
- Información de los padres
 - Edad
 - Nivel de escolaridad
 - Situación laboral
 - Aporta al sustento económico
- Características de la vivienda del beneficiario
 - Tipo de Vivienda
 - Tipo de tenencia de la vivienda
- Condiciones de habitabilidad
 - Número de personas que conforman el núcleo familiar y conviven en la misma vivienda

- ¿Las niñas y niños duermen con adultos en la misma habitación?
- ¿Las niñas o niños duermen con adultos en la misma cama?
- ¿La vivienda cuenta con espacios independientes para dormitorio, cocina y baños?
- Acceso a los siguientes servicios domiciliarios.
- Acceso al agua para consumo en la vivienda
- ¿El agua que se usa para consumo en el hogar, se le realiza algún tratamiento?
- ¿Cuál?
- Tratamiento que le dan a las basuras
- con qué tipo de sanitario cuenta el hogar

3. Elaboración de una base de datos

Se realizó una base de datos en Excel con la información de las 15 UDS asignadas de la asociación San Martín, y con el fin de que los niños y niñas caracterizados coincidan con los niños y niñas clasificados nutricionalmente por antropometría se tuvo en cuenta lo siguiente:

En la clasificación nutricional por antropometría, la población objeto fueron 180 niños y niñas de los cuales se excluyeron 8 niños y niñas mayores de 5 años; 2 niños y niñas con discapacidad; y 9 niños y niñas que no asistieron en la segunda visita de tamizaje nutricional realizada, por lo que la n final fue de 161 niños y niñas.

$$\frac{\text{N° de niños y niñas clasificados nutricionalmente por antropometría}}{\text{Total de niños y niñas de las UDS asignadas}} \times 100 = \frac{161 \text{ niños y niñas clasificados nutricionalmente por antropometría}}{180 \text{ niños y niñas de las UDS asignadas}} \times 100 = 89,4\%$$

Del total de la población objeto se logró realizar el tamizaje nutricional del 89,4% de los niños y niñas.

Teniendo en cuenta lo anterior se realizó la comparación de los 161 niños tamizados según el formato de captura de datos diligenciado para cada UDS, con los niños y niñas de las fichas de caracterización, obtenido como resultado que 9 niños tamizados no se encontraban en la base de datos de las ficha de caracterización por lo que la n final fue de 152 niños y niñas

$$\frac{\text{N° de niños y niñas caracterizados}}{\text{Total de niños y niñas clasificados nutricionalmente por antropometría}} \times 100 = \frac{152 \text{ niños y niñas caracterizados}}{161 \text{ niños y niñas clasificados nutricionalmente por antropometría}} \times 100 = 94,4\%$$

Del total de los niños y niñas clasificados nutricionalmente por antropometría se logró realizar el análisis de la caracterización del 94,4%, por lo que los resultados expuestos posteriormente se realizan con base a la n de 152

Seguidamente se realizó una revisión de cada variable en la base de datos, con el fin de identificar y corregir errores en la digitación, que impidan filtrar adecuadamente las opciones de respuesta. A través de este proceso se determinó que algunas variables se encontraban mal diligenciadas por lo que se tuvieron que excluir del total de las variables seleccionadas del componente de salud y nutrición; estas variables fueron: -En caso de no contar con el



carnet de vacunación al día según la edad de la niña o el niño, ¿Cuál es la razón?; En caso de no haber asistido a controles de salud oral, ¿Cuál es el motivo por el cual no ha asistido a los controles?

$$\frac{\text{Nº de variables analizadas}}{\text{Total de variables seleccionadas}} \times 100 = \frac{21 \text{ variables analizadas}}{23 \text{ variables seleccionadas}} \times 100 = 87,5\%$$

Del total de las variables seleccionadas del componente salud y nutrición se logró el análisis del 87,5%.

4. Procesamiento y análisis de la información de la base de datos

Teniendo en cuenta las variables seleccionadas se realizó la elaboración de tablas y gráficas a partir del filtro de las respuestas por cada variable, y posteriormente se realizó su respectivo análisis, describiendo los resultados obtenidos y justificando la importancia de cada variable con documentos del ICBF y la normativa nacional.

DQS is member of:



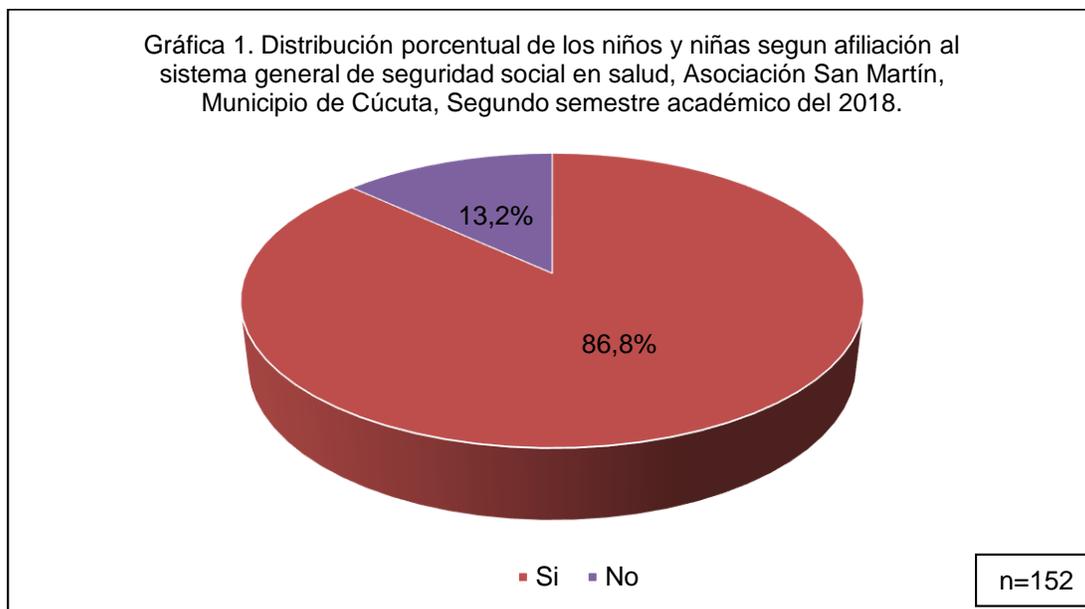
Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados de las variables sobre la información de los niños y niñas de la Asociación San Martín.

Tabla 1. Distribución porcentual de los niños y niñas según afiliación al sistema general de seguridad social en salud, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	132	86,8%
No	20	13,2%
Total	152	100,0%



De acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en la Ley 1122 de 2007 y el Decreto 2353 de 2015, se establece el Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para Colombia, el cual tiene como finalidad garantizar el acceso a servicios de salud; la afiliación al sistema tiene dos características importantes, en primer lugar, es de carácter obligatorio, lo cual quiere decir que es un deber de los ciudadanos, empleadores o autoridad sanitaria local gestionar la afiliación al SGSSS. Por otro lado, es irrenunciable, lo que indica que, si se cumplen los criterios para estar afiliado no se puede renunciar a este derecho.

Para afiliarse al sistema existen dos opciones dependiendo de la capacidad económica de los residentes colombianos: el Régimen Subsidiado, va dirigido a las personas desempleadas, sin capacidad de pago, que fueron identificadas en la encuesta del Sisbén y cuyo puntaje los clasifican para el Nivel 1 y 2, las poblaciones consideradas especiales (algunas de las cuales se identifican por listados censales), que no trabajan y no tiene capacidad económica, por lo que tienen acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado; el régimen Contributivo, va dirigido a Colombianos o



residentes vinculados mediante contrato laboral, Servidores públicos, Pensionados (por vejez, por sobrevivencia o por invalidez y jubilados), Trabajadores independientes, Todas las personas sin vinculación laboral que tengan ingresos mensuales iguales o superiores a 1 mínimo mensual legal vigente (SMMLV); quienes son los cotizantes y que pueden beneficiar a los miembros del núcleo familiar; por otra parte, los integrantes de las Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol y Magisterio (Docentes) entre otros se rigen por un régimen excepcional o especial. Las personas pertenecientes a este régimen se encuentran exceptuadas por ley para pertenecer al SGSSS establecido por la Ley 100. Por tanto, la prestación del servicio estará a cargo del régimen de excepción.

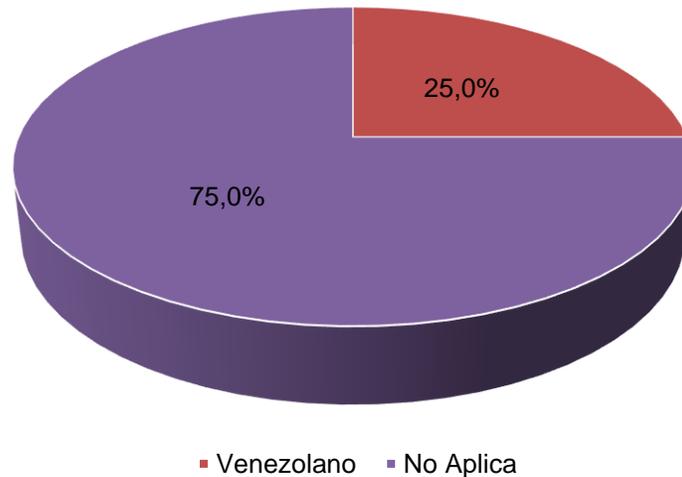
De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede evidenciar que el 86,8% de los niños y niñas cuenta con afiliación al SGSSS y que el 13,2% no cuenta con la afiliación, por lo que está vulnerando el derecho a la salud de los niños y niñas, Estos datos no coinciden con los encontrados en la variable N°1 del componente de atención Salud y Nutrición respecto la afiliación de los beneficiarios al SGSSS evaluada en la primera visita de supervisión en el mes de septiembre de 2018, esto se debe a que durante la visita de supervisión no se tuvieron en cuenta los niños y niñas con padre y madre de nacionalidad venezolana, por lo que no se puede garantizar la afiliación.

Según el código de infancia y adolescencia (ley 1098 del 2006), todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral, especificando en el artículo 40 que se debe garantizar que los niños, las niñas tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna, haciéndose efectivo este derecho mediante la afiliación inmediata del recién nacido a uno de los regímenes de ley, contributivo y subsidiado. En la siguiente gráfica se presentaran los motivos de no estar afiliados descriptos por los padres en la ficha de caracterización.

Tabla 2. Distribución porcentual de los niños y niñas según la razón de no estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Venezolano	5	25,0%
No Aplica	15	75,0%
Total	20	100%

Gráfica 2. Distribución porcentual de los niños y niñas según la razón de no estar afiliados al sistema general de seguridad social en salud, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.



n=20

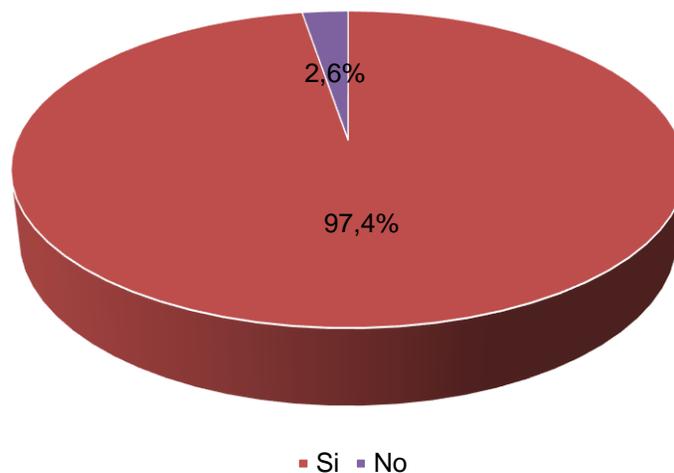
Para esta variable, la ficha de caracterización no cuenta con opciones de respuesta por lo que se debe describir el motivo de que los niños y niñas no se encuentren afiliados al SGSSS según lo que refiera los padres de familia, indicando en este caso el 25% que la no afiliación se debe a la nacionalidad venezolana; según el Ministerio de salud y protección social para la afiliación al sistema general de seguridad social en salud, los ciudadanos venezolanos deben contar con Cedula de extranjería, carné diplomático o salvoconducto de permanencia, según corresponda; Pasaporte de la Organización de las Naciones Unidas para quienes tengan la calidad de refugiados o asilados; Pasaporte para menores de siete (7) años; Permiso Especial de Permanencia (PEP) expedido por migración Colombia y para realizar la afiliación del núcleo familiar se debe presentar los respectivos documentos de identificación, así como aquellos que acrediten el parentesco con el cotizante o cabeza de familia. Es por este motivo que si no cuentan con alguno de estos documentos de identificación no se garantizan los beneficios del SGSSS y solo se puede garantizar la atención inicial de URGENCIAS, de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 168 de la Ley 100 de 1993, en concordancia con el artículo 67 de la Ley 715 de 2001 y Ley 1751 de 2015. (Ministerio de salud y protección social, 2018).

Por otra parte el 75% refieren no estar afiliados, pero no se describe el motivo, ya que solo se evidencia la respuesta de no aplica, lo cual se debe a que la fichas de caracterización se encuentra mal diligenciada e impide saber el verdadero motivo de la no afiliación.

Tabla 3. Distribución porcentual de los niños y niñas según esquema de vacunación de acuerdo a la edad, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	148	97,4%
No	4	2,6%
Total	152	100%

Gráfica 3. Distribución porcentual de los niños y niñas según esquema de vacunación de acuerdo a la edad, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.



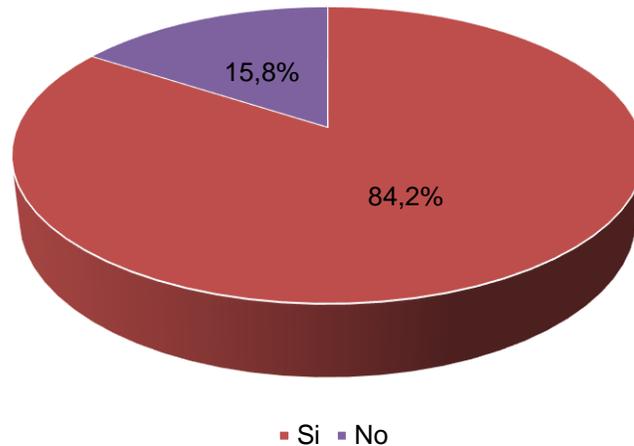
La Norma técnica para la vacunación según el programa ampliado de inmunizaciones en la cual se establece el Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI – el cual tiene a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años, para lo cual los padres deben llevar a sus hijos al punto de vacunación más cercano al nacer, a los 2, 4, 6 y 7 meses, al año, al año y medio y a los 5 años, con el fin de garantizar el esquema completo de vacunación cuyo soporte se realiza a través del carné de vacunación debido a que permite identificar con las vacunas que han sido aplicadas a los niños y niñas según su edad (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, 2000).

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el 97,4% de los niños y niñas tienen un esquema de vacunación completo y el 2,6% no lo tiene completo según la edad, pero el motivo no se puede determinar debido a que la ficha de caracterización se encuentra mal diligenciada ya que solo se evidencia el no aplica, cuya respuesta no es válida por lo que se debe describir el motivo referido por los padres de familia. Estos datos coinciden con los encontrados en la variable N°3 promoción esquema de vacunación evaluada en la primera visita de supervisión en el mes de septiembre de 2018.

Tabla 4. Distribución porcentual de los niños y niñas según asistencia a controles de salud oral, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	128	84,2%
No	24	15,8%
Total	152	100%

Gráfica 4. Distribución porcentual de los niños y niñas según asistencia a controles de salud oral, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.



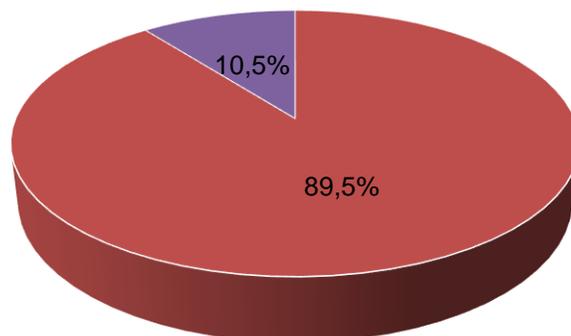
A través del Acuerdo 117 de 1998, se incluye la atención preventiva en salud bucal como una actividad de obligatorio cumplimiento, a través de la norma técnica de la atención preventiva de salud bucal, la cual tiene como objetivo disminuir los factores de riesgo más importantes para la aparición de caries y enfermedad periodontal en la población, a través del desarrollo de actividades preventivas que permitan limitar el daño, mejorar las condiciones de salud bucodental y mantener los niveles alcanzados en salud; ya que la Caries Dental y la Enfermedad Periodontal, son patologías bucales prevenibles; para lo cual se debe asistir a controles los cuales dependen del diagnóstico y evaluación del riesgo, realizado en los controles de placa bacteriana, los cuales pueden ser trimestrales, semestrales y anuales. (Ministerio de Salud, Resolución 412 del 2000).

De acuerdo con los resultados se puede evidenciar que el 84,2% de los niños y niñas han asistido a controles de salud oral y que el 15,8% no ha asistido, pero el motivo no se puede determinar debido a que la ficha de caracterización se encuentra mal diligenciada ya que solo se evidencia el no aplica, cuya respuesta no es válida por lo que se debe describir el motivo referido por los padres de familia.

Tabla 5. Distribución porcentual de los niños y niñas según carné de crecimiento y desarrollo actualizado, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	136	89,5%
No	16	10,5%
Total	152	100%

Gráfica 5. Distribución porcentual de los niños y niñas según carné de crecimiento y desarrollo actualizado, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.



■ Si ■ No

n=152

La tasa de morbilidad y mortalidad en niños por causas evitables se puede disminuir mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años, a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo, ofreciendo educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades. Las intervenciones realizadas se deben hacer en edades claves del crecimiento y desarrollo, las cuales se encuentran definidas de acuerdo con el esquema de control de crecimiento y desarrollo establecido en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, siendo estas edades Durante el primer mes, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses, luego cada 6 meses hasta los 5 años y luego cada año hasta los 8 años. (Ministerio de Salud, Resolución 412 del 2000).

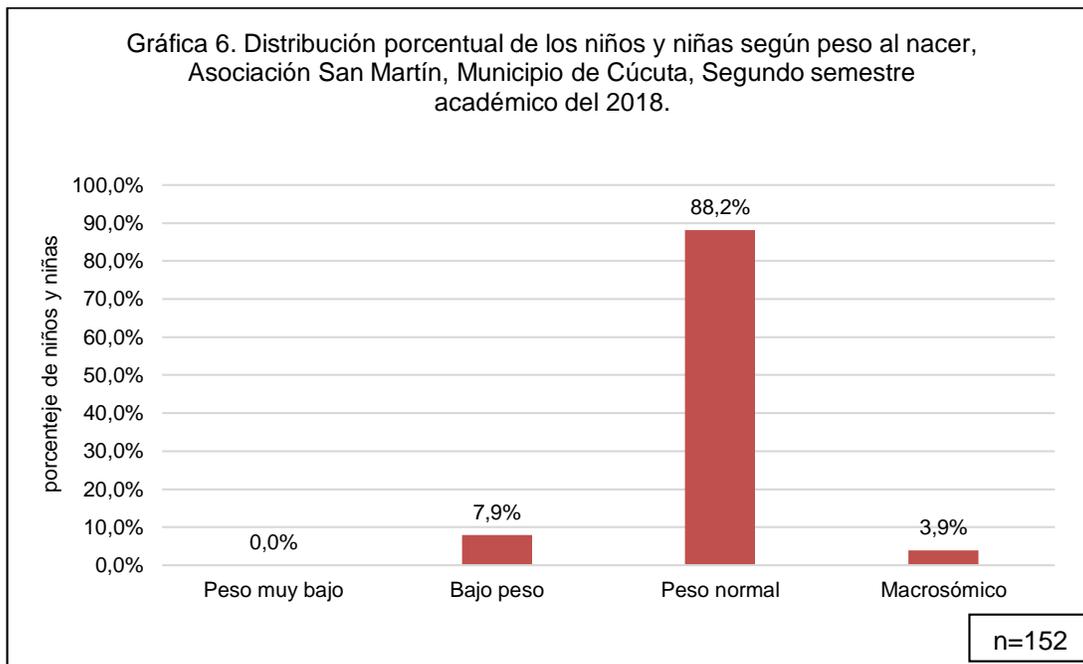
De acuerdo con los resultados puede evidenciar que el 89,5% de los niños y niñas cuentan carné de crecimiento y desarrollo actualizado y que el 10,5% no cuenta con este o no se encuentra actualizado, estos datos no coinciden con los encontrados en la variable N°3 promoción de crecimiento y desarrollo evaluada en la primera visita de supervisión en el mes de septiembre de 2018, por lo que 21 niños y niñas no cuentan con carné de crecimiento y desarrollo, 3 niños y niñas más de los expuestos en los resultados de caracterización, lo que se puede deber a que no todas las madres comunitarias refieren verídicamente el dato.

Por lo anterior se está vulnerando el derecho a la salud, al no garantizar la detección temprana de alteraciones de crecimiento, por lo que la importancia del seguimiento al crecimiento y desarrollo de la población infantil radica en que el 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible.

Tabla 6. Distribución porcentual de los niños y niñas según peso al nacer, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Macrosómico	6	3,9%
Peso normal	134	88,2%
Bajo peso	12	7,9%
Peso muy bajo	0	0,0%
Total	152	100%

Fuente: Asociación americana de pediatría.



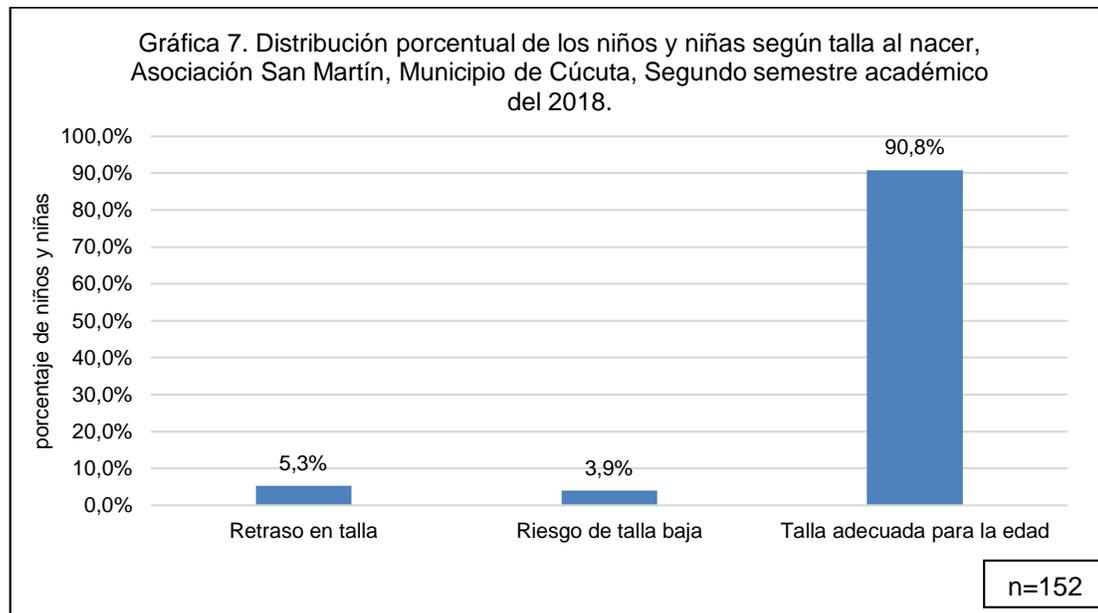
En el recién nacido el peso al nacimiento es uno de los indicadores antropométricos más importantes, que permite predecir la probabilidad de la supervivencia perinatal y el crecimiento, además es el indicador más sensible de la salud posnatal. Por lo que se establece una clasificación de acuerdo al peso al nacer de la siguiente manera: Macrosómico: >4000g; Peso normal: 2500 a 3999g; Bajo peso: <2500 y >1500g; y Peso muy bajo: <1500g. (Asociación americana de pediatría, 2016)

Según la Organización mundial de salud, los prematuros con un peso menor a 1500g, es un problema significativo de salud pública en todo el mundo y está asociado a una serie de consecuencias a corto y largo plazo, el bajo peso al nacer genera un efecto negativo y significativo sobre, el desempeño escolar y el desarrollo cognitivo, los ingresos y salarios en la edad adulta (productividad), y la mortalidad y morbilidad. El peso al nacer incide de forma directa sobre las posibilidades de desarrollo del niño a lo largo del ciclo de vida, y de forma indirecta, a través de sus efectos sobre la desnutrición y el estado antropométrico.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el peso normal al nacer se presentó en mayor proporción en los niños con un 88,2% con relación al peso bajo al nacer y el peso macrosómico con una proporción de 7,9% y un 3,9% respectivamente.

Tabla 7. Distribución porcentual de los niños y niñas según talla al nacer, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Retraso en talla	8	5,3%
Riesgo de talla baja	6	3,9%
Talla adecuada para la edad	138	90,8%
Total	152	100,0%

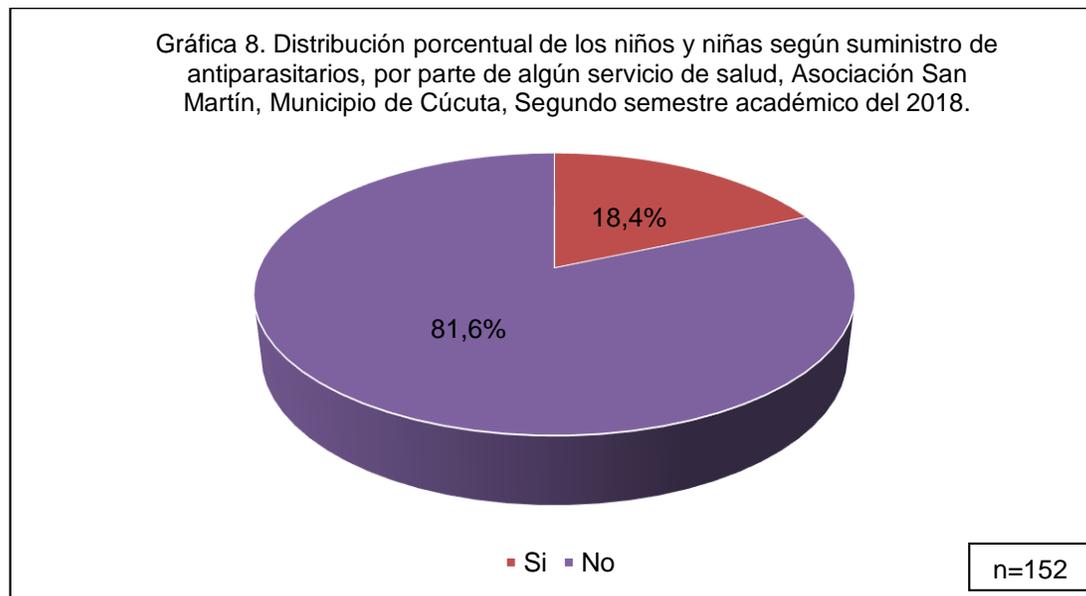


El crecimiento es el índice más sensible de salud y un parámetro fundamental para la evaluación de la nutrición, un adecuado patrón de crecimiento en los primeros años de vida es fundamental para garantizar un normal desarrollo neuro-sensorial, por lo que se deben realizar las medidas de peso y longitud desde el nacimiento, por lo que para la talla, la clasificación por antropometría a través de los patrones de referencia de la OMS adoptados para Colombia, se realiza seguimiento con el indicador de talla para la edad reflejando el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño o niña en un momento determinado, desde el nacimiento hasta los 2 años de edad y de los 5 a los 18 años. (Asociación americana de pediatría, 2016). La talla es el parámetro de crecimiento más estable debido a que una vez alcanzados los niveles de talla estos no se pierden, y esta señala el crecimiento longitudinal o lineal, fundamentalmente del tejido óseo (ICBF, 2018).

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que los niños y niñas presentaron en mayor proporción una talla adecuada en su nacimiento con un 90,8%, respecto al riesgo de talla baja y retraso en talla, los cuales se presentaron en una proporción de 3,9% y 5,3% respectivamente.

Tabla 8. Distribución porcentual de los niños y niñas según suministro de antiparasitarios, por parte de algún servicio de salud, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	28	18,4%
No	124	81,6%
Total	152	100%



La parasitosis es uno de los grandes problemas de la salud pública, por lo que la OMS la considera una de las principales causas de morbilidad; estrechamente ligada a la pobreza y relacionada con inadecuada higiene personal y de los alimentos crudos, falta de servicios sanitarios, falta de provisión de agua potable y contaminación fecal del ambiente. Infecta a personas de todas las edades, pero la sufren principalmente los niños, lo que les causa trastornos del crecimiento y desarrollo. Los tratamientos antiparasitarios han logrado controlar el problema de las altas prevalencias de parasitosis, tales como la desparasitación antihelmíntica, la cual es una estrategia de salud pública consistente en la administración de antihelmínticos a toda la población elegible con alta prevalencia de geohelmintiasis, o en alto riesgo de transmisión, de forma regular y sostenida, con el fin de contribuir a su control efectivo; la administración de estos fármacos puede hacerse casa a casa, en sitios fijos, en grupos cautivos (escuelas, jardines infantiles, hospitales, cárceles y en otros sitios de congregación de la comunidad). (Ministerio de Salud y Protección social, 2013)

De acuerdo a los resultados obtenidos, se puede evidenciar que solo el 18,4% de los niños ha recibido un antiparasitario por medio de algún servicio de salud en el último año y el 81,6% no lo ha recibido.

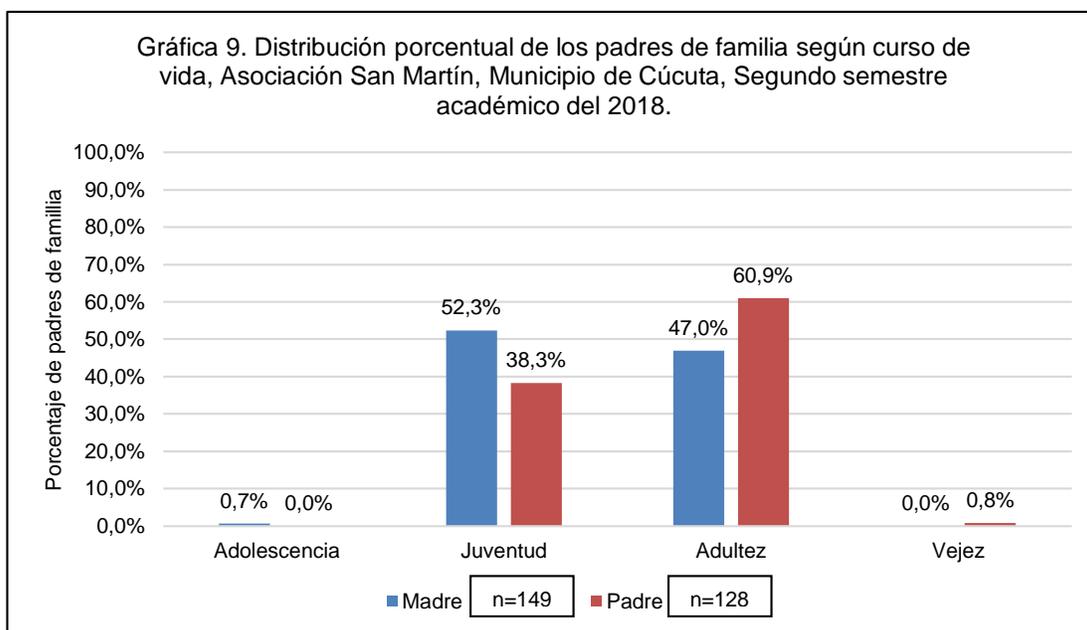
A continuación se presentan los resultados de las variables sobre la información de los padres de familia de la Asociación San Martín.

Para las tablas y graficas de este apartado la frecuencia (n) de la población caracterizada cambió debido a que en la ficha de caracterización no se presenta información de 3 madres de familia, y de 24 padres de familia por lo que la n es de 149 y 128 respectivamente.

Tabla 9. Distribución porcentual de los padres de familia según curso de vida, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Madre		Padre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adolescencia	1	0,7%	0	0,0%
Juventud	78	52,3%	49	38,3%
Adultez	70	47,0%	78	60,9%
Vejez	0	0,0%	1	0,8%
Total	149	100%	128	100%

Fuente: Resolución 3002 del 2016.



El **curso de vida** hace referencia al conjunto de trayectorias o roles que sigue el desarrollo de las personas a lo largo del tiempo, que son moldeadas por interacciones y la interdependencia de los aspectos biológicos y sociales del individuo; los contextos culturales, sociales e históricos en los cuales transcurre la vida, los sucesos vitales y las transiciones individuales, familiares o comunitarias. Los cursos de vida y su conceptualización acogidos por las rutas integrales de atención en salud RIAS establecidas por la resolución 3202 del 2016 son:

Primera infancia: Hace referencia al momento vital o etapa que comprende el desarrollo de los niños y las niñas desde su gestación hasta los 5 años de vida. Es un momento crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico,



cultural y social; además de ser decisivo para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social; en este momento de la vida las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades.

Infancia: Desde la esfera biológica corresponde al periodo que cursa entre los 6 y los 11 años de edad, el crecimiento regular es menos acelerado que el de la primera infancia; y sus características son: Potencialidad para realizar aprendizajes sistemáticos; Amplia percepción progresiva de sus propias competencias; Marcada interacción social fuera de la familia; Disfrute de juegos de reglas y competencia y Resolución de problemas cotidianos de manera independiente, Aprendizaje fundamentado básicamente en la imitación de modelos de su entorno.

Adolescencia: Se refiere a hombres y mujeres entre los 12 y 17 años, este momento vital se caracteriza por "profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos.

Juventud: Desde la esfera biológica hace referencia a hombres y mujeres entre los 18 y 28 años; sin embargo, el modelo integral de atención en salud propone superar su reconocimiento únicamente por la identificación de la capacidad biológica de reproducción y su tránsito hacia la adultez

Adultez: Hace referencia a hombres y mujeres entre 29 y 59 años de edad. Se alude a las personas adultas como sujetos de derechos, que se desarrollan de acuerdo con sus capacidades de agencia y potencialidades, con su propia capacidad de establecer metas de desarrollo y poner en marcha los recursos necesarios para alcanzarlos, configurando sus trayectorias evolutivas personales y con las oportunidades de desarrollo disponibles en sus contextos.

Vejez: Hace referencia a hombres y mujeres de sesenta (60) y más años de edad, sujetos de derechos, plenos y activos; poseedores de experiencias, capacidades y habilidades que les permiten participar y tomar decisiones respecto de situaciones que afecten su presente y su futuro, y contribuir en espacios familiares, sociales e intergeneracionales en los sistemas sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales de los que hacen parte. (Ministerio De Salud y Protección social, 2016)

Debido a que la población se clasifica en adolescencia, juventud, adultez y vejez, se presentan solo los resultados de estos cursos de vida.

Del total de la población se evidenció que las madres se encuentran en mayor proporción en el curso de vida juventud con un 52,3%, seguido del curso de vida adultez con un 47%; para el curso de vida de adolescencia solo hubo un 0,7% que equivale a una madre de familia, y no hubo ninguna madre en el curso de vida de vejez. En cuanto a los padres de familia se encontraron en mayor proporción en el curso de vida adultez con un 60,9%, seguido del curso de vida juventud con un 38,3%; en cuanto al curso de vida vejez solo se presentó en un 0,8% que equivale a un padre de familia, y en el curso de vida adolescencia no hubo ningún padre de familia.

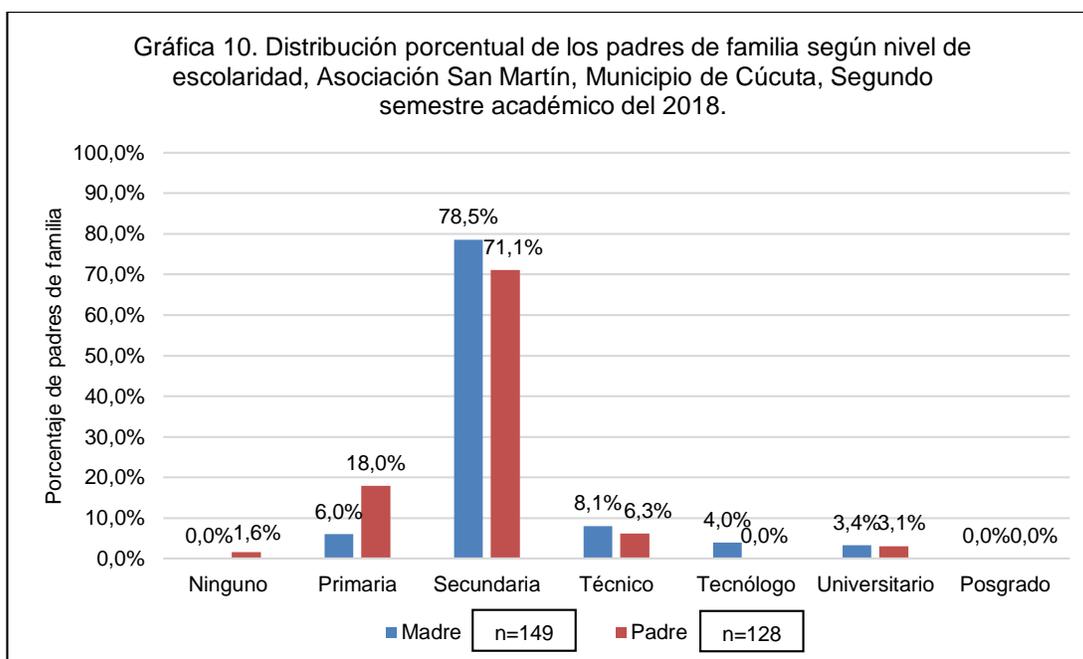
DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**

Tabla 10. Distribución porcentual de los padres de familia según nivel de escolaridad, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Madre		Padre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	0	0,0%	2	1,6%
Primaria	9	6,0%	23	18,0%
Secundaria	117	78,5%	91	71,1%
Técnico	12	8,1%	8	6,3%
Tecnólogo	6	4,0%	0	0,0%
Universitario	5	3,4%	4	3,1%
Posgrado	0	0,0%	0	0,0%
Total	149	100%	128	100%



El sistema educativo colombiano lo conforman:

- **Educación inicial:** Es un derecho impostergable de la primera infancia, se constituye en un estructurarte de la atención integral cuyo objetivo es potenciar de manera intencionada el desarrollo integral de las niñas y los niños desde su nacimiento hasta cumplir los seis años.
- **Educación básica:** Según el artículo 19 de la Ley 115 de 1994 “La educación básica obligatoria corresponde a la identificada en el artículo 356 de la Constitución Política como educación primaria y secundaria; comprende nueve grados y se estructura en torno a un currículo común, conformado por áreas fundamentales del conocimiento y de la actividad humana”. **La básica primaria** es el primer ciclo de la enseñanza básica, que comprende cinco (5) grados y la **básica secundaria**, comprende los grados 6o a 9º como los dos grados (10 y 11) del nivel de educación media. **Media académica, clásica o bachillerato académico:** La ley 115 de 1994 en su artículo 29 define la educación media académica como aquella que “permitirá al estudiante, según sus



intereses y capacidades, profundizar en un campo específico de las ciencias, las artes o las humanidades y acceder a la educación superior”.

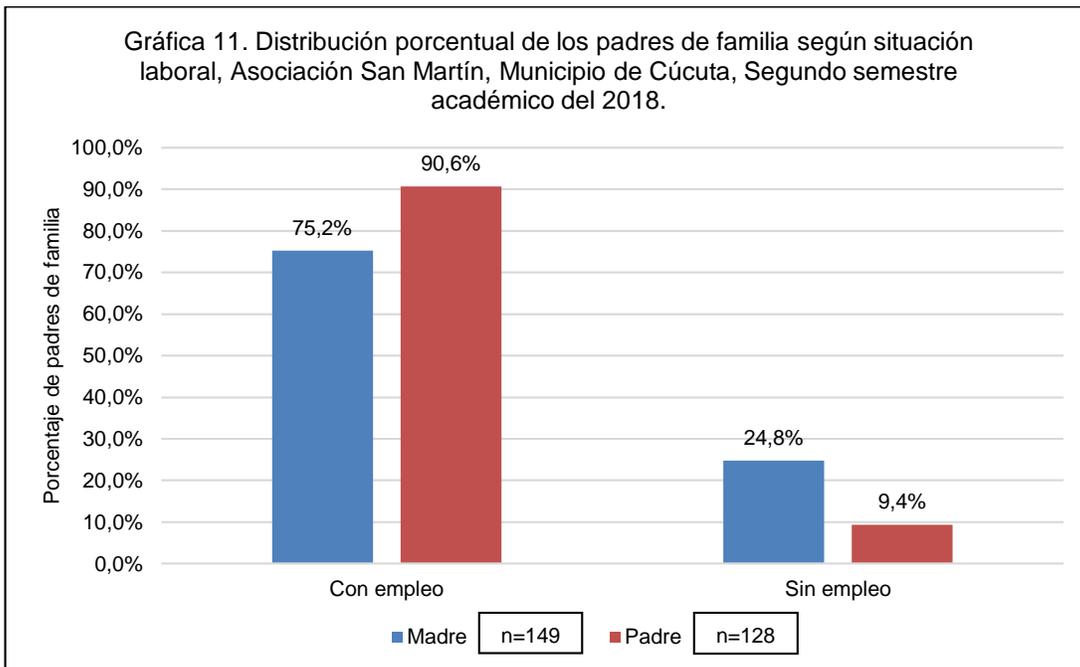
- **Técnico:** es aquel que se ocupa de la educación predominantemente práctica para el ejercicio de actividades auxiliares o instrumentales. Conduce al título de técnico profesional en la rama correspondiente, que habilita para el ejercicio de la respectiva actividad auxiliar o instrumental
- **Tecnológica:** es aquel que se ocupa de la educación para el ejercicio de actividades prácticas y con fundamento en los principios científicos que la sustentan. Su actividad investigativa se orienta a crear o adaptar tecnologías.
- **Profesional universitario:** el nivel de formación Universitaria se caracteriza por su amplio contenido social y humanístico con énfasis en la fundamentación científica e investigativa orientada a la creación, desarrollo y comprobación de conocimientos, técnicas y artes. La denominación del título al que conduce esta modalidad será el que corresponde al nombre de la respectiva profesión o disciplina académica.
- **Formación avanzada o de postgrado:** El nivel de formación avanzada o de Posgrado constituye el máximo nivel de la educación superior y tiene por objeto la preparación para la investigación y para la actividad científica o para la especialización. La investigación constituye el fundamento de esta modalidad, dependiendo de la prevalencia del perfeccionamiento o de la investigación, esta modalidad conduce a los títulos de especialista, magíster o doctor. (DANE, 2007)

De acuerdo con los resultados obtenidos, se puede evidenciar que las madres de familia tienen en mayor proporción el nivel educativo de Secundaria con un 78,5%, seguido del nivel Técnico con un 8,1%; Primaria con un 6,0%, Tecnólogo con un 40% que corresponde a 6 madres y Universitario con un 3,4% que corresponde a 5 madres y el nivel de Posgrado y la opción de ninguno con un 0%. En cuanto a los padres de familia se evidencio que igual a las madres tienen en mayor proporción el nivel educativo de Secundaria con un 71,1%, seguido del nivel de primaria con un 18,0%, Técnico con un 6,3%, Universitario con un 3,1% que corresponde a 4 padres y 2 padres de familia no tenían ningún nivel educativo.

Tabla 11. Distribución porcentual de los padres de familia según situación laboral, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Madre		Padre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con empleo	112	75,2%	116	90,6%
Sin empleo	37	24,8%	12	9,4%
Total	149	100%	128	100%

Gráfica 11. Distribución porcentual de los padres de familia según situación laboral, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

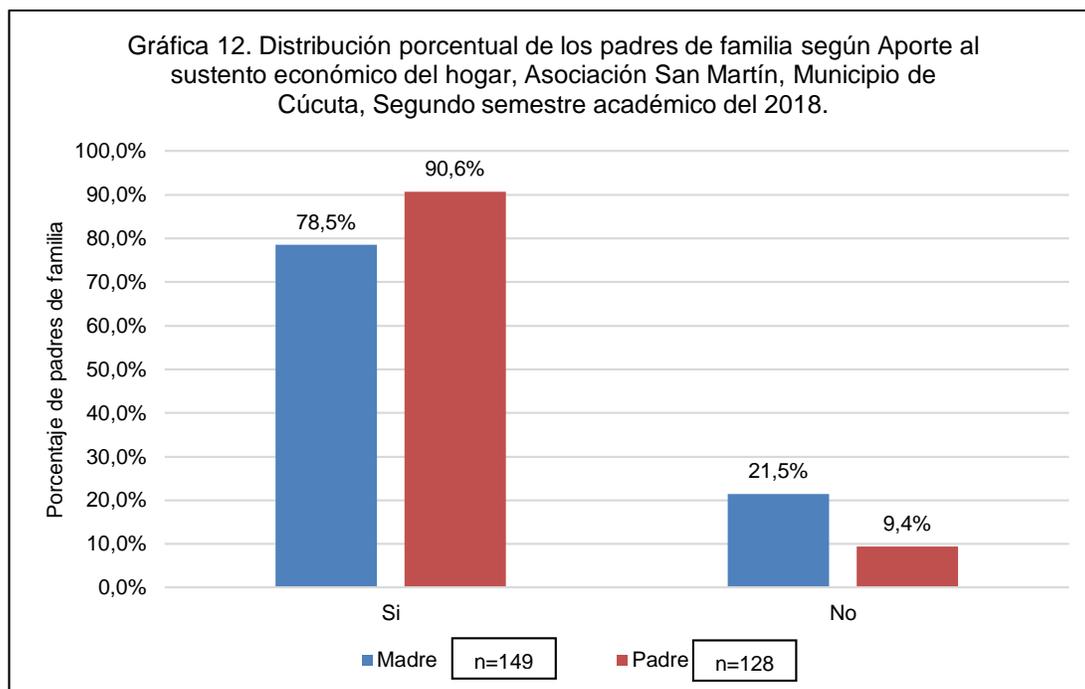


La actividad laboral hace referencia al conjunto de actividades propias que una persona realiza para conseguir ingresos económicos para su diario vivir, siendo así, quien posea una mejor posición laboral tendrá mayor asequibilidad a recursos monetarios y con esto podrá mantener una condición de vida aceptable. El nivel laboral alcanzado por una persona dependerá de una serie de factores directamente relacionados como lo es en primera instancia la educación, quien determinará las oportunidades laborales a las que pueden acceder los individuos, de este modo, quien tenga estudios más completos posiblemente tendrá más probabilidades de acceder a un empleo bien remunerado en relación a alguien que tenga estudios hasta niveles como la primaria o bachillerato, el puesto laboral al que puedan acceder estará directamente relacionado con nivel de ingreso monetario, la condición de vida y la adquisición de bienes materiales tanto a nivel individual como del núcleo familiar. (Centro internacional de formación, 2012)

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que tanto los padres y las madres de familia cuentan en mayor proporción con empleo, con un 75,2% y un 90,6% respectivamente y en menor proporción no cuentan con empleo, evidenciándose un 24,8% para las madres y un 9,4% para los padres, en los casos donde las madres no cuentan con empleo, en mayor proporción los padres si cuentan con este y en 4 casos tanto las madres como los padres no tienen empleo, Cabe destacar que para esta pregunta la n de padres y madres disminuyó(149 y 128 respectivamente), puesto que la opción de respuesta “Ninguno” referida en la ficha de caracterización no fue tomada en cuenta.

Tabla 12. Distribución porcentual de los padres de familia según Aporte al sustento económico del hogar, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Madre		Padre	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	117	78,5%	116	90,6%
No	32	21,5%	12	9,4%
Total	149	100%	128	100%



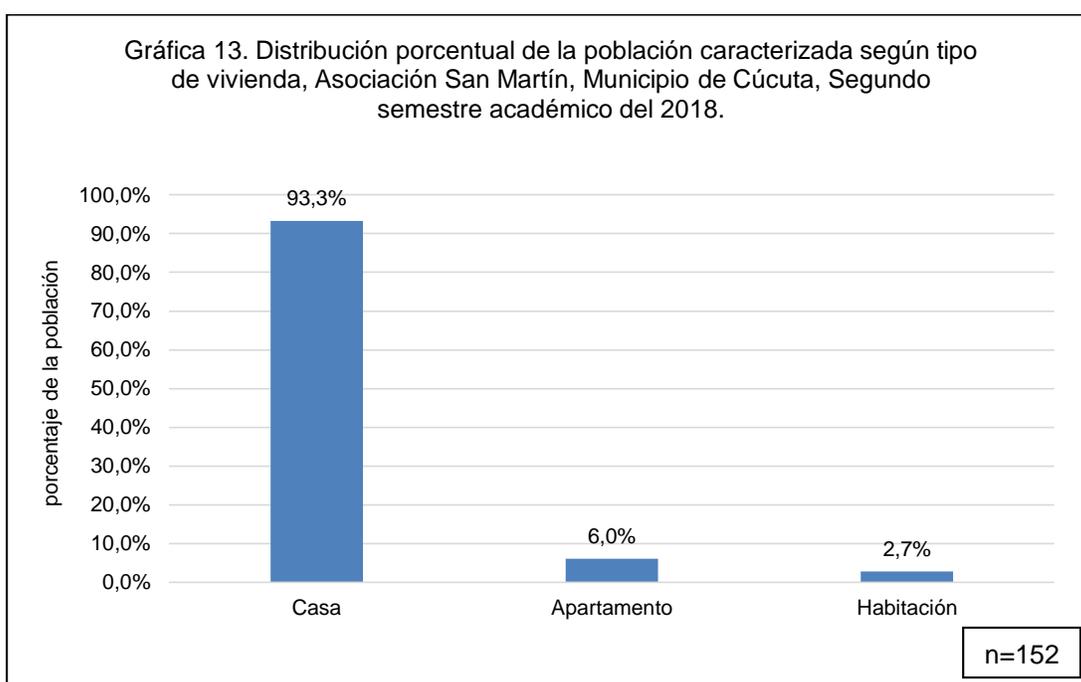
El ingreso laboral del que disponen las familias es lo que les permite poseer un determinado poder adquisitivo para el consumo de bienes y servicios, Mejorar la calidad de la atención y elevar el nivel de satisfacción de la población con los servicios que se brindan en la Atención Primaria de salud (APS) y en particular por el Equipo Básico de Salud. (Rodríguez, 2017)

. De acuerdo con los resultados se puede observar que tanto las madres como los padres aportan en mayor proporción al sustento económico del hogar con un 78,5% y 90,6% y en menor proporción la madre no aporta al sustento económico con un 21,5% y el padre en un 9,4%; para este caso el aporte al sustento económico está directamente relacionado con la situación laboral de los padres ya que las proporciones son similares para los que cuentan con empleo en relación con los que no cuentan con un empleo. Cabe destacar que para esta pregunta la n de padres y madres disminuyó(149 y 128 respectivamente), puesto que la opción de respuesta “Ninguno” referida en la ficha de caracterización no fue tomada en cuenta.

A continuación se presentan los resultados de las variables sobre características de la vivienda del beneficiario

Tabla 13. Distribución porcentual de la población caracterizada según tipo de vivienda, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Casa	139	93,3%
Apartamento	9	6,0%
Habitación	4	2,7%
Total	152	102%



Para la variable tipo de vivienda, la ficha de caracterización establece la siguiente clasificación

- **Casa:** edificación constituida por una sola unidad cuyo uso es el de vivienda, con acceso directo desde la vía pública o desde el exterior de la edificación. El servicio sanitario y la cocina pueden estar o no dentro de ella.
- **Cambuche:** hace referencia a una vivienda improvisada construida con cualquier material que está al alcance.
- **Apartamento:** Es una unidad de vivienda, que hace parte de una edificación, en la cual hay otra(s) unidad(es) que generalmente es (son) de vivienda. Tiene acceso directo desde el exterior o por pasillos, patios, corredores, escaleras o ascensores. Dispone de servicio sanitario y cocina en su interior.
- **vivienda Indígena:** Es la edificación constituida por una sola unidad cuyo uso es el de vivienda, construida según la costumbre de cada grupo étnico conservando la estructura tradicional.



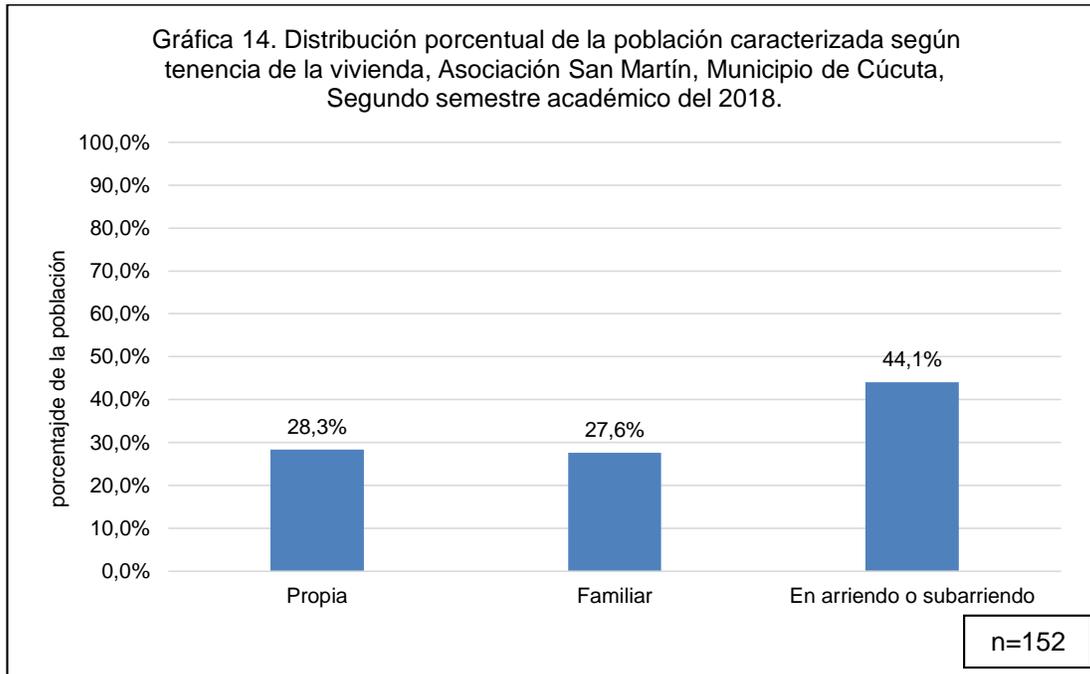
- **Habitación:** Es una unidad de vivienda, que hace parte de una edificación y que dispone de uno o más espacios. Tiene acceso directo desde el exterior o por pasillos, patios, zaguanes, corredores u otros espacios de circulación común. En general carece de servicio sanitario y cocina en su interior, o sólo dispone de uno de estos dos servicios.
- **Albergue:** Es un establecimiento público donde se aloja provisionalmente a gente necesitada.
- **Finca:** inmueble que abarcan un cierto terreno que se encuentra delimitado. Dicha delimitación puede realizarse con una escritura de propiedad y/o a través de un elemento físico, como una valla o una reja, la cual puede contener una vivienda, con servicio sanitario y la cocina.
- **Inquilinato:** vivienda colectiva en la cual varias familias comparten una casa, generalmente una por cada cuarto o habitación, usando en forma comunal los servicios sanitarios y de acueducto. (DANE, 2007)

Teniendo en cuenta la información suministrada por la población caracterizada, solo se presenta los resultados de los tipos de vivienda en los que hubo alguna proporción, tales como casa, apartamento y habitación.

De acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que del total de la población caracterizada el 93,3% vive en una casa, el 6,0% viven en un apartamento y el 2,7% vive en una habitación.

Tabla 14. Distribución porcentual de la población caracterizada según tenencia de la vivienda, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Propia	43	28,3%
Familiar	42	27,6%
En arriendo o subarriendo	67	44,1%
Total	152	100%



Para la variable tenencia de la vivienda, la ficha de caracterización establece las siguientes opciones:

- **Propia:** La vivienda se encuentra a nombre del cuidador principal del niño o niña, del acudiente de la madre gestante o lactante, o de la propia madre gestante o lactante
- **Familiar:** La vivienda se encuentra a nombre de más de uno de los miembros de la familia (Ej: padres o hermanos de los cuidadores principales)
- **En arriendo o subarriendo:** Vivienda que no se encuentra a nombre de la familia del beneficiario y por la que se paga un valor específico.
- **Ocupante de hecho o poseedor:** Familia que hace uso de la vivienda sin autorización de su propietario, aunque efectúe algún pago a terceros por usarla.
- **En concesión:** Vivienda que es entregada temporalmente por el Estado o por una entidad privada con el objetivo de garantizar un techo a la familia.
- **Titulación comunitaria:** Vivienda cuya propiedad es de más de una familia, y se encuentra a nombre de un grupo social, cultural o económico. **(ICBF, 2017)**

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que la población caracterizada cuenta en mayor proporción con una vivienda en arriendo, siendo este un 44,1%, seguido de un 28,3% los cuales cuentan con vivienda propia y un 27,6% con vivienda a título familiar. Lo anterior se relaciona directamente con los ingresos económicos del hogar ya que el contar con una vivienda propia reduce los gastos, mejorando así la disponibilidad de bienes y servicios. Para las demás opciones de respuesta no presentó ningún porcentaje. Estos factores pueden provocar alteraciones tanto en la salud física como mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favorecer la propagación de enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de accidentes en el hogar, factores que afectan principalmente a los niños por las carencias de espacio en sus necesidades de crecimiento y desarrollo.

A continuación se presentan los resultados de las variables sobre condiciones de habitabilidad

Para las gráficas y tablas 15, 16, 17 y 18 se tiene en cuenta lo referente a condiciones de hacinamiento:

En términos generales, las condiciones de hacinamiento intervienen, además del factor demográfico (crecimiento vegetativo de la población y migraciones), los componentes físicos de la vivienda y de su entorno y también ciertos componentes sociales.

-Dentro de los componentes físicos se incluyen el diseño de la vivienda, la habitabilidad de la construcción, la situación sanitaria, las condiciones del lugar de emplazamiento y los medios físicos de integración social (caminos, equipamiento educativo, sanitario, etc).

-Los componentes sociales comprenden la densidad habitacional, es decir la relación entre el número de habitantes y el espacio disponible (la densidad se convierte en hacinamiento cuando sobrepasa ciertos límites tolerables) y el régimen de tenencia de la vivienda (propietario, inquilino, ocupante de hecho, vivienda cedida en calidad de préstamo).

Existen diversas formas de hacinamiento: de personas por cama, de personas por cuarto, de familias por vivienda y de viviendas por terreno; estas subdimensiones se refieren a: la primera la relación entre las personas que duermen en un mismo cuarto y la cantidad de camas disponibles, la segunda se refiere a la relación entre las personas que habitan una vivienda y la cantidad de cuartos disponibles, mientras que la tercera hace alusión a la residencia en una vivienda de más de un hogar. Son conocidas, además, otras excepciones del concepto de hacinamiento: por ejemplo, cuando se emplea una o más habitaciones para un uso distinto, además de aquel para el cual fueron diseñadas, o en relación al aislamiento de las habitaciones, es decir, cuando el tránsito de un cuarto a otro requiere atravesar una tercera, aunque no se cumpla ninguna de las otras condiciones de hacinamiento y otro indicador para medir el uso intensivo del espacio lo constituye la cantidad de m² disponibles por persona.

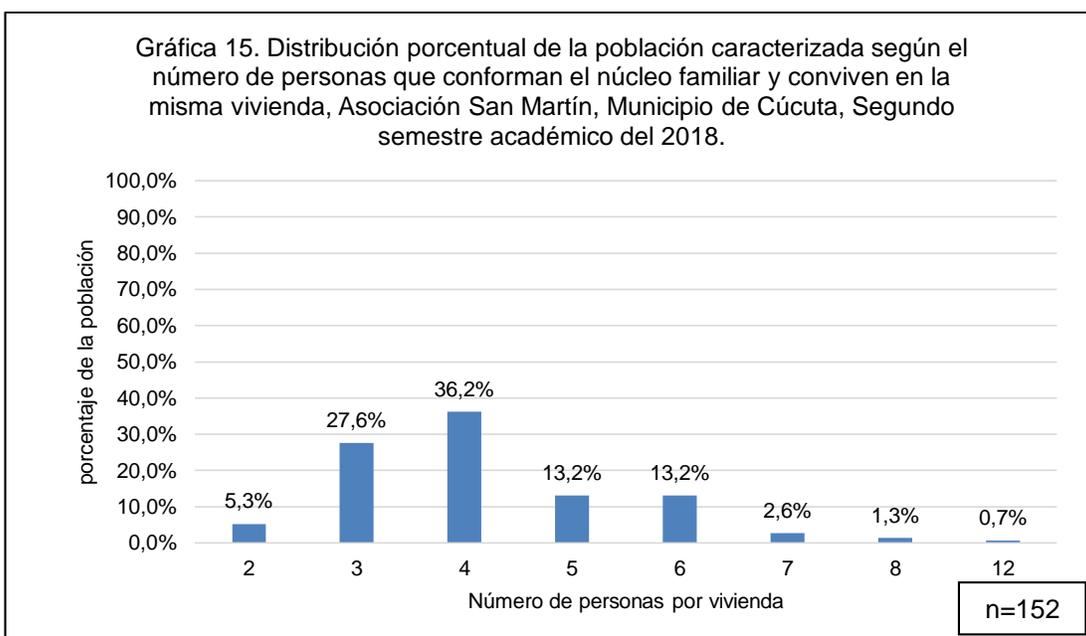
La condición de hacinamiento, es un indicador de consecuencias negativas; dos factores vinculados con la disposición física de la vivienda se encuentran alterados en situaciones de hacinamiento: la privacidad y la libre circulación, ambos contribuyen a una vida mental emocionalmente sana. Una cierta privacidad es un bien necesario para la persona, para los grupos de pares (padre-madre e hijos entre sí), para la separación de sexos, para la familia como unidad social independiente y para la realización de determinadas actividades familiares como dormir, estudiar, estar, entre otras. En cuanto a la buena circulación facilita el cumplimiento normal de las funciones familiares evitando interferencias a la libertad de movimiento o intrusiones inesperadas. Posibilita asimismo la libre elección de contactos cara a cara.

Estos factores pueden en consecuencia, provocar alteraciones tanto en la salud física como mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favorecer la propagación de enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de accidentes en el hogar. Especialmente vulnerables a estas situaciones son los niños, los cuales son los principales afectados por las carencias de espacio en sus necesidades de crecimiento y desarrollo. (Lentini & Palero, 2009).

Tabla 15. Distribución porcentual de la población caracterizada según el número de personas que conforman el núcleo familiar y conviven en la misma vivienda, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
2	8	5,3%
3	42	27,6%
4	55	36,2%
5	20	13,2%
6	20	13,2%
7	4	2,6%
8	2	1,3%
12	1	0,7%
Total	152	100%

Gráfica 15. Distribución porcentual de la población caracterizada según el número de personas que conforman el núcleo familiar y conviven en la misma vivienda, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

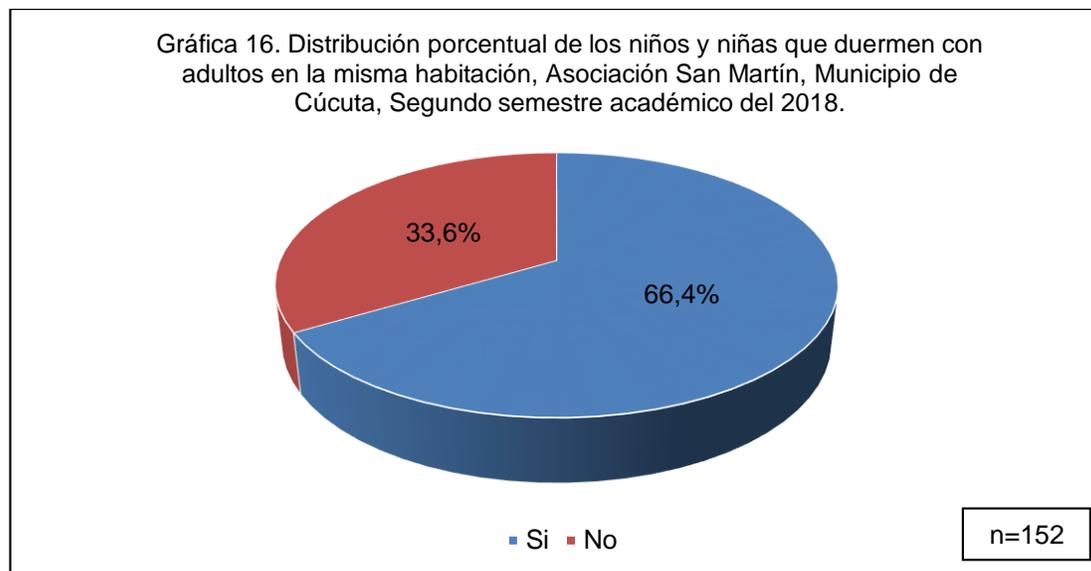


De acuerdo con los resultados obtenidos en la caracterización de la población se puede evidenciar que en mayor proporción conviven 4 personas en una vivienda con un 36,2%, lo que equivale a 55 hogares, seguido de 3 personas con un 27,6%, que equivale a 42 hogares; 5 y 6 personas con un 13,2% las dos que equivale a 20 hogares y en menor proporción conviven en una vivienda 2, 7, 8 y 12 personas con un 5,3%, 2,6%, 1,3% y 0,7% respectivamente. Que equivale a 8, 4, 2 y 1 hogar.

Tabla 16. Distribución porcentual de los niños y niñas que duermen con adultos en la misma habitación, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	101	66,4%
No	51	33,6%
Total	152	100%

Gráfica 16. Distribución porcentual de los niños y niñas que duermen con adultos en la misma habitación, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

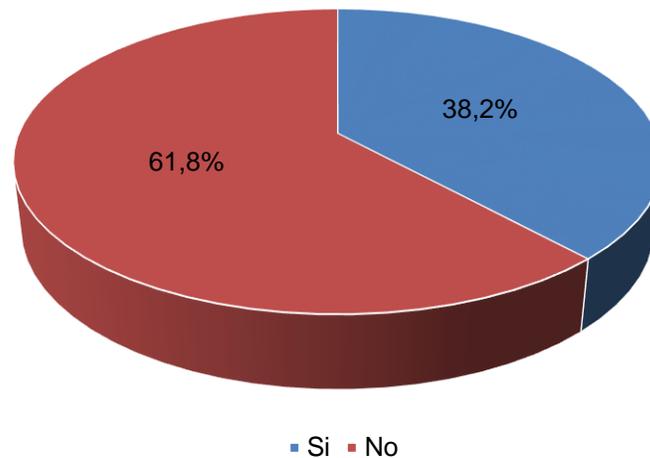


Teniendo en cuenta que el hacinamiento se puede presentar determinando la cantidad de personas por habitación y de acuerdo con los resultados, se puede evidenciar que el 66,4% de los niños y niñas duerme con sus padres en una misma habitación, por lo que el número de habitaciones disponibles en una vivienda y la cantidad de personas que viven en una misma es indirectamente proporcional, reduciendo así los espacios por personas; por otro lado el 33,6% de los niños y niñas no duerme con sus padres en una misma habitación por lo que el número de habitaciones y de personas es directamente proporcional por lo que no se presenta hacinamiento en la vivienda.

Tabla 17. Distribución porcentual de los niños y niñas que duermen con adultos en la misma cama, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	58	38,2%
No	94	61,8%
Total	152	100%

Gráfica 17. Distribución porcentual de los niños y niñas que duermen con adultos en la misma cama, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

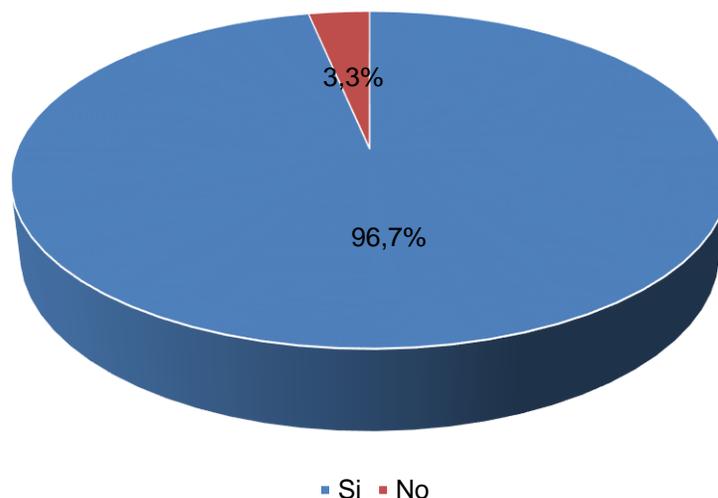


Teniendo en cuenta que el hacinamiento también se puede presentar, determinado las personas por cama y de acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que del total de los niños y niñas caracterizados el 61,8% no duerme con los adultos en la misma cama; y de los niños que si lo hacen, comparando con los niños que duermen en la misma habitación se puede evidenciar que la población se redujo de un 66,4% aun 38,2% lo que se puede relacionar con que en el 38,2% de los hogares, la disponibilidad de camas por habitación y la cantidad de personas que duermen en la misma habitación es indirectamente proporcional por lo que se reduce el espacio disponible, lo contrario ocurre con el 28,2% restante en el que la disponibilidad de camas por habitación y la cantidad de personas que duermen en la misma habitación es directamente proporcional, ya que disponen de camas para dormir separados, por lo que no se presenta hacinamiento en la habitación.

Tabla 18. Distribución porcentual de la población caracterizada según espacios independientes para dormitorio, cocina y baño; Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Si	147	96,7%
No	5	3,3%
Total	152	100%

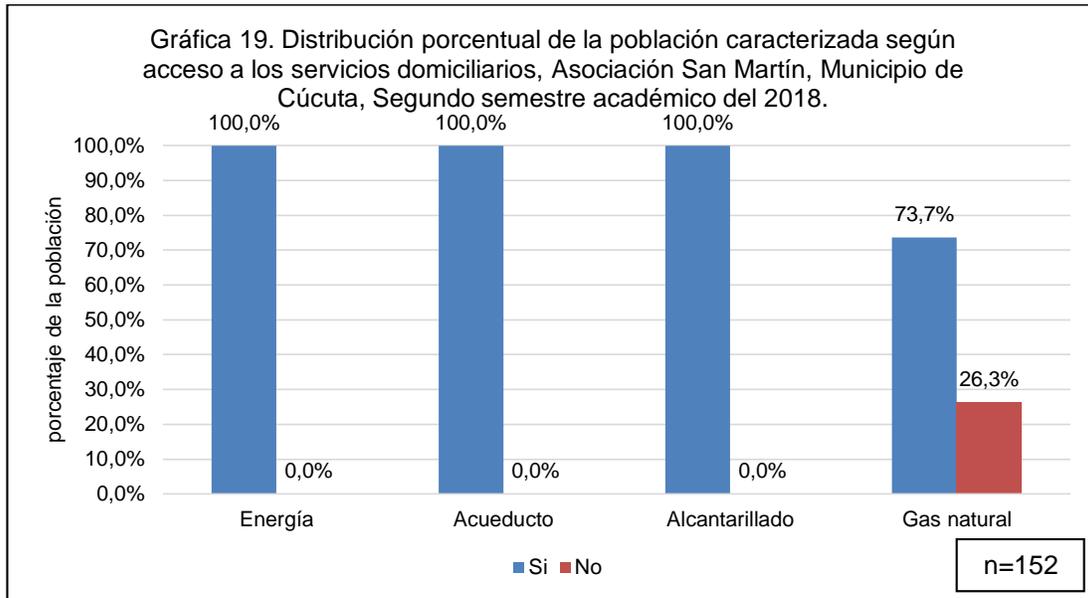
Gráfica 18. Distribución porcentual de la población caracterizada según espacios independientes para dormitorio, cocina y baño; Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.



El hacinamiento en una vivienda se presenta también como el uso distinto de habitaciones, además de aquel para la cual fueron diseñadas; por lo que de acuerdo a los resultados obtenidos se puede evidenciar que en una baja proporción se presenta esta situación con un 3,3% de hogares, los cuales no cuentan con espacios independientes para dormitorio, cocina y baño, que equivalen a 5 hogares, a diferencia del 96,7% de la población quien si cuenta con estos espacios independientes en la vivienda, evitando el hacinamiento.

Tabla 19. Distribución porcentual de la población caracterizada según acceso a los servicios domiciliarios, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Energía		Acueducto		Alcantarillado		Gas natural	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Si	152	100,0%	152	100,0%	151	99,3%	112	73,7%
No	0	0,0%	0	0,0%	1	0,7%	40	26,3%
Total	152	100,0%	152	100,0%	152	100,0%	152	100,0%



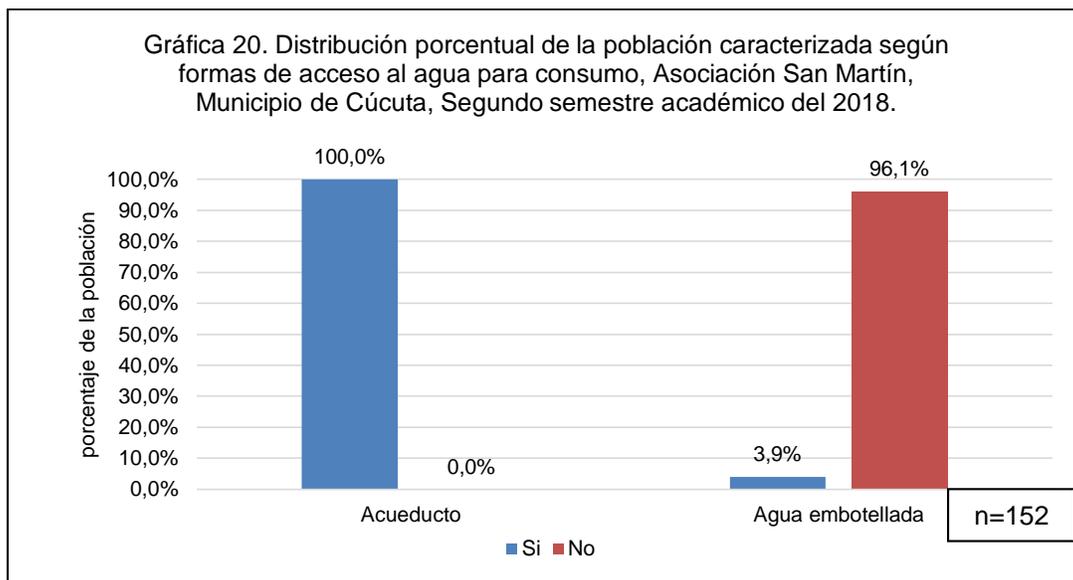
La ficha de caracterización establece los servicios domésticos con los que puede disponer una vivienda tales como:

- **Energía eléctrica:** suministrada por una empresa especializada de servicios público domiciliario.
- **Alcantarillado:** Servicio público domiciliario de eliminación de excretas (materias fecales y orines) y aguas servidas (agua del lavaplatos, etc.) mediante un sistema de desagüe por tuberías, prestado por una empresa especializada.
- **Gas natural:** Servicio público domiciliario de gas natural proveniente de una red exterior. No es el caso de las pipetas de gas propano.
- **Acueducto:** Servicio público domiciliario de agua por tubería u otro ducto que está conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente. Este servicio debe estar dado por una empresa especializada. Si la conexión del servicio esta hecho de forma ilegal se considera que la vivienda tiene acueducto. No se considera que la vivienda tiene acueducto cuando en forma particular se haya construido un sistema de conducción por medio de cañas, guaduas, o mangueras desde un río, pozo o desde otra vivienda. (DANE, 2007)

De acuerdo con los resultados se puede evidenciar que de la población caracterizadas el 100% cuenta con energía, acueducto y alcantarillado; y por otra parte el 73,7% de la población cuenta con servicio de gas natural y el 26,3% no cuenta con este. Estos resultados concuerdan a los encontrados en la encuesta nacional de calidad de vida de 2015, en la cual se evidenció que la cobertura de energía es del 99%, la cobertura de acueducto del 85,9% y de alcantarillado del 75,5%, coberturas similares a las observadas a nivel país. (ASIS, 2015)

Tabla 20. Distribución porcentual de la población caracterizada según formas de acceso al agua para consumo, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Acueducto		Agua embotellada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	100,0%	6	3,9%
No	0	0,0%	146	96,1%
Total	152	100,0%	152	100,0%



La ficha de caracterización establece las siguientes formas de acceso al agua para el consumo, de las cuales solo se presentan resultados de las que fueron seleccionadas como formas de acceso por la población caracterizada:

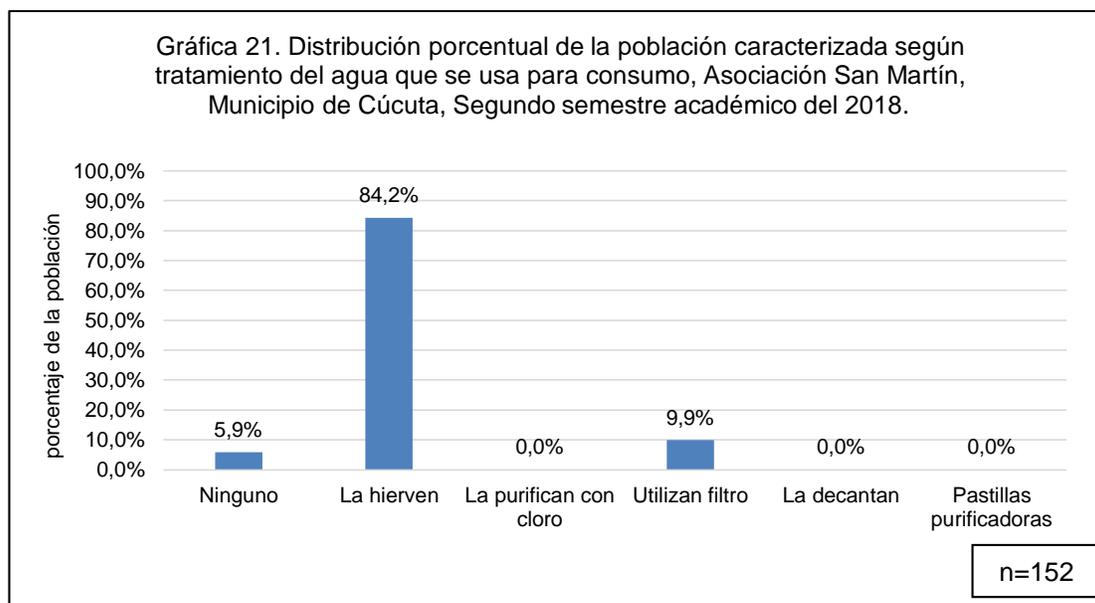
- **Acueducto:** Agua que llega al hogar por tubería o ducto conectado a una red y cuyo suministro es relativamente permanente.
- **Carro tanque, aguatero:** Cuando el agua se obtiene en recipientes o de carros que almacenan y distribuyen el agua directamente en las viviendas o en sitios cercanos; puede ser un servicio público o privado.
- **Pozo Aljibe:** Agua obtenido de un hoyo profundo cavado en la tierra, que sirve como depósito de agua lluvia o de nacimiento, donde el agua recolectada no circula; muy frecuentes en la costa atlántica y los llanos orientales.
- **Agua lluvia:** Cuando se obtiene de la recolección en recipientes del agua que cae de la atmósfera
- **Río, quebrada, manantial:** Es cuando el agua proviene directamente de una fuente natural como río, quebrada, manantial o nacimiento, mediante acarreo o por medio de instalaciones de guadua, caña, manguera, etc.
- **Agua embotellada o en bolsa:** Es aquella que ha tenido un tratamiento previo de purificación realizado por empresas comerciales y que se consigue en el comercio en garrafones, botellas o bolsas.

- **Pila publica:** Cuando el agua se obtiene de surtidores comunitarios ubicados, en algún sitio del barrio, localidad o comunidad, fuera de la vivienda (DANE, 2007)

De acuerdo con los resultados se puede evidenciar que la población caracterizada, el 100% accede al agua para consumo por medio del acueducto y un 3,3% accede al agua además del acueducto, por medio de agua embotellada o en bolsa. Lo cual se debe a que el 100% de la población cuenta con el servicio público de acueducto. La encuesta nacional de calidad de vida de 2015 evidencia que el índice de riesgo de la calidad del agua en Norte de Santander fue de 12,6%. Asimismo, refiere que el Instituto Departamental de Salud desde su área de salud ambiental, periódicamente realiza visitas de seguimiento para el control de la calidad del agua en los municipios a través de su personal de técnicos de saneamiento. Por otra parte, se encontró que el 17,2% de los hogares en el Departamento no cuentan con acceso a agua mejorada.

Tabla 21. Distribución porcentual de la población caracterizada según tratamiento del agua que se usa para consumo, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	9	5,9%
La hierven	128	84,2%
La purifican con cloro	0	0,0%
Utilizan filtro	15	9,9%
La decantan	0	0,0%
Pastillas purificadoras	0	0,0%
Total	152	100%



La ficha de caracterización establece como opciones de respuesta las siguientes formas de tratar el agua:

- **Hervir:** cuando no existen sistemas de tratamiento de aguas, mediante sustancias químicas o filtración, se debe hervirla por diez minutos, para que mueran la mayoría de bacterias y los parásitos.
- **Purificación con cloro:** es el procedimiento utilizado para desinfectar el agua, usando el cloro o algunos de sus derivados, como los hipocloritos de calcio o de sodio. El cloro posee un gran poder destructivo sobre los microorganismos presentes en el agua, causantes de enfermedades.
- **Filtro:** es un proceso físico de purificación que consiste en pasar el agua a tratar, a través de unas capas de material poroso, con el fin de retener bacterias y partículas suspendidas en el líquido.
- **Decantar:** dejar el agua en reposo para que las partículas de suciedad se asienten, este método no elimina los microorganismos.
- **Pastillas purificadoras:** adición de una sustancia en forma compacta que realiza la purificación del agua a través de un componente purificador (DANE, 2007)

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el 84,2% de la población caracterizada hierve el agua, y en menor proporción utilizan filtro con un 9,9%, y por otra parte un 5,9% no le realiza ningún tratamiento.

Tabla 22. Distribución porcentual de la población caracterizada según tratamiento que se realiza a los residuos sólidos, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	La recoge personal del servicio de aseo	
	Frecuencia	Porcentaje
Si	152	100,0%
No	0	0,0%
Total	152	100,0%

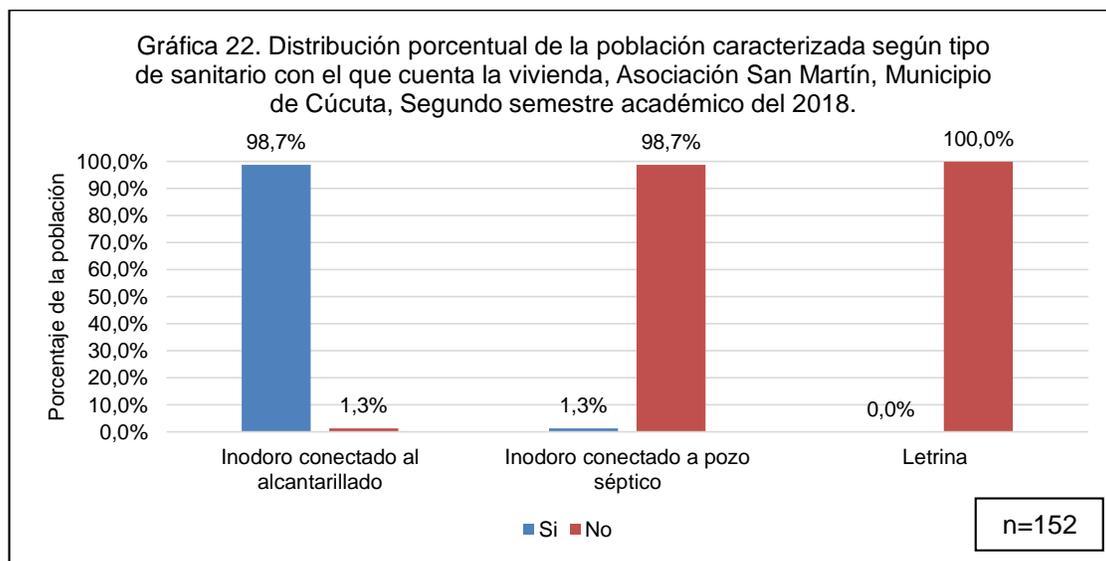
La ficha de caracterización establece los diferentes métodos por los cuales un hogar puede realizar la disposición final de los residuos sólidos, de los cuales solo se describe el que la población caracterizada utiliza:

- **Recolección de residuos sólidos:** Cuando la vivienda cuenta con servicio domiciliario de recolección de residuos sólidos, por lo que los recogen al frente de la casa en un horario establecido.
- **Tirar la basura a un río, caño, quebrada, laguna:** Costumbre seguida en el campo consistente en arrojar los desechos en fuentes de agua cercana a las viviendas.
- **Enterrar la basura:** Forma utilizada fundamentalmente en el campo que consiste en colocar los residuos sólidos en hoyos preparados para tal fin.
- **Quemar la basura:** Forma utilizada en el campo consistente en destruir los residuos sólidos mediante el fuego.
- **Tirar la basura a un patio, lote, zanja, baldío:** Forma utilizada tanto en zonas urbanas como en el campo y que consiste en arrojar los desechos en lotes vacíos. (DANE, 2007)

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que el 100% de la población caracterizada realiza la disposición de los residuos sólidos a través del servicio de aseo

Tabla 23. Distribución porcentual de la población caracterizada según tipo de sanitario con el que cuenta la vivienda, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Opción	Inodoro conectado al alcantarillado		Inodoro conectado a pozo séptico		Letrina	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	150	98,7%	2	1,3%	0	0,0%
No	2	1,3%	150	98,7%	152	100,0%
Total	152	100,0%	152	100,0%	152	100,0%



Un inodoro es diseñado para que la persona en una forma cómoda e higiénica, deposite sus excrementos y orines, los cuales son arrastrados por medio de agua, que se descarga en forma manual (descargando agua de un balde o de una cisterna). y de los cuales la disposición final de las excretas, se conectar al alcantarillado, o a pozo séptico; y una letrina está compuesta por un pozo, un asiento o bacinete que va sobre una losa, y una caseta.

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede evidenciar que del total de la población caracterizada, el 98,7% cuenta con un inodoro conectado al alcantarillado; y solo un 1,3% cuenta con inodoro conectado a pozo séptico; por otra parte se puede evidenciar que ninguno cuenta con letrina en la vivienda.



CONCLUSIONES

Los niños y niñas de la asociación san Martín caracterizados que cuentan con afiliación al SGSSS equivalen al 86,8%, esquema de vacunación completo al 97,4%, carné de crecimiento y desarrollo actualizado según la edad al 89,5% y los niños que cuentan con control de salud oral son el 84,2%

Los padres de familia caracterizados de la asociación san Martín se encuentran en el curso de vida de juventud y adultez.

Las madres y padres de familia caracterizados que tienen el nivel educativo de secundaria son el 78,5% y 71,1% respectivamente, que cuentan con empleo son el 75,2% y el 90,6% y que aportan al sustento económico del hogar son el 78,5% y 90.6%.

Las preguntas de la ficha de caracterización son limitadas, lo que impide realizar un análisis más profundo de las variables objeto de revisión.

Para la variable actividad laborar al ser dicotómica, (con o sin empleo) impide hacer cruce de variables con el nivel educativo, ya que este no interfiere con que la persona cuente o no con empleo, si no con el tipo de empleo.

Aunque la ficha de caracterización sociofamiliar indica cuantas personas habitan en la vivienda, si duermen adultos y niños en la misma habitación y en la misma cama, así como, si la vivienda cuenta con espacios definidos para cocina, sala y habitaciones, no refiere el número de habitaciones con las que cuenta la vivienda, cuantas personas duermen en una cama o en la misma habitación, información necesaria para determinar la existencia o no de hacinamiento en la vivienda del beneficiario y poder realizar un análisis oportuno.

El 100% de los hogares cuentan con los servicios domésticos como la energía, alcantarillado, acueducto y servicio de aseo.

Se presentó inconvenientes con la ficha de caracterización debido a que se encontraba mal diligenciada y a que no todos los niños objeto de caracterizar se encontraban en la ficha.

Comparando los resultados de la caracterización con el proceso de supervisión en la primera visita se logró determinar que en cuanto a la afiliación al SGSSS no coinciden los resultados debido a que la población venezolana no se tuvo en cuenta al momento de la supervisión, en cuanto a la variable esquema de vacunación coincide la población que no cuenta con este y de crecimiento y desarrollo los niños no coinciden por lo que en las fichas los datos pueden ser no verídicos.

BIBLIOGRAFÍA

Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

DQS is member of:





- Asociación americana de pediatría. (2016). *Programa de actualización continua en neonatología*. p.1
- Centro internacional de formación. (2012). *Conceptos y definiciones: situación en el empleo, ocupación y actividad económica*. Recuperado de: <http://recap.itcilo.org/es/documentos/files-imt2/es/dg7>
- Departamento Administrativo Nacional De Estadística. (2007). *Cartilla de conceptos básicos e indicadores socio demográficos*. Pp 4-19
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2017). *Instructivo de ficha de caracterización socio familiar Versión 1*. p8
- Lentini, M. & Palero, D. (2009). *El hacinamiento: la dimensión no visible del déficit habitacional*. Revista INVI, 12(31). Recuperado de: <http://revistainvi.uchile.cl/index.php/INVI/article/view/220/742>
- Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención (2000). *Resolución 412*.
- Ministerio de Salud y Protección social. (2013) *Lineamiento de Desparasitación Antihelmíntica Masiva, en el Marco de la Estrategia "Quimioterapia Preventiva Antihelmíntica de OMS"*. pp. 7-8.
- Ministerio De Salud y Protección social. (2016). *Resolución número 03202*. Pp 19-21
- Ministerio de salud y protección social. (2018). *Afiliación al sistema general de seguridad social en salud de extranjeros y colombianos retornados*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/afiliacion-al-sistema-de-seguridad-social-en-salud-de-extranjeros-y-colombianos-retornados.aspx>
- Rodríguez, Carlos; Muñoz, Johana. (2017). *La contribución económica de la mujer en los hogares chilenos*. Pp 2-3

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



INFORME SEGUNDA VISITA DE SUPERVISIÓN DE LA MODALIDAD COMUNITARIA, A LOS HOGARES COMUNITARIOS DE BIENESTAR - FAMILIARES DE LA ASOCIACIÓN SAN MARTÍN DEL CENTRO ZONAL CÚCUTA TRES, SEGUNDO SEMESTRE ACADÉMICO DEL 2018.

Presentado por:
Ximena Sarasty Ordoñez
COD. 1094278690
Nutricionista Dietista en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
Docente supervisor Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



INTRODUCCIÓN

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar estableció un esquema de Supervisión de la Dirección de Primera Infancia, con el fin de realizar un control y monitoreo permanente tanto a las Entidades Administradoras de Servicio como a las unidades de servicio UDS, verificando el cumplimiento de los estándares de calidad en conformidad con lo establecido en los lineamientos técnicos de la modalidad, en la perspectiva jurídica, técnica, financiera y administrativa; permitiendo identificar alertas y proyectar acciones relacionadas con la prestación de los servicios. (ICBF, 2018)

El proceso de verificación se realiza mediante una visita a través de un instrumento de supervisión de cinco componentes de atención (Familia, comunidad y redes, Salud y nutrición, Proceso pedagógico y educativo, Talento humano, Ambientes educativos y protectores, y Administración y gestión); de acuerdo con los resultados que se obtengan en el proceso de supervisión, se establece la formulación de planes de acción que buscan mejorar los aspectos débiles en la prestación del servicio, teniendo en cuenta los lineamientos técnicos de la Modalidad y las demás disposiciones del ICBF; con el fin de aportar al correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones contractuales por parte de las Entidades administradoras de servicio, el equipo de apoyo a la supervisión realiza acompañamiento de acuerdo con los componentes de la atención que requieran ser reforzados de manera prioritaria, según las dificultades evidenciadas en dichos componentes. (ICBF, 2018)

La asistencia técnica para apoyar los compromisos y recomendaciones que se adquieren durante las visitas a las UDS y EAS, se realiza de manera grupal o para cada caso en particular: la cualificación al talento humano es una de las estrategias para el fortalecimiento de las capacidades administrativas y técnicas de las EAS, ya que son la base para la implementación de las estrategias y acciones particulares a desarrollar. (ICBF, 2018)

Con el fin de verificar las acciones correctivas se hace necesario el proceso de seguimiento, el cual se convierte en un ejercicio fundamental de evaluación periódica y comparativa del comportamiento de variables establecidas en el proceso de supervisión, y una estrategia para superar las debilidades encontradas y mantener las fortalezas en los procesos de atención. (ICBF, 2018)

Con fines académicos, la Nutricionista Dietista en formación de X semestre practica Campos de Acción Profesional desarrolló a partir de los resultados obtenidos en la primera visita de supervisión de la UDS de la asociación san Martín, la construcción e implementación de planes de mejoramiento, a través de los cuales se adelantaron acciones correctivas y de cualificación de los agentes educativos, en los aspectos que se identificaron más debilidades, y con el fin de poder verificar el cumplimiento de las acciones correctivas del plan de mejoramiento implementado, se realiza una segunda visita de supervisión, la cual es la base para realizar un análisis comparativo con relación a los resultados iniciales; por lo que a continuación se presentan dichos resultados.



OBJETIVO GENERAL

Establecer un análisis comparativo de los resultados de la aplicación de estándares de supervisión, con el fin de verificar del cumplimiento de las acciones correctivas de los planes de mejoramiento, a través de una segunda visita de supervisión de la modalidad comunitaria del componente salud y nutrición en las UDS de la Asociación San Martín del centro zonal Cúcuta Tres, del municipio San José de Cúcuta, durante el segundo semestre académico de 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ identificar el cumplimiento de las acciones correctivas establecidas en el plan de mejoramiento, en las unidades de servicio asignadas pertenecientes a la Asociación San Martín
- ❖ Establecer un análisis comparativo con los resultados obtenidos en la primera y segunda visita de supervisión para cada variable del componente salud y nutrición.
- ❖ Efectuar una presentación formal de los resultados obtenidos en el análisis comparativo de los estándares de supervisión de las UDS de la Asociación San Martín.

METODOLOGÍA

Para el seguimiento y evaluación de los estándares de calidad establecidos en el esquema de supervisión de los Hogares comunitarios de bienestar- familiares, pertenecientes a la asociación San Martín del Centro Zonal Cúcuta Tres, fue necesario realizar un proceso, que incluyó una serie de actividades, las cuales se describen a continuación:

1. Establecimiento de plan de mejoramiento

Através de los resultados obtenidos en la primera visita de supervisión se estableció un plan de mejoramiento para corregir las falencias identificadas en cada unidad de servicio.

Las acciones correctivas se dividieron en dos grupos: acciones a cargo de la madre comunitaria, las cuales se basaron en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en la primera visita de supervisión; y acciones a cargo de la Nutricionista Dietista en formación, las cuales se basaron en la elaboración y ejecución de un programa educativo dirigido a las madres comunitarias, con los temas que necesitaban de asistencia técnica:

- ✓ Capacitación sobre enfermedades prevalentes en la infancia.
- ✓ Capacitación sobre brotes y enfermedades inmunoprevenibles y sobre el procedimiento para su identificación y notificación, para lo cual se suministra como material de apoyo un protocolo.
- ✓ Taller práctico sobre técnica de medidas antropométricas e implementación del formato de captura de datos antropométricos V4
- ✓ Taller práctico sobre estandarización de porciones servidas, en el cual cada madre comunitaria diligencia el formato tabla de control de porciones servidas según los resultados que se obtengan en el taller, como material de apoyo para realizar dicho proceso.

Adicionalmente al programa educativo se elaboró como material de apoyo fichas del procedimiento operativo estandarizado de limpieza y desinfección del servicio de alimentación y un cartel con los hábitos higiénicos e indumentaria para el personal manipulador de alimentos, para socializar con las madres comunitarias.

2. Seguimiento al plan de mejoramiento

Se realizó una visita a cada unidad de servicio en las fechas del 29, 30 de octubre 1, 2 y 5 de noviembre, realizando 3 visitas por jornada; se verificó si los compromisos a cargo de la madre comunitaria fueron cumplidos, de lo contrario se volvió a establecer un nuevo compromiso, y se socializó las actividades a cargo de la Nutricionista Dietista en formación para lo cual se estableció como compromiso asistir a dichas actividades.

Indicador

$$\frac{\text{Nº de UDS a las cuales se les realizó seguimiento al plan de mejoramiento}}{\text{total de UDS de la asociación san Martín asignadas}} \times 100$$

$$\frac{15 \text{ UDS a las cuales se les realizó seguimiento al plan de mejoramiento}}{15 \text{ UDS de la asociación san Martín asignadas}} \times 100$$

Se realizó seguimiento al plan de mejoramiento al 100% de las UDS asignadas de la asociación san Martín.

3. Ejecución de las actividades programadas en el programa educativo:

Se realizó la convocatoria de las madres comunitarias para las capacitaciones y talleres programados, seguidamente se realizó el desplazamiento a la unidad de servicio de la representante legal el Principito en las fechas 13, 14 y 19 de Noviembre del 2018 para la ejecución de cada actividad, se identifico el cumplimiento

Indicador

$$\frac{N^{\circ} \text{ de estrategias de intervención ejecutadas}}{\text{total de estrategias de intervención programadas}} \times 100$$

$$\frac{4 \text{ estrategias de intervención ejecutadas}}{4 \text{ estrategias de intervención programadas}} \times 100$$

Se ejecutaron el 100% de las estrategias de intervención programadas

$$\frac{N^{\circ} \text{ de asistentes a las estrategias de intervención}}{\text{total de madres comunitarias programadas}} \times 100$$

$$\frac{21 \text{ asistentes a las estrategias de intervención}}{21 \text{ madres comunitarias programadas}} \times 100$$

Asistieron el 100% de las madres comunitarias de la Asociación San Martín

4. Segunda visita de supervisión

Se realizó el desplazamiento a cada unidad de servicio en las fechas del 20 al 27 de noviembre, iniciando con la el saludo con cada madre comunitaria y dando continuidad con la aplicación del instrumento de supervisión, mediante la revisión de la documentación solicitada en el instrumento, la revisión de las actividades realizadas por la madre comunitaria durante la elaboración de las preparaciones y mediante la observación de la UDS.

Seguidamente se establecieron los compromisos en el acta del formato de la Universidad de Pamplona, en los casos donde se volvieron a presentar incumplimientos de los criterios de verificación, de lo contrario solo se estableció el compromiso de seguir con el cumplimiento de las variables y se procedió a establecer si está o no de acuerdo con la visita y con la evaluación realizada a cada variable, terminando con la firmar por parte de la estudiante y la madre comunitaria.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de UDS supervisadas}}{\text{total de UDS de la asociación san Martín asignadas}} \times 100$$

$$\frac{15 \text{ UDS supervisadas}}{15 \text{ UDS de la asociación san Martín asignadas}} \times 100$$

Resultados de supervisión del 100% de las UDS asignadas de la asociación san Martín.



5. Procesamiento y análisis de los resultados.

Se realizó ajustes a la base de Excel elaborada para la primera visita de supervisión, con el fin de tabular y graficar los resultados de las dos visita de supervisión

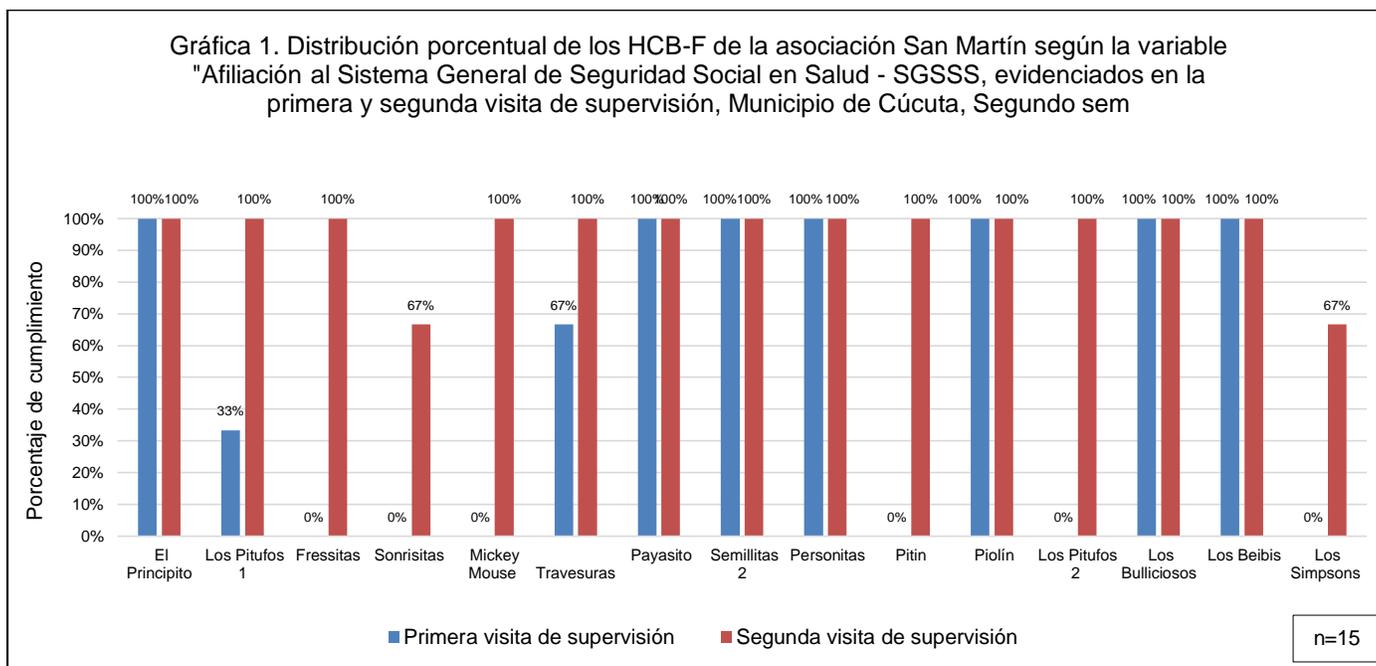
Posteriormente se realizó el análisis comparativo de las tablas y gráficas arrojadas por Excel, describiendo los resultados obtenidos en las dos visitas justificando en los cambios encontrados por medio del cumplimiento o incumplimiento de la acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento y los seguimientos realizados. justificando la importancia de cada variable con documentos del ICBF y la normativa nacional.

RESULTADOS Y ANÁLISIS

Tabla 1. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	33%	100%
Fressitas	0%	100%
Sonrisitas	0%	67%
Mickey Mouse	0%	100%
Travesuras	67%	100%
Payasito	100%	67%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	100%	100%
Pitín	0%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	0%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	0%	67%

Gráfica 1. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo sem



La variable "Afiliación al Sistema de Seguridad Social en Salud (SGSSS)" hace referencia a la garantía de acceso a servicios de salud de acuerdo con lo establecido en la Ley 100 de 1993 y sus modificaciones contenidas en la Ley



1122 de 2007 y el Decreto 2353 de 2015, el Sistema General de Seguridad Social en Salud funciona en dos regímenes de afiliación: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado dependiendo de la capacidad económica de los residentes colombianos, y está integrado por: el Estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social. Por otra parte, los integrantes de las Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol y Magisterio (Docentes) entre otros se rigen por un régimen excepcional o especial. Las personas pertenecientes a este régimen se encuentran exceptuadas por ley para pertenecer al SGSSS establecido por la Ley 100. Por tanto, la prestación del servicio estará a cargo del régimen de excepción. La afiliación al sistema de salud tiene como características importantes, ser de carácter obligatorio e irrenunciable, por lo que según el código de infancia y adolescencia (ley 1098 del 2006), todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la salud integral, especificando en el artículo 40 que se debe garantizar que los niños, las niñas tengan acceso al Sistema de Seguridad Social en Salud de manera oportuna, haciéndose efectivo este derecho mediante la afiliación inmediata del recién nacido a uno de los regímenes de ley, contributivo y subsidiado

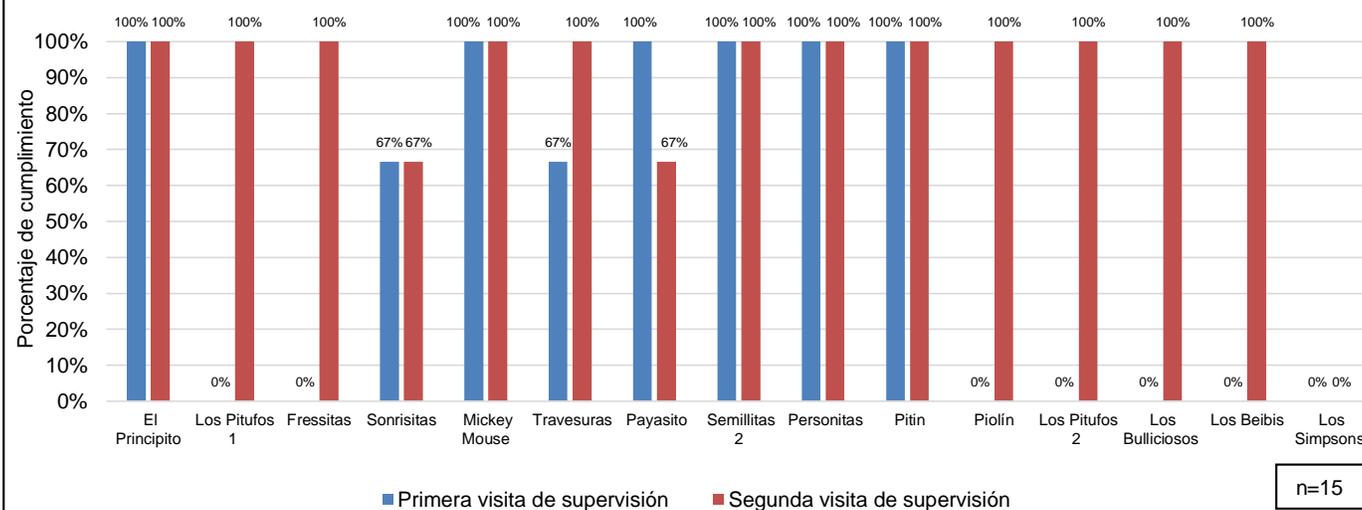
De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS", se pudo evidenciar que en la primera visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Semillitas 2, Personitas, Piolín, Los Bulliciosos y Los Beibis) cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, por lo que se evidenció la copia de afiliación vigente al SGSSS de los 12 niños; en cuanto a la unidad de servicio Travesuras cumplió en un 67% por que 4 niños no contaban con copia de afiliación vigente al SGSSS, pero si con acta de compromiso con los padres para que realicen el trámite de la afiliación de los niños, y contaban con soporte del seguimiento realizado a dichos compromisos, en cuanto a la unidad de servicio Los pitufos 1 cumplió en un 33% por lo que un niño no contaba con copia de afiliación al SGSSS, pero si contaba con soporte de acta de compromiso con los padres para que realicen el trámite de la afiliación del niño, pero no con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos y en cuanto a las unidades de servicio (Fressitas, Mickey Mouse, Pitin y Los Pitufos 2) no cumplieron con ninguno de los criterios de verificación obteniendo 0% del cumplimiento, esto se debe a que algunos niños no contaban con la copia de afiliación vigente al SGSSS, con acta de compromiso con los padres para que realicen el trámite de la afiliación de los niños, y con el soporte del seguimiento realizado a tales compromisos; por lo que el derecho de los niños y niñas a la salud integral se encontraba vulnerado; para la segunda visita de supervisión, las unidades de servicio anteriormente mencionadas contaron con la copia de afiliación vigente al SGSSS de los 12 niños, por lo que su cumplimiento fue del 100%. Por otra parte las unidades de servicio (Sonrisitas y los Simpsons) en la primera visita de supervisión no cumplieron con ninguno de los criterios de verificación obteniendo 0% del cumplimiento, lo que se debe a que algunos niños no contaban con la copia de afiliación vigente al SGSSS, con acta de compromiso con los padres para que realicen el trámite de la afiliación de los niños, y con el soporte del seguimiento realizado a tales compromisos; en la segunda visita de supervisión estas 2 unidades de servicio cumplieron en un 67% a causa de que algunos niños no contaban con copia de afiliación al SGSSS, pero si contaban con acta de compromiso con los padres para que realicen el trámite de la afiliación del niño, y con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos; por último la unidad de servicio payasito presento en la primera visita de supervisión un cumplimiento del 100% y en la segunda visita de supervisión presentó un cumplimiento del 67%, por lo que un niño no contaba con copia de afiliación al SGSSS, pero si contaba con acta de compromiso con los padres para que realicen el trámite de la afiliación del niño, y con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede evidenciar que se encontró un mayor cumplimiento de la variable en la segunda visita de supervisión con respecto a la primera, estos resultados se atribuyen al compromiso de las madres comunitarias en la implementación de acciones de mejora las cuales se establecieron en el plan de mejoramiento por parte de la N.D en formación,

Tabla 2. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Promoción crecimiento y desarrollo", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	0%	100%
Fressitas	0%	100%
Sonrisitas	67%	67%
Mickey Mouse	100%	100%
Travesuras	67%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	100%	100%
Pitín	100%	100%
Piolín	0%	100%
Los Pitufos 2	0%	100%
Los Bulliciosos	0%	100%
Los Beibis	0%	100%
Los Simpsons	0%	0%

Gráfica 2. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Promoción crecimiento y desarrollo", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.





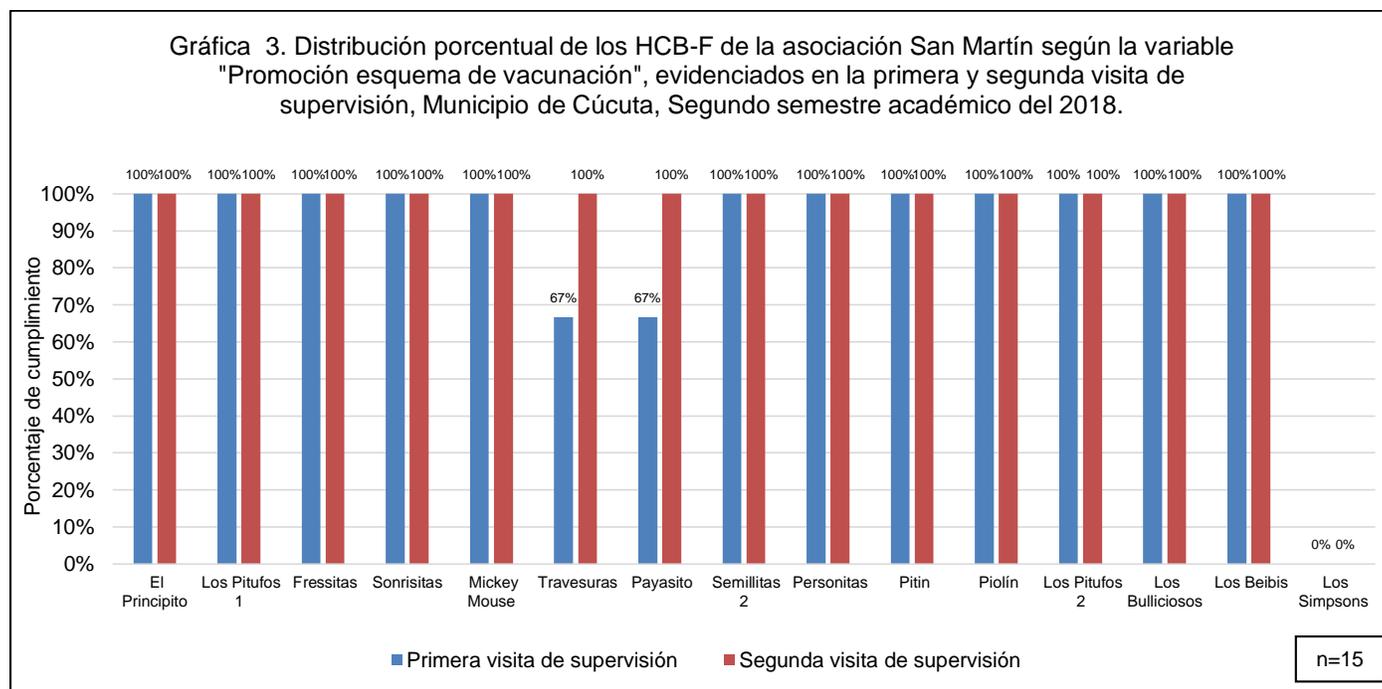
La importancia del seguimiento al crecimiento y desarrollo de la población infantil radica en que el 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible. La tasa de morbilidad y mortalidad en niños por causas evitables se puede disminuir mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años, a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo, ofreciendo educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades. Las intervenciones realizadas se deben hacer en edades claves del crecimiento y desarrollo, las cuales se encuentran definidas de acuerdo con el esquema de control de crecimiento y desarrollo establecido en la norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años, siendo estas edades Durante el primer mes, a los 2, 4, 6, 9 y 12 meses, luego cada 6 meses hasta los 5 años y luego cada año hasta los 8 años. (Ministerio de Salud, Resolución 412 del 2000).

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Promoción crecimiento y desarrollo", se pudo evidenciar que en la primera visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Mickey Mouse, Payasito, Semillitas 2, Personitas y Pitin) cumple con el 100% de los criterios de verificación, por lo que contaban con la copia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado de los 12 niños; en cuanto a la unidad de servicio Travesuras cumplió en un 67% por lo que algunos niños no contaban con la copia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado, pero si con acta de compromiso con los padres para que lleven a los niños a la cita de crecimiento y desarrollo, y también contaban con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos; en cuanto a las unidades de servicio (Los Pitufos 1, Fressitas, Piolín, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos, Los Beibis) no cumplieron con ninguno de los criterios de verificación obteniendo 0% del cumplimiento, ya a que algunos niños no contaban con la copia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado, tampoco contaban con acta de compromiso con los padres para que lleven a los niños a la cita de crecimiento y desarrollo, soporte del seguimiento realizado a tales compromisos y soporte para la activación de la ruta de vulneración de derechos, por lo que el derecho de los niños y niñas a una atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo se está viendo vulnerado; para la segunda visita de supervisión las unidades de servicio anteriormente mencionadas contaron con la copia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado de los 12 niños, por lo que su cumplimiento fue del 100%. Por otra parte la unidad de servicio Sonrisitas en la primera y segunda visita de supervisión presentó un cumplimiento del 67% por lo que algunos niños no contaban con la copia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado, pero si con acta de compromiso con los padres para que lleven a los niños a la cita de crecimiento y desarrollo, y también contaban con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos; y en cuanto a la unidad de servicio Los simpsons en la primera y segunda visita de supervisión presento un cumplimiento del 0% de los criterios de verificación, a causa de que algunos niños no contaban con la copia del carné de crecimiento y desarrollo actualizado, tampoco contaban con acta de compromiso con los padres para que lleven a los niños a la cita de crecimiento y desarrollo y con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede evidenciar que se encontró un mayor cumplimiento de la variable en la segunda visita con respecto a la primera, estos resultados se atribuyen al compromiso de las madres comunitarias en la implementación de acciones de mejora, las cuales se establecieron en el plan de mejoramiento por parte de la N.D en formación.

Tabla 3. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Promoción esquema de vacunación", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	100%	100%
Fressitas	100%	100%
Sonrisitas	100%	100%
Mickey Mouse	100%	100%
Travesuras	67%	100%
Payasito	67%	100%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	100%	100%
Pitin	100%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	100%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	0%	0%





La inmunización en niños se fundamenta en hechos científicos conocidos acerca de los inmunobiológicos, de los principios sobre inmunización activa y pasiva y, de consideraciones epidemiológicas y de salud pública, el uso de las vacunas implica la protección parcial o completa contra un agente infeccioso, siendo la vacunación la mejor estrategia y la más costo efectiva, demostrada universalmente, para la reducción de la incidencia y mortalidad por las enfermedades inmunoprevenibles (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, 2000).

El Programa Ampliado de Inmunizaciones - PAI - tiene a cargo la Eliminación, Erradicación y Control de las enfermedades inmunoprevenibles en Colombia, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por estas enfermedades en la población menor de 5 años, para lo cual los padres deben llevar a sus hijos al punto de vacunación más cercano al nacer, a los 2, 4, 6 y 7 meses, al año, al año y medio y a los 5 años; siendo entonces el carné de vacunación de gran relevancia, debido a que permite identificar si las niñas o niños cuenta con el esquema de vacunación completo según su edad (Ministerio de Salud, (Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, 2000).

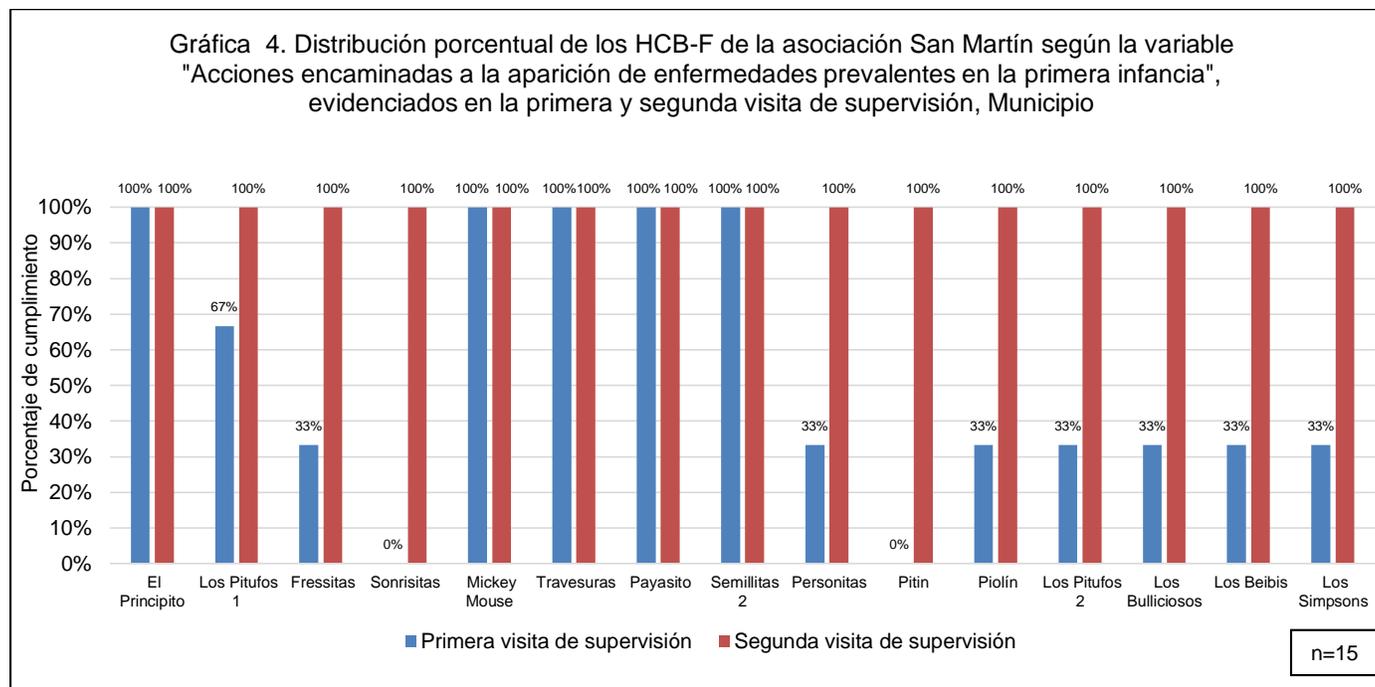
De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Promoción esquema de vacunación", se pudo evidenciar que en la primera y en la segunda visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Los Pitufos 1, Fressitas, Sonrisitas, Mickey Mouse, Semillitas 2, Personitas, Pitin, Piolín, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos y Los Beibis) cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, por lo que se pudo evidenciar la copia del carné de vacunación completo de acuerdo con la edad de los 12 niños, en cuanto a las unidades de servicio (Travesuras y Payasito) en la primera visita de supervisión presentaron un cumplimiento del 67%, a causa de que algunos niños no contaban con la copia del carné de vacunación completo de acuerdo con la edad de los niños, pero si contaban con soporte de acta de compromiso con los padres para que lleven a sus hijos al centro de salud para la aplicación de las vacunas según su edad y también contaban con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos; en la segunda visita de supervisión en las unidades de servicio anteriormente mencionadas se pudo evidenciar la copia del carné de vacunación completo de acuerdo con la edad de los 12 niños por lo que el cumplimiento fue del 100%;

Por otra parte en la primera y segunda visita la unidad de servicio Los Simpsons no cumplió con ninguno de los criterios de verificación obteniendo 0% en el cumplimiento, esto se debió a que un niño no contaba con la copia del carné de vacunación completo de acuerdo con la edad y tampoco contaba con soporte de acta de compromiso con los padres para que lleven al niños al centro de salud para la aplicación de las vacunas según su edad, con soporte del seguimiento realizado a tales compromisos y con soporte para la activación de la ruta de vulneración de derechos, por lo que el derecho del niño a una vacunación se está viendo vulnerado.

Teniendo en cuenta lo anterior se puede evidenciar que solo en una unidad de servicio la madre comunitaria presenta falta de compromiso para implementar las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento.

Tabla 4. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Acciones encaminadas a la aparición de enfermedades prevalentes en la primera infancia", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	67%	100%
Fressitas	33%	100%
Sonrisitas	0%	100%
Mickey Mouse	100%	100%
Travesuras	100%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	33%	100%
Pitin	0%	100%
Piolín	33%	100%
Los Pitufos 2	33%	100%
Los Bulliciosos	33%	100%
Los Beibis	33%	100%
Los Simpsons	33%	100%



Las enfermedades prevalentes de la infancia son aquellas que por factores ambientales y coyunturales se producen con frecuencia; las mas comunes son la Infección respiratoria aguda y la enfermedad diarreica aguda.



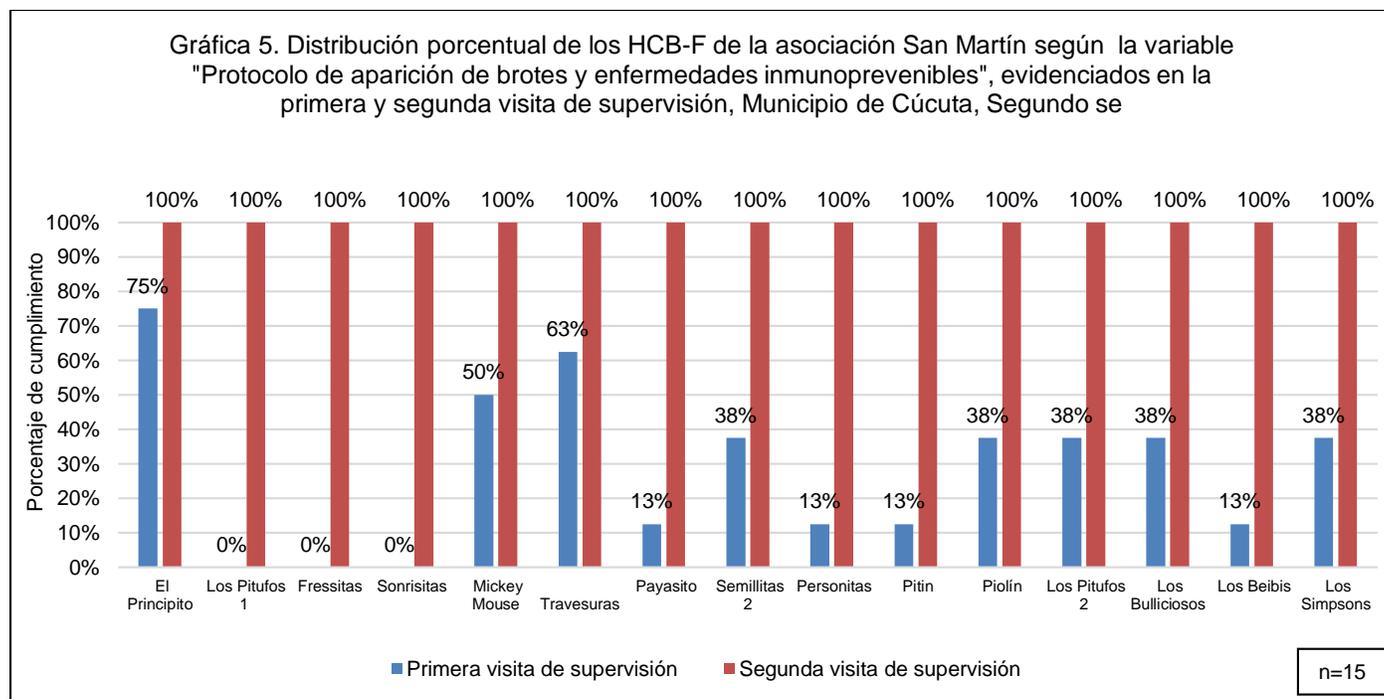
Según la guía “Guía para madres comunitarias” de la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI, se establece que, para las madres comunitaria, uno de los quehaceres cotidianos y su labor más importante es la educación, no sólo a los niños sino a sus cuidadores, es decir convertir una actividad educativa en un proceso de facilitación, por lo que la madre comunitaria puede aprovechar las reuniones de padres de familia para realizar con ellos talleres educativos, sesiones demostrativas y charlas educativas sobre las prácticas saludables del cuidado de la salud de los niños entre los cero y cinco años. Las prácticas clave son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado cotidiano para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños; por lo que en la estrategia Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia AIEPI en su componente comunitario, se busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo dentro del marco de trabajo comunitario, donde se propone que las familias incorporen prácticas saludables para el desarrollo seguro de sus hijos protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos y detectando oportunamente signos que manifiestan que requieren tratamiento inmediato para buscar ayuda (Ministerio de protección social, 2010).

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable " Acciones encaminadas a la aparición de enfermedades prevalentes en la primera infancia", se pudo evidenciar que en la primera y segunda visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Mickey Mouse, Travesuras, Payasito y Semillitas 2) cumplieron con el 100% de los criterios de verificación; por otra parte la unidad de servicio Los Pitufos 1 en la primera visita cumplió en un 67% a causa de que no se evidencio acta de ejecución de acciones educativas sobre la prevención y detección oportuna de enfermedades prevalentes de la infancia; en cuanto a las unidades de servicio (Fressitas, Personitas, Piolín, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos, Los Beibis y Los Simpsons) en la primera visita de supervisión cumplieron en un 33% por lo que no se evidenció soporte de implementación de acciones educativas para la prevención y detección de enfermedades prevalentes de la infancia por lo que no cuenta con soporte de ejecución, pero estas actividades si se encuentran establecidas en el plan de formación y acompañamiento a familias; y en cuanto a las unidades de servicio Sonrisitas y Pitin en la primera visita de supervisión no cumplen con ninguno de los criterios de verificación, obteniendo 0% en el cumplimiento.

En la segunda visita de supervisión las 15 unidades de servicio cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, estos resultados se atribuyen a las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento tales como la asistencia de las madres comunitarias a la capacitación sobre enfermedades prevalentes de la infancia dirigida por la Nutricionista Dietista en formación, y a la implementación de acciones educativas sobre la prevención y detección oportuna de enfermedades prevalentes de la infancia, dirigidas a los padres de familia y/o cuidadores, por lo que en el momento se la visita se verificó su correcto cumplimiento.

Tabla 5. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Protocolo de aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	75%	100%
Los Pitufos 1	0%	100%
Fressitas	0%	100%
Sonrisitas	0%	100%
Mickey Mouse	50%	100%
Travesuras	63%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	38%	100%
Personitas	13%	100%
Pitin	13%	100%
Piolín	38%	100%
Los Pitufos 2	38%	100%
Los Bulliciosos	38%	100%
Los Beibis	13%	100%
Los Simpsons	38%	100%





Las enfermedades inmunoprevenibles son aquellas que se pueden prevenir mediante el uso de la vacunación como la Tosferina, La Parálisis Flácida Aguda – PFA, el Sarampión, la Rubeola, la Difteria, Tétanos, Parotiditis, Tuberculosis, Meningitis, Lepra entre otras; actualmente se ha comprobado que la utilización de la vacuna modifica la prevalencia y la incidencia a nivel mundial de estas enfermedades, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI), del año 2005, se establece como un conjunto de normas y procedimientos acordados entre los países de la Organización Mundial de la Salud para limitar la propagación internacional de epidemias y otras emergencias de salud pública; en torno a las enfermedades Inmunoprevenibles, refiere que aunque actualmente se encuentran en control y bajo vigilancia por su potencial epidémico, estas aún cuentan con grandes amenazas para la salud pública. De acuerdo a lo anterior es necesario contar con sistemas de vigilancia sensibles y fortalecidos en la detección de casos y la capacidad de generar alertas tempranas que permita la intervención y control inmediato de posibles brotes, entendidos estos como la ocurrencia en una comunidad, región o institución de un número excesivo de casos de una enfermedad con relación a los valores esperados y relacionados entre si por derivarse de una fuente común o de una fuente propagada. (Ministerio de salud y protección social & INS, 2014).

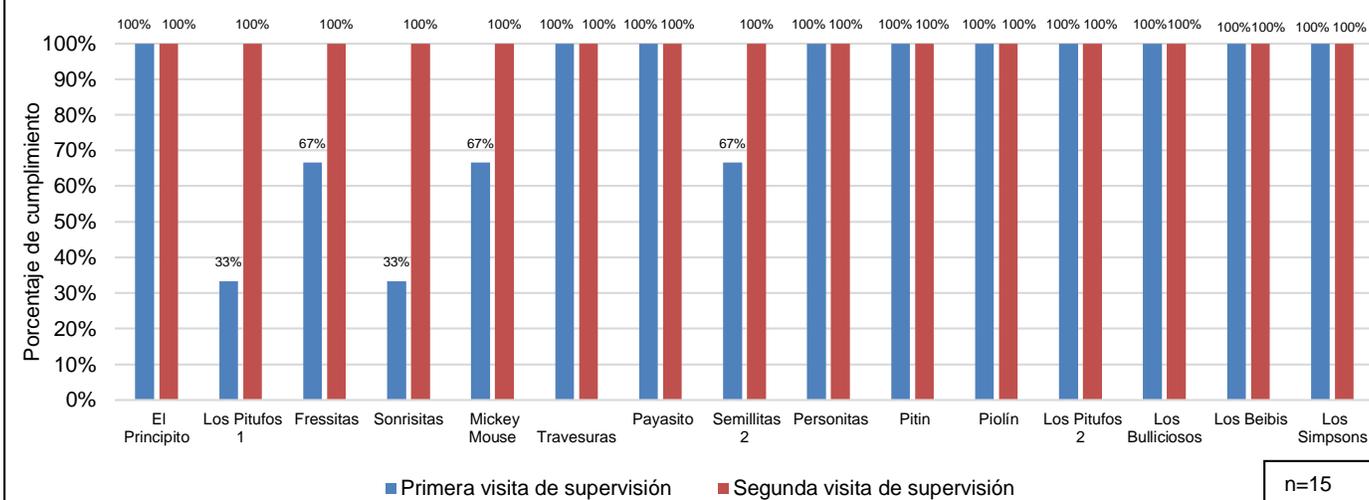
De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Protocolo de aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles" se pudo evidenciar que en la primera visita de supervisión la unidad de servicio El principito cumplió con un 75%, esto se debe a que se evidenció un instructivo de atención epidemiológica de brotes de enfermedades inmunoprevenibles del ministerio de salud y protección social, pero no contaba con un documento donde establezca el procedimiento para la identificación y notificación de posibles casos relacionados con brotes, además en el criterio de verificación de cualificación sobre este tema, la madre comunitaria solo cuenta con capacitación en H1N1; en cuanto a la unidad de servicio Travesuras cumplió en un 63%, por lo que a diferencia de la anterior esta no cumplió con el criterio de contar con un documento donde establezca el procedimiento para la identificación y notificación de posibles casos relacionados con brotes; en cuanto a la unidad de servicio Mickey Mouse cumplió en un 50% por lo que no se evidenció un documento donde establezca el procedimiento para la identificación y notificación de posibles casos relacionados con brotes y con la cualificación sobre este tema; en cuanto a las unidades de servicio (Semillitas 2, Piolín, Los Pitufos 2 y Los Bulliciosos) cumplieron en un 38%, debido a que se evidenció soporte de capacitación en H1N1 y en el plan de formación y acompañamiento a familias se encuentra incluido la socialización del procedimiento de aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles; en cuanto a la unidad de servicio Los Simpsons también cumplió en un 38% pero debido a que solo cuenta con capacitación en H1N1 y si cuentan con evidencias sobre la implementación de acciones educativas relacionadas con la prevención y detección oportuna de Enfermedades Transmitidas por los alimentos y el manejo adecuado de las mismas; en cuanto a las unidades de servicio (Payasito, Personitas, Pitin y Los Beibis) cumplieron con un 13% a causa de que solo contaban con capacitación en H1N1; y en cuanto a las unidades de servicio (Los Pitufos 1, Fressitas y Sonrisitas) no cumplieron con ningún criterio de verificación, obteniendo 0% del cumplimiento.

En la segunda visita de supervisión las 15 unidades de servicio cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, estos resultados se atribuyen a las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento tales como la asistencia de las madres comunitarias a la capacitación sobre enfermedades inmunoprevenibles y brotes dirigida por la Nutricionista Dietista en formación, donde se les suministro como material complementario un protocolo de enfermedades inmunoprevenibles y brotes, además de la implementación de acciones educativas relacionadas con la prevención y detección oportuna de Enfermedades Transmitidas por los alimentos y el manejo adecuado de las mismas, dirigidas a los padres de familia y/o cuidadores, por lo que en la visita se logró verificar el correcto cumplimiento de los estándares.

Tabla 6. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Seguimiento nutricional", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	33%	100%
Fressitas	67%	100%
Sonrisitas	33%	100%
Mickey Mouse	67%	100%
Travesuras	100%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	67%	100%
Personitas	100%	100%
Pitín	100%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	100%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	100%	100%

Gráfica 6. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Seguimiento nutricional", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.





El estado nutricional es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto causado por los requerimientos nutricionales según la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física (Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

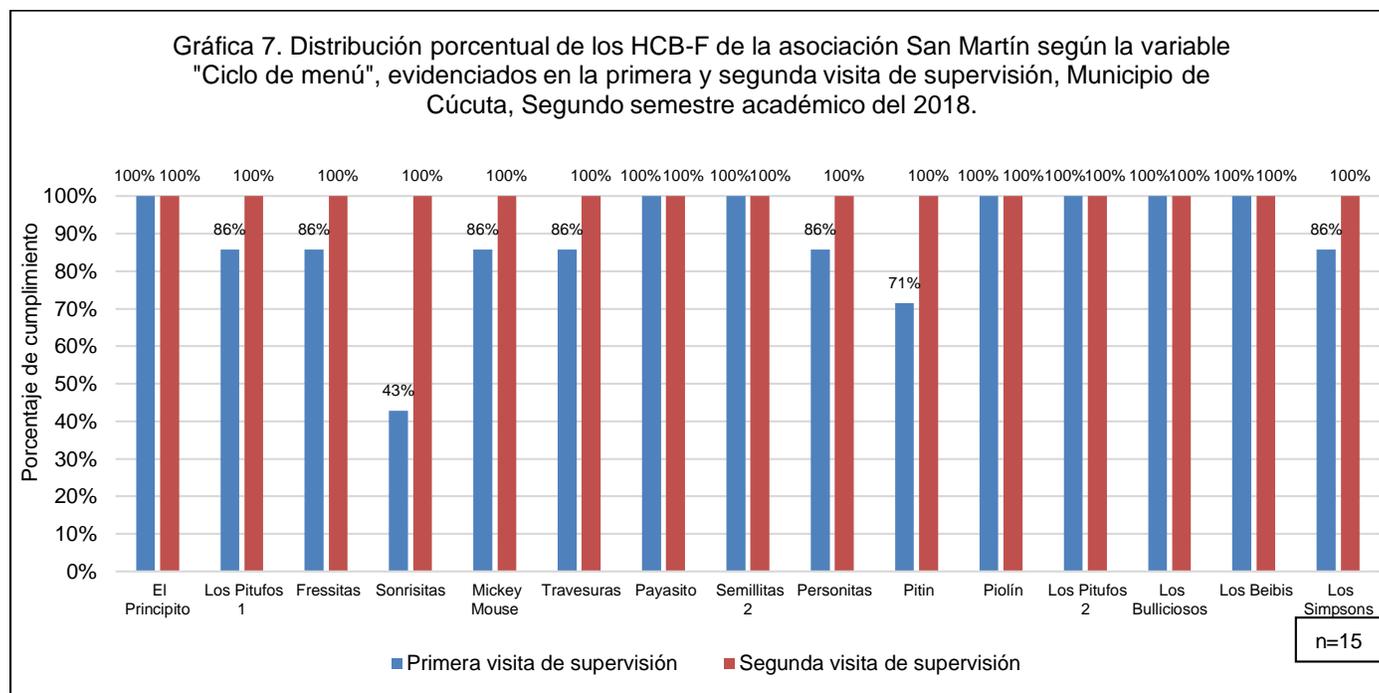
Según el procedimiento de evaluación y seguimiento al estado nutricional establecido por el ICBF, determina que a partir de la identificación en un periodo de tiempo determinado, de los cambios del estado nutricional de los beneficiarios del programa HCB-familiares del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar se pueden realizar intervenciones a nivel individual y colectivo, encaminadas a mejorar o prevenir el deterioro del estado nutricional de los niños y niñas (ICBF, 2018).

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable " Seguimiento nutricional", en la primera visita de supervisión se pudo evidenciar que las unidades de servicio (El Principito, Travesuras, Payasito, Personitas, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos, Los Beibis, Pitin, Piolín y Los Simpsons) cumplen con el 100% de los criterios de verificación, por lo que el formato de captura de datos antropométricos se encuentra debidamente diligenciado y cuentan con soporte del reporte del cuéntame, en cuanto a las unidades de servicio (Fressitas y Semillitas 2,) cumplen en un 67%, por lo que las madres comunitarias no cuentan con soporte de gestión de la Entidad administradora de servicio para análisis nutricional de los niños y niñas según la clasificación nutricional arrojada en el reporte del cuéntame; en cuanto a la unidades de servicio Mickey Mouse esta también cumple con un 67% pero debido a que el formato de captura de datos antropométricos no está registrada la tercera toma; y en cuanto a las unidades de servicio (Los Pitufos 1 y Sonrisitas) cumplen en un 33%, esto se debe a que el formato de captura de datos antropométricos no está registrada la tercera toma y a que las madres no cuentan con soporte de gestión de la EAS para análisis nutricional de los niños y niñas según la clasificación nutricional arrojada en el reporte del cuéntame.

En la segunda visita de supervisión las 15 unidades de servicio cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, estos resultados se atribuyen a las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento tales como la asistencia de las madres comunitarias al taller de técnica de medidas antropométricas, en el cual además de realizar el taller se explicó el correcto diligenciamiento del formato captura de datos antropométricos, y la importancia de contar con el reporte del cuéntame para cruzar los datos de los niños beneficiarios.

Tabla 7. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Ciclo de menú", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	86%	100%
Fressitas	86%	100%
Sonrisitas	43%	100%
Mickey Mouse	86%	100%
Travesuras	86%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	86%	100%
Pitín	71%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	100%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	86%	100%





La variable ciclo de menú esta establecida en lo enmarcado por los 5 ejes de la seguridad alimentaria y nutrición principalmente en los ejes de Acceso y consumo diario de alimentos en cantidad, calidad e inocuidad es una línea de acción que hace parte constitutiva del componente de salud y nutrición, donde se establece que desde los servicios de las diferentes modalidades se cuenta con un aporte nutricional de la alimentación de niñas y niños, que está orientado para cubrir diariamente en promedio el 70% de las recomendaciones diarias de ingesta de energía y nutrientes según grupos de edad y de acuerdo con lo definido en las minutas patrón (ICBF, 2018).

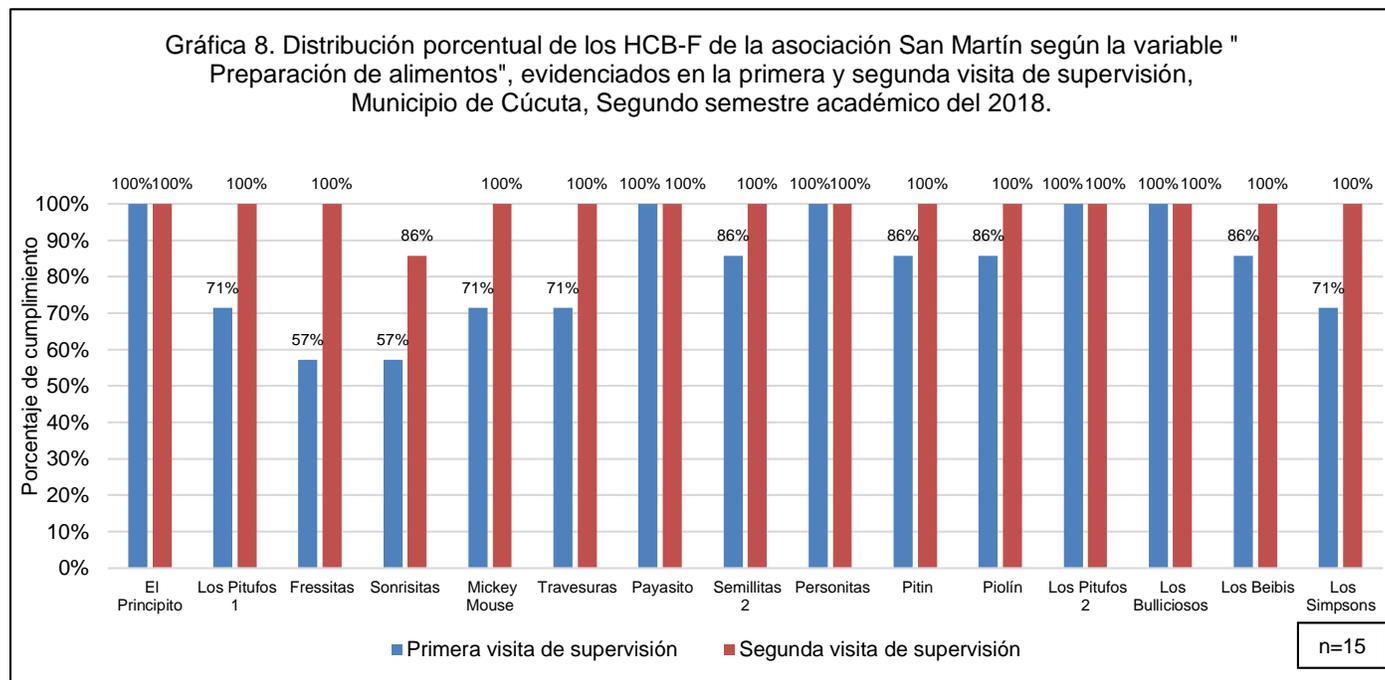
Para los HCB de la modalidad comunitaria, la minuta patrón, está determinada por dos grupos de edad, niños y niñas de 1 a 3 años y 11 meses y para niños y niñas de 4 a 5 años y 11 meses, de la cual se deriva el ciclo de menús, por lo que estas preparaciones de los menús deben estar acordes a los grupos de alimentos y cantidades establecidas en la minuta, por tiempo de comida (ICBF, 2018).

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Ciclo de menú", se pudo evidenciar que en la primera visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Payasito, Semillitas 2, Piolín, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos y Los Beibis) cumplen con el 100% de los criterios de verificación, en cuanto a las unidades de servicio (Los Pitufos 1, Fressitas, Mickey Mouse, Travesuras, Personitas y Los Simpsons) cumplen en un 86%, por lo que al momento de la visita se realizó la verificación del tamaño de la porción de los alimentos del desayuno o del almuerzo y al comparar con el tamaño de porción establecido en la minuta patrón del ICBF no concordaba, debido a que las madres comunitarias no contaban con utensilios estandarizados para cumplir con dichos gramajes o desconocían los gramajes de la minuta; en cuanto a la unidad de servicio Pitin cumple con un 71%, por lo que además de no cumplir con el tamaño de porción, no se encuentra publicado en un lugar visible para las familias, la minuta semanal que se suministra a niñas y niños; y en cuanto a la unidad de servicio Sonrisitas cumple en un 43% a causa de que además de no cumplir con el tamaño de porción, la alimentación suministrada no se ajusta a las preparaciones establecidas en el Ciclo de Menú y la madre comunitaria no suministra el soporte de las capacitaciones sobre estandarización de porciones y minuta patrón.

En la segunda visita de supervisión las 15 unidades de servicio cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, estos resultados se atribuyen a las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento tales como la asistencia de las madres comunitarias al taller de estandarización de porciones servidas, donde cada madre comunitaria diligenció el formato tabla de control de porciones servidas del ICBF, el cual les sirve como material de apoyo para realizar el servido de los alimentos con los utensilios seleccionados para este fin; y durante la visita se logró evidenciar su correcta implementación.

Tabla 8. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable " Preparación de alimentos", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	71%	100%
Fressitas	57%	100%
Sonrisitas	57%	86%
Mickey Mouse	71%	100%
Travesuras	71%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	86%	100%
Personitas	100%	100%
Pitin	86%	100%
Piolín	86%	100%
Los Pitufos 2	100%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	86%	100%
Los Simpsons	71%	100%





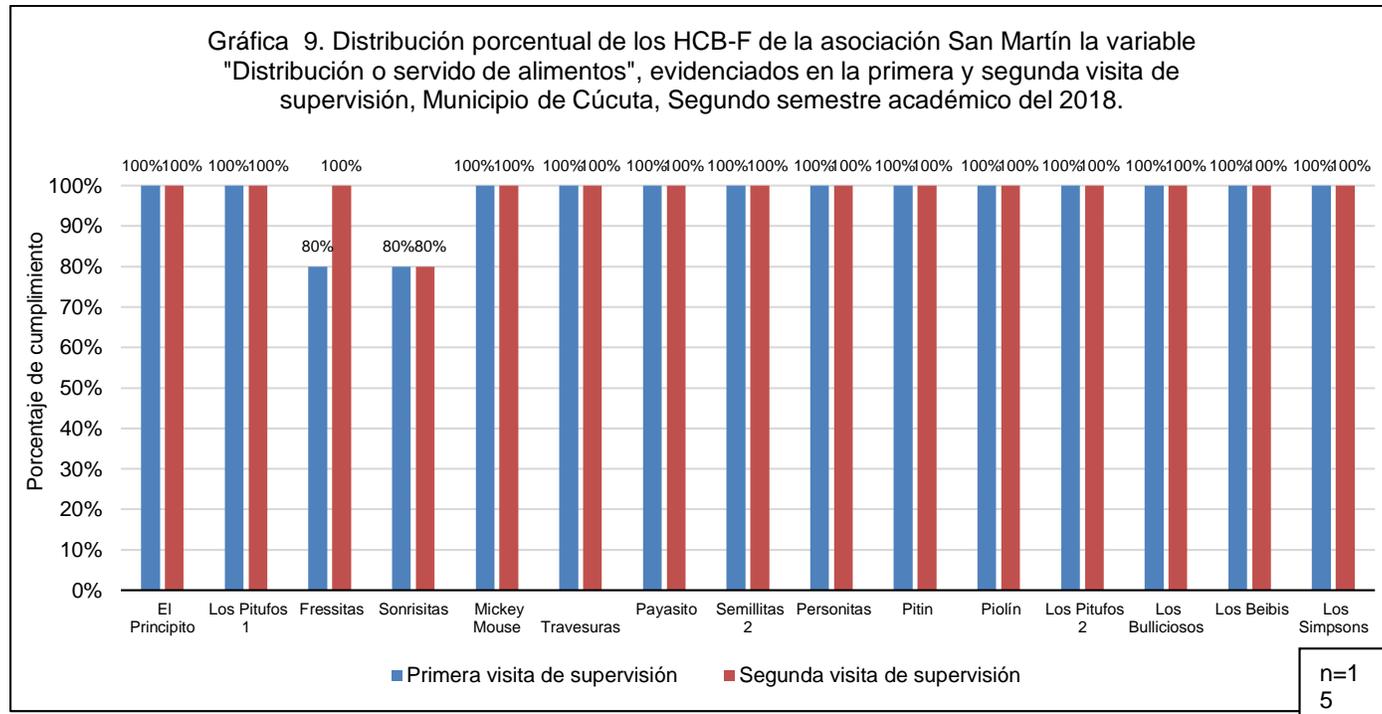
Los criterios de verificación de esta variable están soportados por la Resolución 2674 de 2013, en el capítulo VIII donde establece que: Los alimentos o materias primas crudos, tales como, hortalizas, frutas y carnes que se utilicen en la preparación de los alimentos deben ser lavados con agua potable corriente antes de su preparación; as hortalizas y frutas que se consuman deben someterse a lavado y desinfección con sustancias autorizadas por el Ministerio de Salud y Protección Social; la limpieza y desinfección de los utensilios que tengan contacto con los alimentos se hará en tal forma y con elementos o productos que no generen ni dejen sustancias peligrosas durante su uso, y debe realizarse mediante la utilización de agua caliente, vapor de agua o sustancias químicas autorizadas para este efecto; Los alimentos y bebidas deben mantenerse en un sistema apropiado que los proteja del ambiente exterior, se prohíbe el acceso de animales en el lugar de preparación de alimentos; Los alimentos perecederos, tales como, leche y sus derivados, carne y preparados, productos de la pesca deben almacenarse en recipientes separados, bajo condiciones de refrigeración y/o congelación y no podrán almacenarse conjuntamente con productos preparados o listos para el consumo con el fin de evitar la contaminación cruzada.

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable " Preparación de alimentos", se pudo evidenciar que en la primera visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Personitas, Los Pitufos 2 y Los Bulliciosos) cumplieron con el 100% de los criterios de verificación; en cuanto a las unidades de servicio (Semillitas 2, Pitin y Piolín) cumplieron en un 86%, por lo que al momento de desinfectar las frutas y verduras utilizaban vinagre y no hipoclorito de sodio, en cuanto a la unidad de servicio Los Beibis también cumplió en un 86%, pero por que la desinfección de los equipos, utensilios y superficies no se realizaba diariamente, si no semanalmente; en cuanto a las unidades de servicio (Los Pitufos 1, Mickey Mouse, Travesuras, Payasito y Los Simpsons) cumplieron en un 71%, por lo que al momento de desinfectar las frutas y verduras utilizaban vinagre, o no realizaban adecuadamente la dilución de hipoclorito de sodio, y debido a que la desinfección de los equipos, utensilios y superficies no se realizaba diariamente; en cuanto a la unidad de servicio Fressitas cumplió en un 57%, lo que se debe a que además de no cumplir con los dos criterio anteriormente mencionados, la madre comunitaria no implementaba las medidas necesarias para evitar la contaminación cruzada; y en cuanto a la unidad de servicio Sonrisitas cumplió también en un 57%, teniendo en cuenta que además de no cumplir con los dos criterio anteriormente mencionados, en los espacios destinados a la preparación de alimentos se observó la presencia de animales domésticos.

En la segunda visita de supervisión 14 de las 15 unidades de servicio cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, estos resultados se atribuyen a las acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento tales como la asistencia de las madres comunitarias a la socialización del proceso estandarizado de limpieza y desinfección implementado en el servicio de alimentación, donde se les suministró 8 fichas con esta información, para lo cual en la visita se logró verificar que las fichas se encontraran ubicadas en un lugar visible del servicio de alimentación y se identificó la correcta implementación del proceso, por otra parte la unidad de servicio sonrisitas no cumplió con el 100% por lo que en el momento de la visita se observaba la presencia de un animal doméstico (gato) en el servicio de alimentación por lo que la madre comunitaria no cumplió con el compromiso de colocar una malla en la reja principal de la vivienda para evitar que entrara.

Tabla 9. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín la variable "Distribución o servido de alimentos", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	100%	100%
Fressitas	80%	100%
Sonrisitas	80%	80%
Mickey Mouse	100%	100%
Travesuras	100%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	100%	100%
Pitin	100%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	100%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	100%	100%





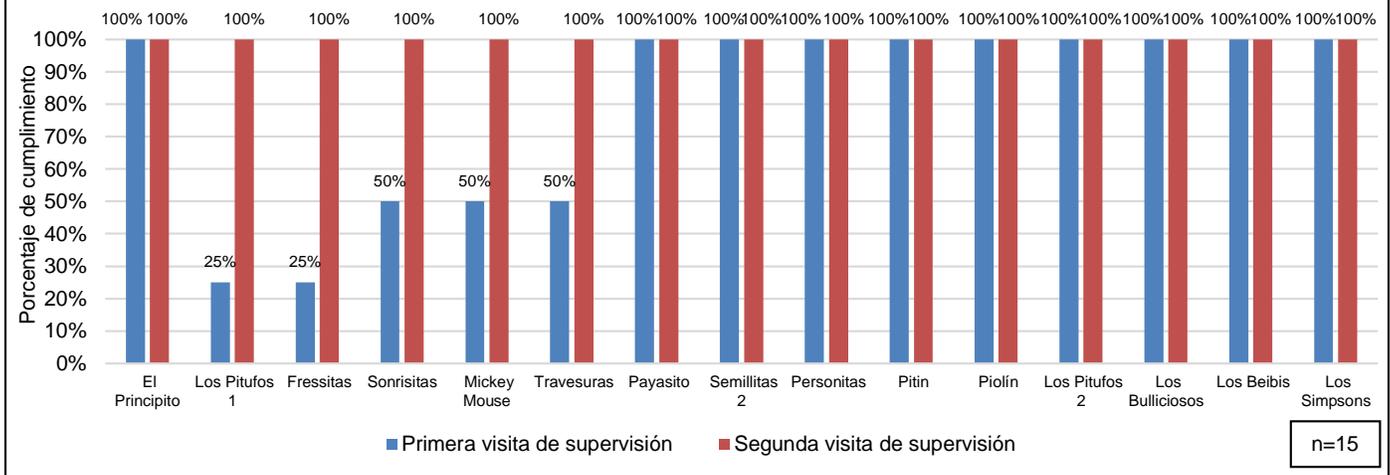
Los criterios de verificación de esta variable están soportados por la Resolución 2674 de 2013, en el capítulo VIII donde establece que: El servido de los alimentos debe hacerse con utensilios (pinzas, cucharas, etc.) según sea el tipo de alimento, evitando en todo caso el contacto del alimento con las manos y se prohíbe el acceso de animales y la presencia de personas diferentes a los manipuladores de alimentos.

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Distribución o servido de alimentos", se pudo evidenciar que en la primera y segunda visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Los pitufos, Mickey Mouse, Travesuras, Payasito, Semillitas 2, Personitas, Pitin, Piolín, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos, Los Beibis y Los Simpsons) cumplieron con el 100% de los criterios de verificación; por otro parte la unidad de servicio Fressitas cumplió en un 80% por lo que en la primera visita se evidenció que el servido de los alimentos del almuerzo la madre comunitaria sirvió algunos alimentos con las manos y no con un utensilio, pero en la segunda visita esta acción fue corregida por lo que el cumplimiento fue del 100%, y en cuanto a la unidad de servicio Sonrisitas, en la primera y segunda visita cumplió en un 80% a causa de que se evidenció la presencia de animales domésticos, en los espacios destinados al servido de alimentos por lo que la madre comunitaria no cumplió con el compromiso de colocar una malla en la reja principal de la vivienda para evitar que entrara.

Tabla 10. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Suministro de alimentos de alto valor nutricional AAVN -Bienestarina", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	25%	100%
Fressitas	25%	100%
Sonrisitas	50%	100%
Mickey Mouse	50%	100%
Travesuras	50%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	100%	100%
Pitin	100%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	100%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	100%	100%

Gráfica 10. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Suministro de alimentos de alto valor nutricional AAVN -Bienestarina", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo



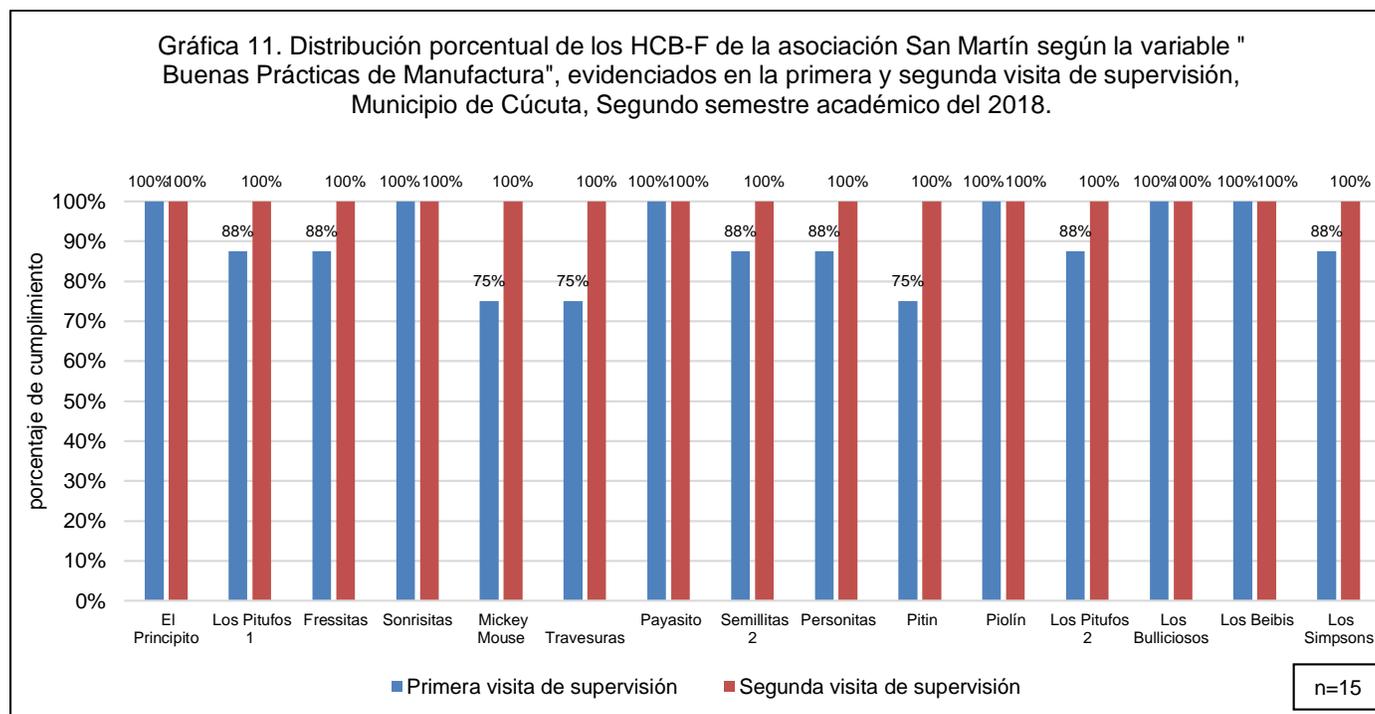
La Bienestarina es un complemento de Alto Valor Nutricional producido por el ICBF, dirigido a la población más vulnerable del país y que hace parte de los programas institucionales. Es un alimento pre-cocido a base de una mezcla de cereales, leguminosa y leche entera en polvo, con vitaminas y minerales y ácidos grasos esenciales y de fácil preparación, contiene micronutrientes aminoquelados que mejoran la absorción en la población beneficiaria y cuenta con un balance adecuado de aminoácidos esenciales. (ICBF, 2018)

El ICBF establece la inclusión de Alimentos de Alto Valor Nutricional en la minutas patrón y en las raciones para preparar de las diferentes modalidades o servicios, de acuerdo con el grupo etario, la frecuencia de entrega y cantidades definidas en el "Lineamiento de Programación y Ejecución de Metas Sociales y Financiera, Anexo. 2 "Raciones de Alimentos de Alto Valor Nutricional". (ICBF, 2018)

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Suministro de alimentos de alto valor nutricional AAVN - Bienestarina", se pudo evidenciar que en la primera y segunda visita de supervisión las unidades de servicio las UDS (El principito, Payasito, Semillitas 2, Personitas, Pitin, Piolín, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos, Los Beibis y Los Simpsons) cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, por otra parte se pudo evidenciar que en la primera visita las unidades de servicio (Sonrisitas, Mickey Mouse y Travesuras) cumplieron en un 50% por lo que en la visita se realizó la verificación de la cantidad utilizada a la fecha de bienestarina, encontrándose una cantidad diferente (mayor) a la que debía haber en existencia, esto debido a que las madres comunitarias no adicionaban el gramaje establecido (90 gramos) para las preparaciones del desayuno y (90 gramos) para las preparaciones del almuerzo y no contaban con utensilios estandarizados para este fin; para la segunda visita de supervisión esta acción fue corregida por que a través del taller de estandarización de porciones las madres comunitarias seleccionaron un utensilio de su servicio de alimentación para estandarizarlo y poder adicionar el gramaje correcto. En cuanto a las unidades de servicio (Los pitufos 1 y Fressitas) en la primera visita de supervisión cumplieron en un 25% teniendo en cuenta que además de no cumplir con lo anterior, no contaban con copia del Formato Entrega de Alimento de Alto Valor Nutricional a Unidades v2 F3.P5.PP, en la segunda visita de supervisión las madres comunitarias solicitaron copia a la representante legal de la asociación.

Tabla 11. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable " Buenas Prácticas de Manufactura", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	88%	100%
Fressitas	88%	100%
Sonrisitas	100%	100%
Mickey Mouse	75%	100%
Travesuras	75%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	88%	100%
Personitas	88%	100%
Pitín	75%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	88%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	88%	100%





Las Buenas Prácticas de Manufactura. Son los principios básicos y prácticos generales de higiene en la manipulación, preparación, elaboración, envasado, almacenamiento, transporte y distribución de alimentos para consumo humano, con el objeto de garantizar que los productos en cada una de las operaciones mencionadas cumplan con las condiciones sanitarias adecuadas, de modo que se disminuyan los riesgos inherentes a la producción. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

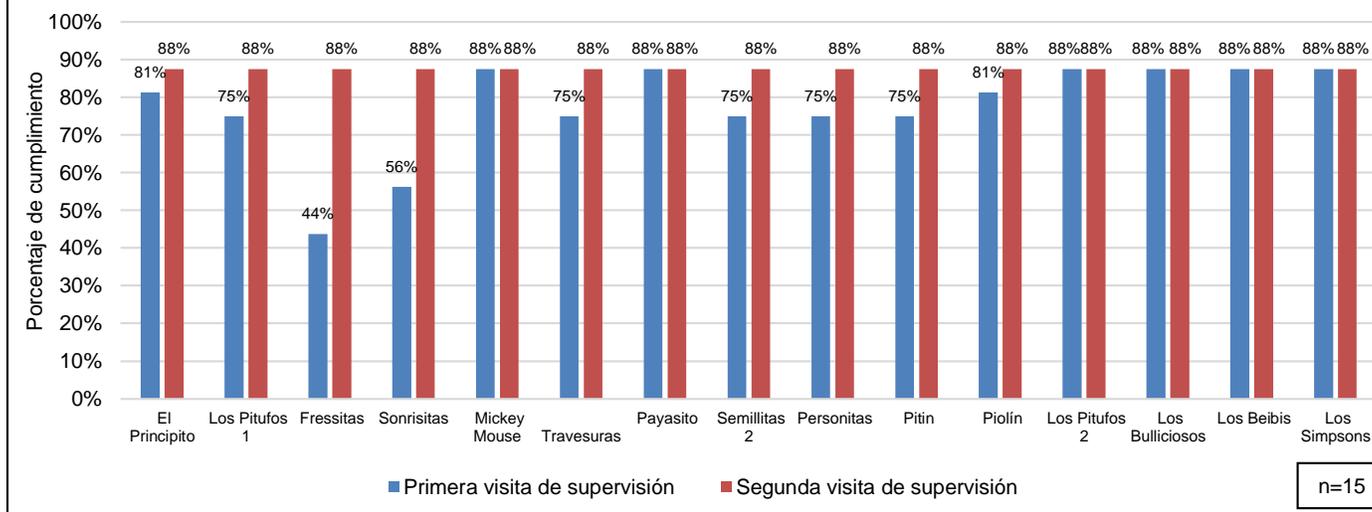
Los criterios de verificación de esta variable están soportados por la Resolución 2674 de 2013, en el capítulo VIII donde establece que: el almacenamiento de productos que requieren refrigeración o congelación se realizará teniendo en cuenta las condiciones de temperatura, humedad y circulación del aire que requiera el alimento, materia prima o insumo; los alimentos perecederos, tales como, leche y sus derivados, carne y preparados, productos de la pesca deben almacenarse en recipientes separados, bajo condiciones de refrigeración y/o congelación y no podrán almacenarse conjuntamente con productos preparados o listos para el consumo con el fin de evitar la contaminación cruzada; se prohíbe el almacenamiento de sustancias peligrosas en la cocina, en las áreas de preparación de los alimentos o en las áreas de almacenamiento de materias primas; el almacenamiento de los insumos, materias primas o productos terminados se realizará ordenadamente en pilas o estibas con separación mínima de 60 centímetros con respecto a las paredes perimetrales, y disponerse sobre palés o tarimas limpias y en buen estado, elevadas del piso por lo menos 15 centímetros de manera que se permita la inspección, limpieza y fumigación, si es el caso y las instalaciones se mantendrán limpias y en buenas condiciones higiénicas.

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Buenas Prácticas de Manufactura", se pudo evidenciar que en la primera y segunda visita de supervisión las unidades de servicio (El principito, Sonrisitas, Piolín, Los Bulliciosos y Los Beibis) cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, por otra parte las unidades de servicio (Los Pitufos 1, Fressitas, Payasito, Semillitas 2, Personitas, Los Pitufos 2 y Los Simpsons) en la primera visita de supervisión cumplieron en un 88% debido a que los alimentos para el consumo de los niños del HCB no se encontraron diferenciados de los alimentos de la familia en el área de almacenamiento, para la segunda visita de supervisión e cumplimiento de estas unidades de servicio fue del 100% de los criterios de verificación, lo que se debe a que las madres comunitarias cumplieron con la acción correctiva de realizar la diferenciación de las áreas de almacenamiento. En cuanto a las unidades de servicio (Mickey Mouse, Travesuras y Pitin) en la primera visita de supervisión cumplieron en un 75% porque además de no cumplir con el criterio anterior, no realizaban adecuadamente el almacenamiento de los alimentos, por lo que se les explico a cada madre comunitaria cual es el lugar correcto de almacenamiento teniendo en cuenta que en refrigeración, se almacenan las frutas, verduras y lácteos, en congelación se almacenan las carnes y en seco se almacenan los cereales, tubérculos y leguminosas, y en la segunda visita de supervisión se logró evidenciar el correcto almacenamiento de los alimentos.

Tabla 12. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Condiciones higiénicas del HCB", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	81%	88%
Los Pitufos 1	75%	88%
Fressitas	44%	88%
Sonrisitas	56%	88%
Mickey Mouse	88%	88%
Travesuras	75%	88%
Payasito	88%	88%
Semillitas 2	75%	88%
Personitas	75%	88%
Pitin	75%	88%
Piolín	81%	88%
Los Pitufos 2	88%	88%
Los Bulliciosos	88%	88%
Los Beibis	88%	88%
Los Simpsons	88%	88%

Gráfica 12. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Condiciones higiénicas del HCB", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.





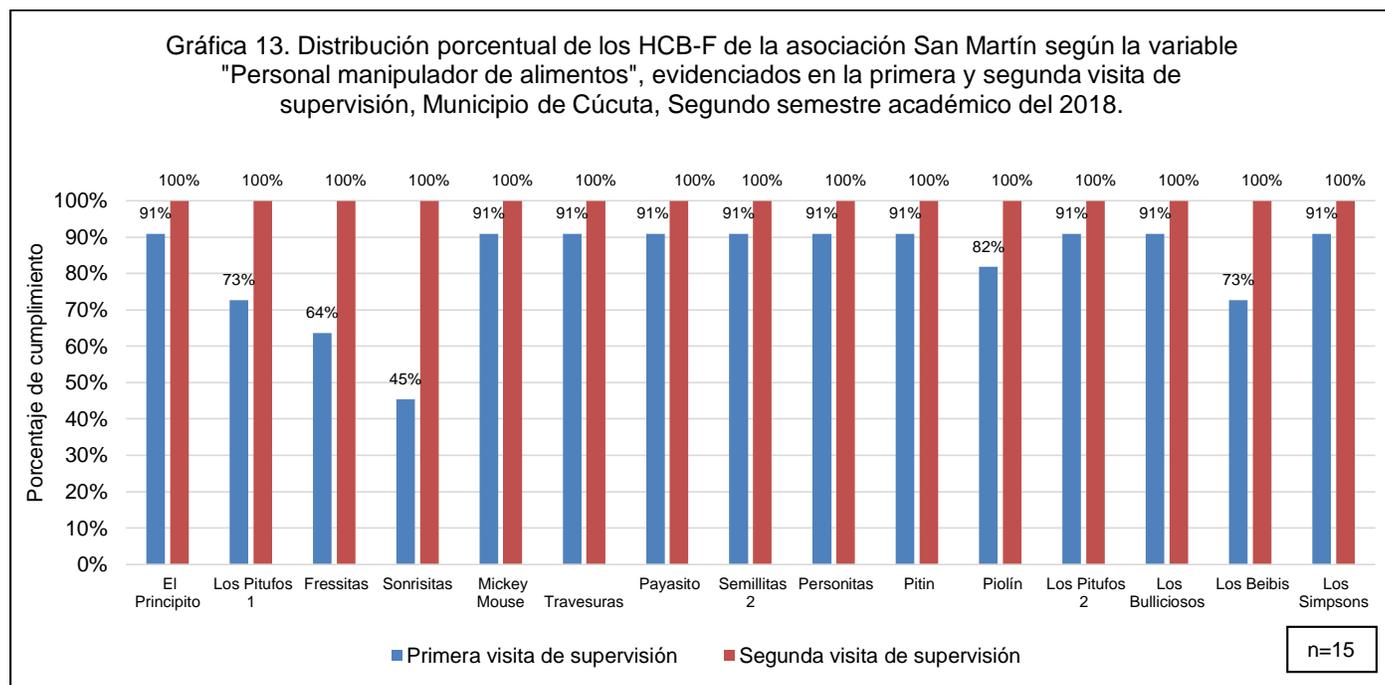
Los criterios de verificación de esta variable están soportados por la Resolución 2674 de 2013, en el título I donde establecen lo relacionado al concepto sanitario, el cual es emitido por la autoridad sanitaria una vez realizada la inspección, vigilancia y control al establecimiento donde se fabriquen, procesen, preparen, envasen, almacenen, transporten, distribuyan, comercialicen, importen o exporten alimentos o sus materias primas; presentándose como un concepto favorable o desfavorable, dependiendo de la situación encontrada; en el capítulo I donde establece que en las proximidades de los lavamanos se deben colocar avisos o advertencias al personal sobre la necesidad de lavarse las manos luego de usar los servicios sanitarios, después de cualquier cambio de actividad y antes de iniciar las labores de producción y en el capítulo VIII donde establece que: debe disponerse de recipientes de material sanitario para el almacenamiento de desperdicios orgánicos debidamente tapados, alejados del lugar donde se preparan los alimentos y deben ser removidos, lavados y desinfectados frecuentemente; los alrededores se conserven en perfecto estado de aseo, libres de acumulación de basuras, formación de charcos o estancamientos de agua.

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Condiciones higiénicas del HCB", se pudo evidenciar que en la primera visita de supervisión las unidades de servicio (Mickey Mouse, Los Bulliciosos, Los Beibis y Los Simpsons) cumplieron en un 88% porque no contaron con concepto sanitario, en cuanto a las unidades de servicio (El Principito, Payasito y Piolín) cumplieron en un 81% por que no contaron con concepto sanitario y a que algunos recipientes para depositar residuos sólidos no estaban dotados con tapas, en cuanto a las unidades de servicio (Pitín Y Los Pitufos 1) cumplieron en un 75% por lo que a diferencia de las unidades de servicio anteriormente mencionadas, algunos recipientes para depositar residuos sólidos no se encontraron dotados con tapa y contaban con otros en buen estado pero no se utilizaban adecuadamente, en cuanto a la las unidades de servicio (Travesuras, Semillitas 2, Personitas,) cumplieron también en un 75% por lo que no contaron con concepto sanitario y a que no existían avisos o habladores para la madres comunitarias, en los lavaplatos y/o en los lavamanos , indicando la necesidad de lavarse las manos, en cuanto a la unidad de servicio Sonrisitas cumplió en un 56% porque además de no cumplir con los criterios anteriormente mencionados, la madre no contaba con soporte de la gestión realizada por la Entidad administradora de servicio para recibir la visita por la autoridad competente, lo que se debe a que no recordaba donde la tenía; y en cuanto a la unidad de servicio Fressitas cumplí en un 44% debido a que no cumplió con ningún criterio anteriormente mencionado.

En la segunda visita de supervisión las 15 unidades de servicio obtuvieron un cumplimiento del 88% de los criterios de verificación, por lo que el concepto sanitario aún no se ha emitido por la secretaria de salud pero cuentan con la visita realizada por esta entidad, los demás criterios de verificación fueron cumplidos evidenciando la implementación de acciones correctivas tales como disponer y utilizar adecuadamente recipientes para depositar residuos sólidos y la ubicación de avisos sobre el lavado de manos en los lavaplatos y el lavamos.

Tabla 13. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Personal manipulador de alimentos", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	91%	100%
Los Pitufos 1	73%	100%
Fressitas	64%	100%
Sonrisitas	45%	100%
Mickey Mouse	91%	100%
Travesuras	91%	100%
Payasito	91%	100%
Semillitas 2	91%	100%
Personitas	91%	100%
Pitín	91%	100%
Piolín	82%	100%
Los Pitufos 2	91%	100%
Los Bulliciosos	91%	100%
Los Beibis	73%	100%
Los Simpsons	91%	100%





Los criterios de verificación de esta variable están soportados por la Resolución 2674 de 2013 en el capítulo III donde establece que todo manipulador de alimentos debe adoptar prácticas higiénicas y medidas de protección tales como: mantener una estricta limpieza e higiene personal y aplicar buenas prácticas higiénicas en sus labores, de manera que se evite la contaminación del alimento y de las superficies de contacto con este; se debe usar vestimenta de trabajo de color claro que permita visualizar fácilmente su limpieza; con cierres o cremalleras y/o broches en lugar de botones u otros accesorios que puedan caer en el alimento; sin bolsillos ubicados por encima de la cintura; cuando se utiliza delantal, este debe permanecer atado al cuerpo en forma segura para evitar la contaminación del alimento y accidentes de trabajo; debe lavarse las manos con agua y jabón desinfectante, antes de comenzar su trabajo, cada vez que salga y regrese al área asignada y después de manipular cualquier material u objeto que pudiese representar un riesgo de contaminación para el alimento; debe mantener el cabello recogido y cubierto totalmente mediante malla o gorro; debe usar tapabocas desechables cubriendo nariz y boca mientras se manipula el alimento; debe mantener las uñas cortas, limpias y sin esmalte; no se permite utilizar reloj, anillos, aretes, joyas u otros accesorios mientras el personal realice sus labores; se debe usar calzado cerrado, de material resistente e impermeable y de tacón bajo; no está permitido comer, beber o masticar cualquier objeto o producto, como tampoco fumar o escupir en las áreas donde se manipulen alimentos; debe contar con capacitación de por lo menos 10 horas anuales, sobre asuntos específicos de que trata la resolución en mención; debe contar con una certificación médica en la cual conste la aptitud o no para la manipulación de alimentos por lo menos una vez al año y se deben realizar las pruebas de laboratorio clínico u otras que resulten necesarias, registrando las medidas correctivas y preventivas tomadas con el fin de mitigar la posible contaminación del alimento que pueda generarse por el estado de salud del personal manipulador

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Personal manipulador de alimentos", se pudo evidenciar que en la primera visita de supervisión las unidades de servicio (El Principito, Mickey Mouse, Travesuras, Payasito, Semillitas 2, Personitas, Pitin, Los Pitufos 2, Los Bulliciosos y Los Simpsons) cumplieron con el 91% de los criterios de verificación, debido a que las madres comunitarias solo contaban con 4 horas de capacitación en temas relacionados con la resolución 2674, en cuanto a la unidad de servicio Piolín cumplió en un 82% por lo que además de no cumplir el anterior criterio, la madre comunitaria no realizaba el lavado y desinfección de manos cada que realiza alguna actividad en el lugar destinado a la preparación de alimentos, en cuanto a las unidades de servicio (Los Pitufos 1 y Los Beibis) cumplieron en un 73% por lo que además de no cumplir con los criterios anteriores, las madres comunitarias no utilizaban la indumentaria adecuada o utilizaban accesorios para la manipulación de alimentos, en cuanto a la unidad de servicio Fressitas cumplió en un 64% a causa de que la madre comunitaria solo contaba con 4 horas de capacitación, no realizaba el lavado y desinfección de manos y además no contaba con certificado médico y exámenes de laboratorio, y en cuanto a la unidad de servicio Sonrisitas cumplió en un 45% por lo que además de no cumplir con los criterios mencionados de la anterior UDS, no utilizaba la indumentaria adecuada para la manipulación de alimentos y no utilizaba tapabocas.

En la segunda visita de supervisión las 15 unidades de servicio obtuvieron un cumplimiento del 100% de los criterios de verificación, estos resultados se atribuyen a la implementación de acciones de mejora establecidas en el plan de mejoramiento tales como la solicitud realizada por la Entidad administradora del servicio a Insalud para capacitación en temas relacionados con la resolución 2674 del 2013, por lo que se evidenció en la visita el certificado con las 6 horas faltantes, otra de las acciones de mejora fue asistir a la socialización de las prácticas higiénicas e indumentaria necesarias en el manipulador de alimentos dirigida por la Nutricionista en formación, en la cual se suministró como material de apoyo un cartel sobre este tema, para lo que en la visita se evidenció su ubicación en un lugar visible del servicio de alimentación y se corroboró que las madres comunitarias realizaran las prácticas higiénicas tales como el lavado y desinfección de manos en los momentos que sean necesarios y la utilización de la indumentaria.

Para las unidades de servicio Fressitas y Sonrisitas, en la segunda visita se logró evidenciar el certificado médico y los exámenes de laboratorio en la hoja de vida.



Tabla 14. Distribución porcentual de los HCB-F de la asociación San Martín según la variable "Dotación de cocina", evidenciados en la primera y segunda visita de supervisión, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

UDS Asociación San Martín	Primera visita de supervisión	Segunda visita de supervisión
El Principito	100%	100%
Los Pitufos 1	100%	100%
Fressitas	100%	100%
Sonrisitas	100%	100%
Mickey Mouse	100%	100%
Travesuras	100%	100%
Payasito	100%	100%
Semillitas 2	100%	100%
Personitas	100%	100%
Pitin	100%	100%
Piolín	100%	100%
Los Pitufos 2	100%	100%
Los Bulliciosos	100%	100%
Los Beibis	100%	100%
Los Simpsons	100%	100%

Dotación de cocina se refiere a la existencia de los enseres suficientes para la preparación de alimentos en el espacio de cocina y en los espacios para la atención a los niños y las niñas en los HCB. (ICBF, 2018)

De acuerdo con los resultados obtenidos para la variable "Dotación de cocina", se pudo evidenciar que en la primera y segunda visita las 15 unidades de servicio cumplieron con el 100% de los criterios de verificación, por lo que la dotación para el servicio de alimentos es suficiente para la preparación de los alimentos y el menaje es suficiente y se encuentra en buen estado.



CONCLUSIONES

Se logró el desarrollo del 100% de las visitas de supervisión a las UDS asignadas de la asociación San Martín.

Según el análisis comparativo realizado, la asistencia técnica suministrada por parte de la ND en formación sirvió en gran medida para que el cumplimiento de las variables del componente salud y nutrición fuera de proporción mayor o del 100%

La UDS Fressitas, la cual fue una de las de menor cumplimiento en la primera visita, se evidenció el compromiso por parte de la madre comunitaria para corregir las falencias y poder cumplir con los estándares valuados en la segunda visita.

Las UDS sonrisitas y los simpsons en la segunda visita presentaron en las variables afiliación al SGSSS, Promoción crecimiento y desarrollo, preparación de alimentos, nuevamente falencias, por falta de compromiso de las madres comunitarias en implementar las acciones correctivas establecidas para cada variable, por lo que fueron las unidades de servicio de menor cumplimiento.

Las variables más afectadas en la primera supervisión (Afiliación al SGSSS; Promoción crecimiento y desarrollo, Protocolo de aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles y suministro de alimentos de alto valor nutricional AAVN –bienestarina presentaron un cumplimiento mayor para la segunda supervisión

La elaboración de una base de datos con la aplicación de funciones de Excel con el fin de que automáticamente se grafique la información fue una herramienta de gran ayuda para agilizar el desarrollo del trabajo.

El seguimiento realizado al plan de mejoramiento fue fundamental para obtener un mayor cumplimiento de las variables ya que si aún las unidades de servicio no cumplían con los criterios de verificación, se brindaba la asesoría necesaria para que realizarán de forma correcta la implementación de las acciones de mejora.

La buena voluntad y disposición por parte de las madres comunitarias fue una variable determinante para el cumplimiento de los estándares de supervisión.

La asistencia del 100% de las madres comunitarias a las capacitaciones y talleres dirigidos por la ND en formación fue fundamental para el cumplimiento de las variables involucradas.



BIBLIOGRAFÍA

- Congreso de Colombia (2006). *ley 1098, código de la infancia y la adolescente*.p7
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Modalidad Comunitaria – HCB*. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primer-a-infancia/modalidades-de-atencion/comunitaria>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Lineamiento técnico para la atención a la primera infancia*. p26-27.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Dirección de primera infancia. (2018). *Guía orientadora para el apoyo a la supervisión en las modalidades de atención a la primera infancia*. p10.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *Evaluación y Seguimiento al Estado Nutricional*. P1-6
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *Bienestarina Más y Otros Alimentos de Alto Valor Nutricional*. Recuperado de: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/bienestarina>
- Plazas, C. (2017). *Informe de gestión del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. P13.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2004). *Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud*. p14-40.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención (2000). *Resolución 412. Norma técnica para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años*.p1-2.
- Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención (2000). *Resolución 412 norma técnica para la vacunación según el Programa Ampliado de Inmunizaciones – PAI*. p1
- Ministerio de protección social (2010). *Guía para madres comunitarias, Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI*. P24-31
- Ministerio de salud y protección social & Instituto Nacional de Salud. (2014). *Instructivo de atención epidemiológica de brotes de enfermedades inmunoprevenibles*. p 3-5
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 2465*. P14.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Resolución 2674*. P1-34.



INFORME DIAGNOSTICO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LOS HCB-
FAMILIARES DE LA ASOCIACIÓN SAN MARTÍN DEL CENTRO ZONAL CÚCUTA TRES,
SEGUNDO SEMESTRE ACADÉMICO DE 2018.

Presentado por:
Ximena Sarasty Ordoñez
COD. 1094278690
Nutricionista Dietista en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
Docente supervisor Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



INTRODUCCIÓN

Los Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB) – modalidad comunitaria pertenecientes a la dirección misional de primera infancia, son una estrategia de desarrollo humano y de atención, para cubrir la población infantil más pobre de zonas urbanas y núcleos rurales del país, propicia el desarrollo y cuidado de los niños menores de 5 años en condiciones de vulnerabilidad, a través de acciones que promueven el ejercicio de sus derechos, con la participación activa y organizada de la familia, la comunidad y las entidades territoriales. La atención, el cuidado, la protección, la salud, la nutrición y el desarrollo psicosocial se brinda a través de las madres comunitarias, quienes atienden en su vivienda un promedio de 13 niños y niñas de su entorno, durante 200 días al año, en jornadas de 8 horas o en media jornada (ICBF, 2018)

La primera infancia es un momento crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos: biológico, psicológico, cultural y social; además de ser decisivo para la estructuración de la personalidad, la inteligencia y el comportamiento social, en este momento de la vida las niñas y los niños sientan las bases para el desarrollo de sus capacidades, habilidades y potencialidades. (Ministerio de salud y protección social, 2016).

En este sentido la situación nutricional de los niños y niñas se establece como un gran determinante para su salud y bienestar, por lo que las alteraciones producidas en períodos tempranos, tienen consecuencias en todas las esferas del desarrollo, como en la estatura, en la capacidad física, en la capacidad intelectual, en la salud, en el desarrollo emocional y social; las consecuencias en los órganos vitales están referidas a la mayor probabilidad de enfermedades crónicas en la edad adulta tales como enfermedades cardíacas, diabetes, hipertensión y obesidad, y consecuencias en la capacidad reproductiva en el caso de las mujeres. (ICBF, 2018)

La evolución y seguimiento periódico nutricional permiten detectar, prevenir y atender con oportunidad a la población en riesgo de deficiencias y/o excesos; por lo que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF estableció que el seguimiento nutricional debe ser un proceso de evaluación sistemática de los beneficiarios de los programas de apoyo alimentario, con base en un indicador trazador de cada intervención, en el corto y mediano plazo, cuyo resultado implique la aplicación de correctivos y ajustes a las intervenciones, individuales y colectivas, mediante la protocolización de los procedimientos en función de los lineamientos definidos para cada programa. (ICBF, 2018)

En este contexto, el ICBF, estableció el sistema de seguimiento nutricional SSN, en el cual, de acuerdo a su guía técnica operativa, el proceso inicia cuando los niños y niñas beneficiarios que ingresan a los programas del ICBF, son valorados antropométricamente por los agentes educativos y/o Nutricionistas, los cuales registran los datos en las planillas de recolección primaria (Formato de Captura de datos antropométricos), posteriormente se realiza el cargue de información en el Sistema Cuéntame, en el cual se obtienen los resultados de la clasificación antropométrica para los indicadores peso/talla, talla/edad, peso/edad e IMC/edad; consolidando de forma sencilla los reportes generales a diferentes niveles; de esta forma, se establecen las acciones e intervenciones de manera preventiva y/o correctiva para mejorar la situación nutricional de los NN usuarios de los diferentes programas. Por lo anterior el aplicativo Cuéntame se constituye en la herramienta para el Sistema de Seguimiento Nutricional de los programas de prevención. (ICBF, 2018)

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**



Con fines académicos, la nutricionista dietista en formación que cursa X semestre de practica Campos de Acción Profesional desarrolló el ejercicio de tamizaje nutricional de los niños y niñas de los HCB-Familiares de la modalidad comunitaria, para establecer el análisis de clasificación nutricional y su respectivas intervenciones individuales y colectivas, por lo que a continuación se presentan los resultados obtenidos para la Asociación San Martín del centro zonal Cúcuta tres.

DQS is member of:



THE INTERNATIONAL CERTIFICATION NETWORK



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



OBJETIVO GENERAL

Determinar la clasificación nutricional por antropometría a través del análisis de indicadores establecidos según la OMS para niños y niñas menores de 5 años, como insumo para el establecimiento de acciones de intervención en alimentación y nutrición en los beneficiarios de los HCB-Familiares de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta Tres, del municipio San José de Cúcuta, durante el segundo semestre académico de 2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ❖ Efectuar el tamizaje nutricional de los niños y niñas beneficiarios de los HCB-familiares asignados pertenecientes a la asociación San Martín.
- ❖ Establecer la caracterización de la población objeto de estudio según las variables de: género y edad.
- ❖ Identificar la clasificación antropométrica de los niños y niñas por cada indicador de aplicación poblacional, para menores de 5 años establecidos en la resolución 2465 del 2016.
- ❖ Efectuar una presentación formal de los resultados obtenidos en la clasificación nutricional por antropometría de los niños y niñas beneficiarios de la Asociación San Martín

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**



METODOLOGÍA

Para la clasificación nutricional por antropometría de los niños y niñas de los Hogares comunitarios de bienestar-familiares, perteneciente a la asociación San Marín del Centro Zonal Cúcuta Tres, fue necesario realizar un proceso, que incluyó una serie de actividades, las cuales se describen a continuación:

1. Ingreso al escenario de práctica “ICBF Centro zonal Cúcuta Tres”.

Se ingresó al escenario en la mitad de la primera semana de septiembre, siendo esta la semana 3 del calendario académico, debido a dificultades con la ARL del escenario.

2. Asignación de la asociación y sus UDS.

La asociación fue asignada por la Nutricionista Sandra Echeverría, Nutricionista Dietista a cargo del proceso misional “prevención” del centro zonal Cúcuta tres.

El criterio de selección de la asociación fue: una asociación que tenga menor cumplimiento; siendo la asociación San Martín la seleccionada; de igual manera se asignaron 15 de las 21 UDS que la conforman, siendo el criterio de selección: 15 UDS con menor cumplimiento.

La Nutricionista suministró un directorio con las 15 UDS asignadas para realizar la programación de las visitas para tamizaje nutricional.

3. Visitas de Tamizaje nutricional

Las visitas se realizaron desde el 7 de septiembre al 5 de octubre, de las cuales, unas se realizaron junto a las visitas de supervisión.

Se realizó la disposición de los equipos antropométricos para el desarrollo del tamizaje nutricional.

Se realizó el desplazamiento a cada UDS, iniciando con la presentación con la madre comunitaria y dando continuidad con la solicitud del formato de asistencia para toma de los datos de peso y talla de los niños y el formato de captura de datos antropométricos establecido por el ICBF para la toma de evidencia fotográfica, seguidamente se realizó la adecuación del espacio físico con los equipos antropométricos y se solicitó a los niños que en compañía de la madre comunitaria se retiraran los zapatos, para posteriormente realizar el tamizaje nutricional y registro en el formato de captura de datos antropométricos.

Seguidamente se realizó el acta en el formato de la Universidad de Pamplona, con la descripción de las actividades desarrolladas y con las novedades encontradas, tales como, si el formato de captura de datos antropométricos no se encontraba diligenciado en la tercera toma y/o en cuanto a la asistencia de los niños; por lo que se establecieron en estos casos, como actividades pendientes, registrar la tercera toma en el formato de captura de datos antropométricos y realizar el tamizaje nutricional de los niños que no asistieron, en una segunda visita; terminando con la firma del acta por parte de la estudiante y la madre comunitaria.

En los casos en los que se realizó una segunda visita, se solicitó a la madre comunitaria el formato de captura de datos antropométricos actualizado para toma de evidencia fotográfica



y posteriormente se realizó la adecuación del espacio físico y el tamizaje nutricional de los niños pendientes; en los casos en los que no asistieron nuevamente los niños pendientes por tamizaje nutricional, se describió en el acta el motivo de la inasistencia referido por la madre comunitaria.

Equipos antropométricos utilizados para la toma de medidas antropométricas fueron:

Para la toma del peso se utilizó una báscula marca sport Fines y para la talla se utilizó una cinta métrica marca Kramer; en las UDS las cuales eran punto de ubicación de los equipos antropométricos (báscula y tallímetro portátil marca seca) suministrados por ICBF, la madre comunitaria dispuso de estos para la toma de peso y talla.

Técnicas utilizadas para la toma de medidas antropométricas, según Resolución 2465 de 2016, fueron.

- ❖ Toma de la talla de los niños y niñas de los HCB de la asociación san Martín

En los casos que se utilizó la cinta métrica kramer la medida se realizó de la siguiente manera:

- ✓ Se colocó la cinta métrica sobre una pared que no tenga guarda- escobas. Verificando que esta quede recta y plana.
- ✓ Se verificó que el niño o niña no tenga zapatos y adornos en la cabeza.
- ✓ Se ubicó al niño o niña contra la cinta métrica con los pies pegados a la pared, en una posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas.
- ✓ Se verificó que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, la espalda y la cabeza toquen la cinta métrica; que los talones no estén elevados y que los brazos estén colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos.
- ✓ Se solicitó al niño o niña que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y se pidió que inspire sin levantar los hombros.
- ✓ Con la mano derecha se colocó una escuadra sobre la cinta métrica y el vértice (coronilla) de la cabeza, apoyándose suavemente sobre esta. Se cuidó que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.
- ✓ Una vez la posición del niño o niña estuvo correcta, se leyó rápidamente el valor que marca el borde de la escuadra, se retiró la escuadra de la cabeza del niño y la mano del mentón y se registró la medida en el formato de captura de datos antropométricos

En los casos que se utilizó el estadiómetro portátil marca seca, la medida se realizó de la siguiente manera:

- ✓ Se colocó el tallímetro portátil en una superficie plana y con el cabezal apoyado en la pared para que este permanezca recto.
- ✓ Se verificó que el niño, niña no tenga zapatos y adornos en la cabeza.
- ✓ Se ubicó al niño o niña contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre la base, en una posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas.
- ✓ Se verificó que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, la espalda y la cabeza toquen la cinta métrica; que los talones no estén elevados y que los brazos estén colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos.

- ✓ Se solicitó al niño o niña que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y se pidió que inspire sin levantar los hombros.
- ✓ Con la mano derecha se deslizó la pieza movable hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoyó suavemente sobre esta. Se cuidó que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.
- ✓ Una vez la posición del niño o niña estuvo correcta, se leyó rápidamente el valor que marca la pieza movable ubicándose frente a ella y se registró la medida en el formato de captura de datos antropométricos con una aproximación de 0.1 cm. Se retiró la pieza movable de la cabeza del niño y la mano del mentón.

- ❖ Toma del peso de los niños y niñas de los HCB de la asociación san Martín
- ✓ Se colocó la báscula sobre una superficie plana y firme, asegurarse de que este calibrada en cero (0).
- ✓ Se solicitó al niño o niña que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible, en posición recta y erguida y con el menor movimiento posible durante toda la medición.
- ✓ Se leyó el resultado y se registró en el formato de captura de datos antropométricos el peso exacto obtenido en kilogramos con una aproximación de 50g
- ✓ Se bajó al niño o niña de la báscula.

4. Procesamiento y análisis de los resultados.

Se realizó el cargue de la información descrita en el formato de captura de datos antropométricos por cada UDS en el aplicativo Antrho Who y se exportó los datos arrojados por este, a una base de datos en Excel, previamente diseñada, para que automáticamente arroje la clasificación antropométrica por cada indicador, según los puntos de corte establecidos en la resolución 2465 del 2016.

En cuanto a los datos de peso y talla del formato captura de datos antropométricos de niñas y niños se compararon con el formato diligenciado por la madre comunitaria con el fin de verificar si existían inconsistencias en la toma de los datos antropométricos por parte de la madre comunitaria, al igual se comparó con el reporte del cuéntame para verificar si existían inconsistencias con el diligenciamiento de los datos por parte del digitador.

Seguidamente se realizó el filtro de la información de la base de datos según edad, género y clasificación antropométrica, con el fin de que al ingresar los resultados de los filtros a las tablas preestablecidas para caracterización y para los indicadores antropométricos, se arrojen, automáticamente las gráficas respectivas.

Posteriormente se realizó la descripción y análisis de los resultados obtenidos en las tablas y gráficas, tanto para caracterización como para los indicadores antropométricos.

Los criterios de inclusión y exclusión de los niños y niñas beneficiarios de los HCB-familiares asignados de la asociación san Martín fueron los siguientes:

❖ **Criterios de inclusión:**

- ✓ Niños y niñas con edad menor a 5 años

❖ **Criterios de exclusión:**

- ✓ Niños y niñas con edad mayor o igual a 5 años.
- ✓ Niños y niñas con discapacidad.
- ✓ Niños y niñas pendientes por tamizaje nutricional que no asistieron en la segunda visita.

La n inicial para la clarificación nutricional por antropometría era de 180 niños y niñas, de los cuales se realizó la exclusión de los siguientes niños:

- ✓ 8 niños y niñas mayores de 5 años
- ✓ 2 niños y niñas con discapacidad
- ✓ 9 niños y niñas pendientes por tamizaje nutricional que no asistieron en la segunda visita.

La n final para la clarificación nutricional por antropometría fue de 161 niños y niñas.

Para el desarrollo de la base de datos, las tablas y las gráficas se tuvo en cuenta la siguiente tabla:

Tabla 1. Puntos de corte y la respectiva clasificación antropométrica para los indicadores a nivel poblacional para niños y niñas menores de 5 años

Indicador	Puntos de corte (DE)	Clasificación antropométrica
Peso para la talla	<-3	Desnutrición Aguda Severa
	≥-3 a <-2	Desnutrición Aguda Moderada
	≥-2 a <-1	Riesgo de Desnutrición Aguda
	≥-1 a ≤ 1	Peso Adecuado para la Talla
	>1 a ≤ 2	Riesgo de Sobrepeso
	>2 a ≤ 3	Sobrepeso
	>3	Obesidad
talla para la edad	<-2	Retraso en Talla
	≥-2 a <-1	Riesgo de Talla Baja
	≥-1	Talla Adecuada para la Edad
Peso para la Edad	<-2	Desnutrición Global
	≥-2 a <-1	Riesgo de Desnutrición Global
	≥-1 a ≤ 1	Peso adecuado para la Edad
	>1	No aplica (VER IMC)
IMC/Edad	≤ 1	No aplica (VER P/T)
	>1 a ≤ 2	Riesgo de Sobrepeso
	>2 a ≤ 3	Sobrepeso
	>3	Obesidad

Fuente: Resolución 2465 de 2016.

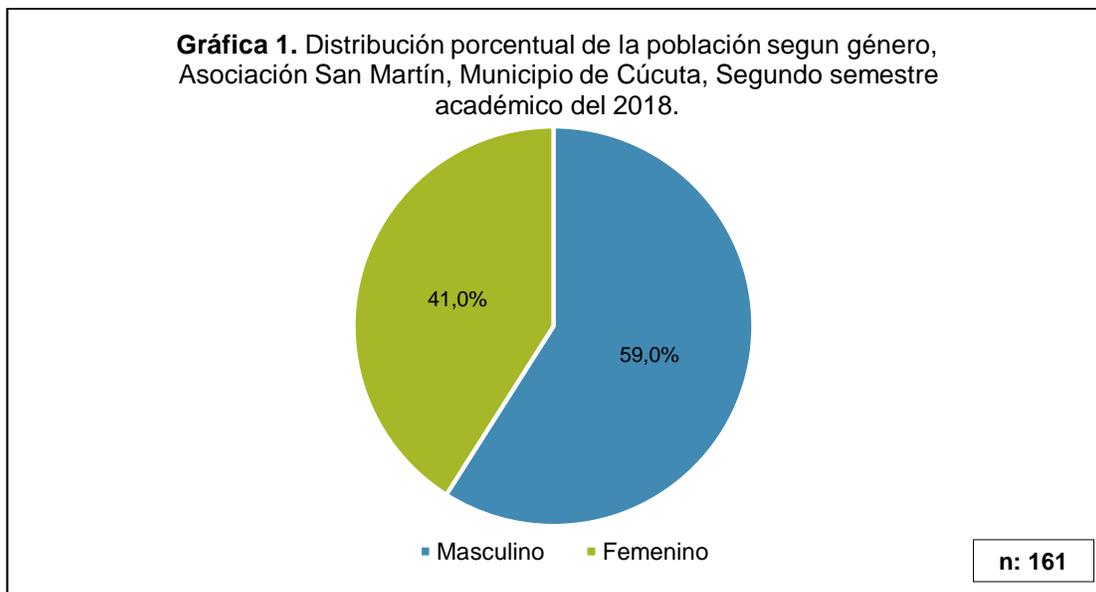
RESULTADOS Y ANÁLISIS

1. Caracterización de la población.

Tabla 2. Distribución porcentual de la población según género, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	95	59,0%
Femenino	66	41,0%
Total	161	100,0%

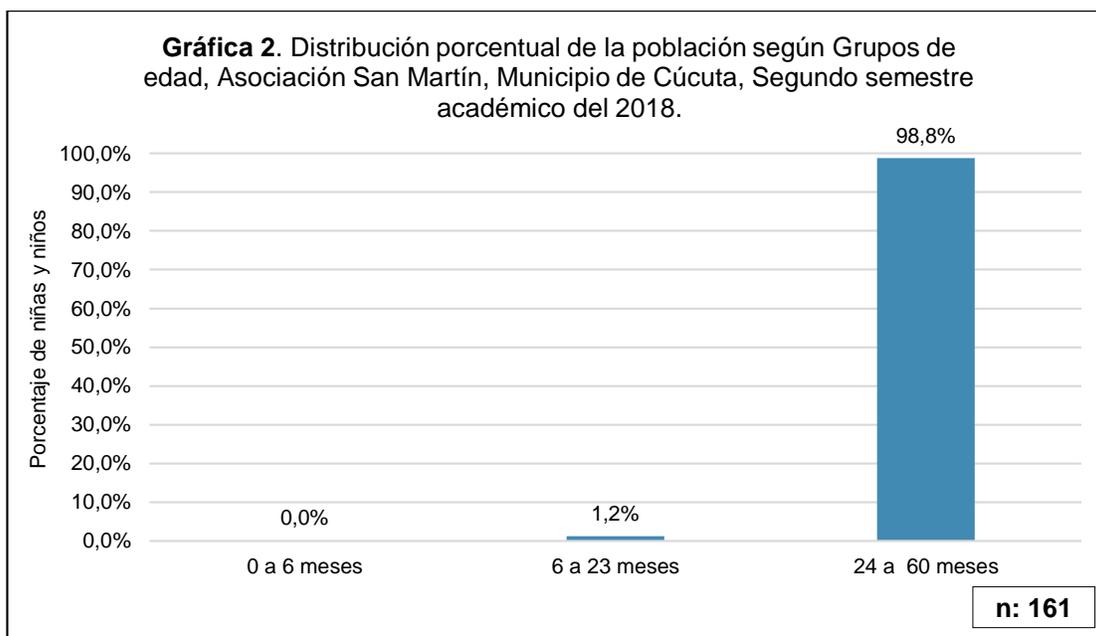
Gráfica 1. Distribución porcentual de la población según género, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.



Del total de la población clasificada nutricionalmente por antropometría el 59,0% es de género masculino y el 41,0% es de género femenino, evidenciándose que el género masculino se encuentra en mayor proporción; teniendo en cuenta que una unidad de servicio (UDS) del programa HCB-familiares se atiende un promedio de 13 niños y niñas que viven en su entorno, la proporción de cada género depende de la cantidad de niños y niñas que haya en cada lugar pertenecientes a familias focalizadas, por lo que siempre varía la cantidad de niños y niñas en cada UDS (ICBF, 2018). Según el ASIS 2016 del Departamento Norte de Santander, se observa mayor cantidad de hombres en población menor de 5 años, mientras que para los demás grupos, el sexo más representativo es el femenino; no obstante no existen diferencias significativas con respecto a ambos sexos.

Tabla 3. Distribución porcentual de la población según Grupos de edad, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
0 a 6 meses	0	0,0%
6 a 23 meses	2	1,2%
24 a 60 meses	159	98,8%
Total	161	100,0%



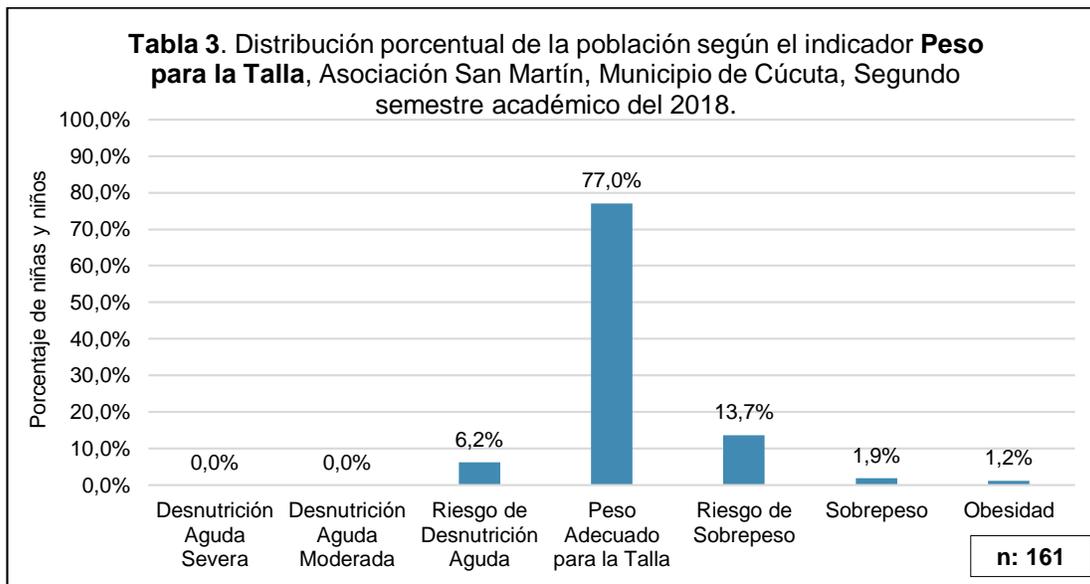
Del total de la población clasificada nutricionalmente por antropometría, el 1,2% tienen edad entre 6 y 23 meses y el 98,8% tienen edad entre 24 y 60 meses, evidenciándose que los niños y niñas del grupo de edad de 24 a 60 meses se encuentran en mayor proporción; teniendo en cuenta que una unidad de servicio (UDS) puede estar conformada por 10, 12, 13 y 14 niñas y niños desde los 18 meses hasta los 4 años 11 meses y 29 días, aclarando; debido a lo anterior solo en 2 UDS se encontró que se atendía a 1 niño o niña de 18 a 24 meses de los 12 niños atendidos, por lo que se cumple con lo establecido en la guía operativa de la modalidad comunitaria (ICBF, 2018).

2. Clasificación nutricional por antropometría.

Tabla 4. Distribución porcentual de la población según el indicador **Peso para la Talla**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición Aguda Severa	0	0,0%
Desnutrición Aguda Moderada	0	0,0%
Riesgo de Desnutrición Aguda	10	6,2%
Peso Adecuado para la Talla	124	77,0%
Riesgo de Sobrepeso	22	13,7%
Sobrepeso	3	1,9%
Obesidad	2	1,2%
Total	161	100,0%

Tabla 3. Distribución porcentual de la población según el indicador **Peso para la Talla**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.



El indicador Peso para la talla permite valorar el estado nutricional actual e identificar los efectos de una inadecuada alimentación o presencia de enfermedades infectocontagiosas en corto tiempo; permite además distinguir las deficiencias actuales de las pasadas; en los niños mayores de 1 año el peso y la talla comienzan a aumentar a un ritmo semejante y la relación entre ambos se torna independiente de la edad, además esta medida es muy conveniente para el seguimiento de niños desnutridos sometidos a recuperación (ICBF, 2018)

De acuerdo con los resultados obtenidos para la distribución porcentual de la población según el indicador peso para la talla, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica peso adecuado para la talla se presentó en la población en mayor proporción (77%), con respecto a las de más clasificaciones antropométrica, presentándose estas en una proporción de 0% para desnutrición aguda severa y moderada, en un 6,2%, para riesgo de desnutrición aguda

y en un 13,7%, 1,9% y 1,2% para riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad respectivamente.

Los casos en los cuales se presentan alteraciones nutricionales por déficit se presentan con mayor frecuencia en poblaciones afectadas por la pobreza, con bajo acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento básico situaciones que aumentan el riesgo de muerte por desnutrición, especialmente en los niños y niñas más pequeños, por lo que cabe resaltar los resultados evidenciados en la caracterización de los niños y niñas donde el 13,2% de los niños y niñas no cuenta con la afiliación al SGSSS, el 2,6% no tienen un esquema de vacunación completo, el 15,8% de los niños y niñas no han asistido a controles de salud oral, el 10,5% no cuentan carné de crecimiento y desarrollo actualizado y el 81,6% de los niños no ha recibido un antiparasitario por medio de algún servicio de salud en el último año, lo que deja una puerta de entrada para posibles enfermedades helmínticas afectando directamente el estado nutricional, resultado que es muy importante ya que la desnutrición está influenciada por episodios patológicos transitorios entre los cuales se encuentran los resfriados comunes, episodios diarreicos o heméticos e infecciones respiratorias que afectan sustancialmente el peso de los niños debido a la falta de apetito y deshidratación.

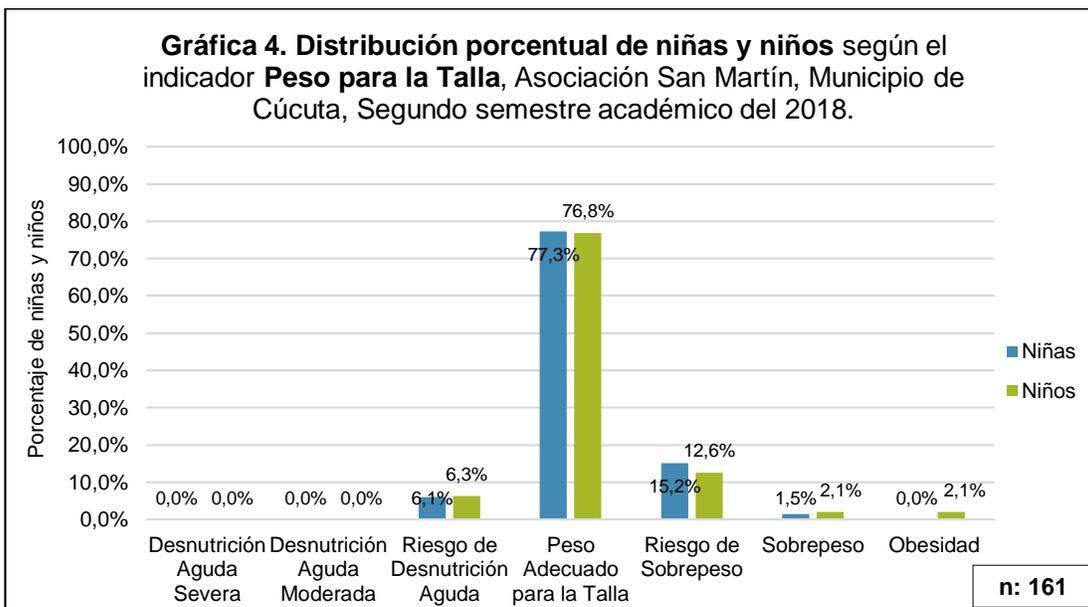
El estado nutricional de los niños con respecto a este indicador también está influenciado por el bajo nivel educativo de los padres y la falta de conocimiento acerca de una adecuada nutrición. Por lo que cabe resaltar que el 78,5% y el 71,1% de las madres y padres respectivamente su nivel máximo educativo alcanzado es la secundaria. Por otra parte la disponibilidad de recursos para la compra de la canasta básica también influye en el estado nutricional, por lo que según el informe de caracterización el 24,8% de las madres y el 9,4% de los padres no cuentan con empleo y no aportan al sustento económico del hogar, cabe mencionar que 24 niños y niñas no cuentan con la figura paterna; además de que el 44,1% de los hogares cuentan con una vivienda en arriendo, siendo los ingresos del hogar destinados también a este fin, disminuyendo así el aporte a la alimentación de la familia.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos se puede evidenciar que las proporciones de malnutrición y de riesgo son menores en relación a las encontradas a nivel nacional, departamental y municipal: Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015) para la población colombiana menor de 5 años, la desnutrición aguda se presentó en un 2,3% y el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se presentó en un 6,3%. Y según el diagnóstico nutricional del Sistema de Vigilancia Nutricional WINSISVAN 2013 para la población de Norte de Santander menor de 5 años, la desnutrición aguda se presentó en un 5% y el riesgo de desnutrición aguda se presentó en un 11%, resultados similares a los presentados para la población menor de 5 años del municipio de Cúcuta, con un 6% y 11% respectivamente, y en cuanto a sobrepeso y obesidad en el municipio de Cúcuta se presentaron en un 16% y 10% respectivamente.

Tabla 5. Distribución porcentual de niñas y niños según el indicador **Peso para la Talla**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Niñas		Niños	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición Aguda Severa	0	0,0%	0	0,0%
Desnutrición Aguda Moderada	0	0,0%	0	0,0%
Riesgo de Desnutrición Aguda	4	6,1%	6	6,3%
Peso Adecuado para la Talla	51	77,3%	73	76,8%

Riesgo de Sobrepeso	10	15,2%	12	12,6%
Sobrepeso	1	1,5%	2	2,1%
Obesidad	0	0,0%	2	2,1%
Total	66	100,0%	95	100,0%

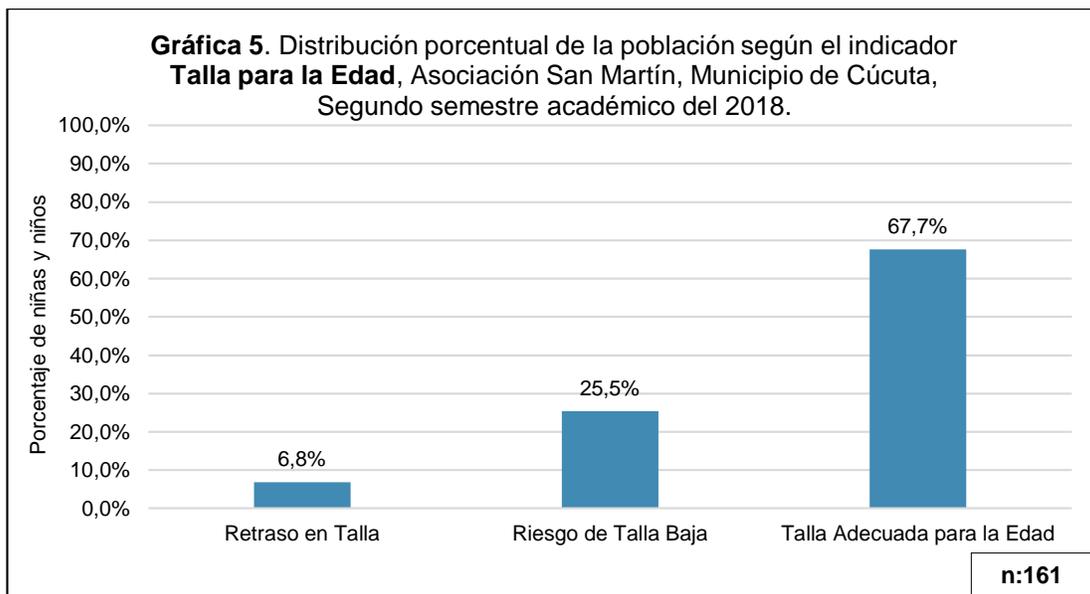


De acuerdo con los resultados obtenidos para la Distribución porcentual de niñas y niños según el indicador peso para la talla, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica peso adecuado para la talla se presentó en proporciones similares para niñas y niños (77,3% y 76,8%) respectivamente, de igual forma para la clasificación antropométrica riesgo de desnutrición aguda donde las niñas presentaron un 6,1% y los niños presentaron un 6,3% y con respecto a la clasificación antropométrica riesgo de sobrepeso, se presentó una mayor proporción en niñas (15,2%) en relación a los niños (12,6%), caso contrario para sobrepeso y obesidad donde los niños presentaron una mayor proporción en relación a las niñas, con un 2,1% y 1,5% para sobrepeso y un 2,1% y 0% para obesidad respectivamente.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos se puede evidenciar que las proporciones de malnutrición y de riesgo son menores en relación a las encontradas a nivel nacional, departamental y municipal, pero guardando las mismas diferencias en cuanto a niños y niñas: Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015) para la población colombiana menor de 5 años, el exceso de peso (sobrepeso y obesidad) se presentó en un 7,5% en los niños y en 5,1% en las niñas. Y según el diagnóstico nutricional del Sistema de Vigilancia Nutricional WINSISVAN 2013 para la población de Norte de Santander menor de 5 años, para riesgo de desnutrición se presentó en un 10% en los niños y en un 12% en las niñas y para desnutrición aguda se presentó en un 5% para ambos géneros.

Tabla 6. Distribución porcentual de la población según el indicador **Talla para la Edad**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Frecuencia	Porcentaje
Retraso en Talla	11	6,8%
Riesgo de Talla Baja	41	25,5%
Talla Adecuada para la Edad	109	67,7%
Total	161	100,0%



El indicador talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño o niña en un momento determinado, permite identificar los niños con retardo en el crecimiento o talla baja debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o debido a enfermedades recurrentes; siendo este indicador el método más simple para expresar retardo en el crecimiento para lo cual es necesario conocer la edad del niño. La talla es el parámetro de crecimiento más estable debido a que una vez alcanzados los niveles de talla estos no se pierden, y esta señala el crecimiento longitudinal o lineal, fundamentalmente del tejido óseo (ICBF, 2018).

De acuerdo con los resultados obtenidos para la distribución porcentual de la población según el indicador talla para la edad, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica talla adecuada para la edad se presentó en la población en mayor proporción (67,7%) con respecto a las de más clasificaciones antropométrica, presentándose estas en una proporción de 6,8% para retraso en talla y en un 25,5%, para riesgo de talla baja.

Según la resolución 2465 del 2016 la talla baja para la edad se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico, la talla baja es más severa si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes, entre otros, por lo que cabe mencionar que según los resultados de la caracterización el peso bajo al nacer en los niños y niñas de la asociación San Martín se presentó en un 7,9% y el retraso en talla al nacer

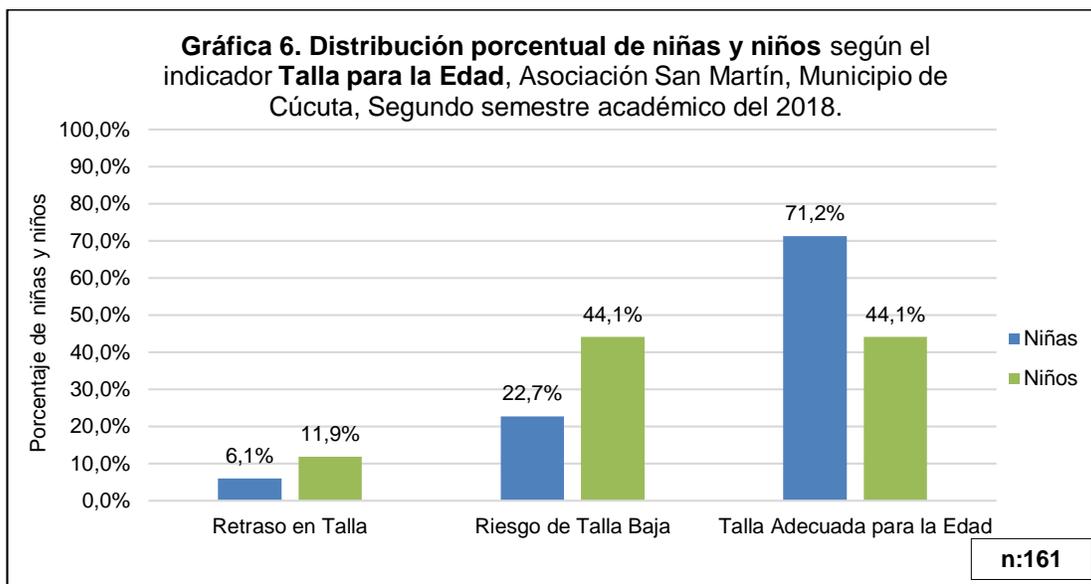


se presentó en un 5,3%. Por otra parte el hacinamiento en un hogar consecuencia o provoca alteraciones tanto en la salud física como mental al desencadenar situaciones de estrés psicológico, favorecer la propagación de enfermedades infecciosas e incrementar la ocurrencia de accidentes en el hogar, lo que especialmente vulnerables a estas situaciones son los niños, los cuales son los principales afectados por las carencias de espacio en sus necesidades de crecimiento y desarrollo resaltando por esta situación que el 66,4% de los niños y niñas duerme con sus padres en una misma habitación, el 38,2% de los niños y niñas duermen con adultos en la misma cama y que el 3,3% de hogares, no cuentan con espacios independientes para dormitorio, cocina y baño; además es muy importante destacar que se correlaciona con el estado nutricional a largo plazo las enfermedades diarreicas recurrentes, las cuales están relacionadas con el saneamiento ambiental, la calidad del agua de consumo, el acceso a servicios de salud, y la calidad de atención del niño, por lo que según los resultados de la caracterización evidencian que el 5,9% no le realiza ningún tratamiento al agua.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos se puede evidenciar que las proporciones de retraso en talla son menores en relación a las encontradas a nivel nacional, departamental y municipal y las proporciones de riesgo de talla baja son mayores a las encontradas a nivel departamental y municipal: Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015) para la población colombiana menor de 5 años, el retraso en talla se presentó en un 10,8%. Y según el diagnóstico nutricional del Sistema de Vigilancia Nutricional WINSISVAN 2013 para la población de Norte de Santander menor de 5 años, el retraso en talla se presentó en un 10% y el riesgo de talla baja se presentó en un 20%, resultados similares a los presentados para la población menor de 5 años del municipio de Cúcuta, con un 13% y 20%.

Tabla 7. Distribución porcentual de niñas y niños según el indicador **Talla para la Edad**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Niñas		Niños	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Retraso en Talla	4	6,1%	7	11,9%
Riesgo de Talla Baja	15	22,7%	26	44,1%
Talla Adecuada para la Edad	47	71,2%	26	44,1%
Total	66	100,0%	59	100,0%



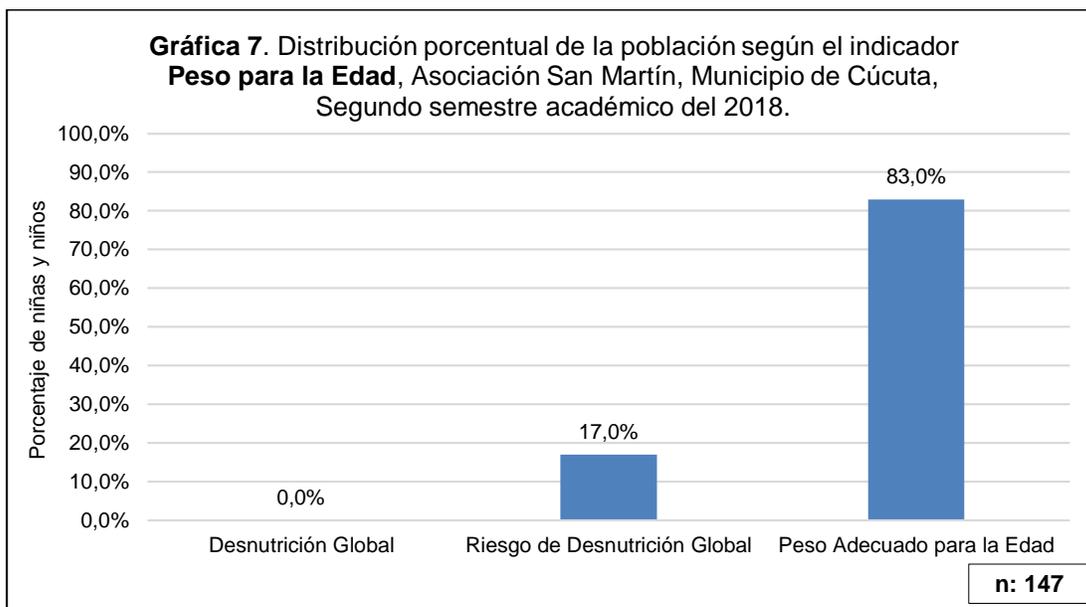
De acuerdo con los resultados obtenidos para la Distribución porcentual de niñas y niños según el indicador talla para la edad, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica talla adecuada para la edad, se presentó una mayor proporción en niñas (71,2%) en relación a los niños (44,1%), caso contrario para retraso en talla y riesgo de talla baja, donde los niños presentaron una mayor proporción en relación a las niñas, con un 11,9% en niños y con un 6,1% en niñas, para retraso en talla y con un 44,1% en niños y 22,7% para riesgo de talla baja.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos se puede evidenciar que las proporciones de retraso en talla son menores para ambos géneros en relación a las encontradas a nivel nacional, y son mayores para niños y menores para niñas a las encontradas a nivel departamental, y las proporciones de riesgo de talla baja son mayores para ambos géneros a las encontradas a nivel departamental: Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015) para las niñas y niños colombiana menor de 5 años, el retraso en talla se presentó en un 12,1% en los niños y en un 9,5% en las niñas Y según el diagnóstico nutricional del Sistema de Vigilancia Nutricional WINSISVAN 2013 para las niñas y niños de Norte de Santander menor de 5 años, el retraso en talla se presentó en un 11% para niños y 9% en niñas y el riesgo de talla baja se presentó en un 20% para ambos géneros.

Para la siguiente tabla y graficas la frecuencia (n) cambió de 161 a 147 debido a que el indicador solo clasifica a los niños y niñas que las DE sean menores o iguales a 1. No aplican las DE mayores a 1 por lo que se debe observar en este caso el indicador IMC para la edad.

Tabla 8. Distribución porcentual de la población según el indicador **Peso para la Edad**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición Global	0	0,0%
Riesgo de Desnutrición Global	25	17,0%
Peso adecuado para la Edad	122	83,0%
Total	147	100,0%



El indicador peso para la edad refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la talla y peso del niño; por el carácter compuesto de este indicador resulta compleja su interpretación debido a que tiene significados diferentes o valores de predicción distintos en las diversas edades, es necesario tener en cuenta que la prevalencia de las deficiencias antropométricas cambia con la edad, por ejemplo, el indicador peso para la edad permite identificar en forma más temprana el bajo peso, aproximadamente a partir de los tres meses de edad; además muestra la situación actual, pero no permite discriminar si es la resultante de causas pasadas o presentes, cuando se monitorea con frecuencia, es un excelente indicador, dado que se detecta rápidamente cualquier cambio en la curva de crecimiento y se emplea en estudios de comunidades y para monitoreo del crecimiento (ICBF,2018).

De acuerdo con los resultados obtenidos para la distribución porcentual de la población según el indicador peso para la edad, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica peso adecuado para la edad se presentó en la población en mayor proporción (83,3%) con respecto a las de más clasificaciones antropométrica, presentándose estas en una proporción de 0,0% para Desnutrición Global y en un 17%, para riesgo de desnutrición global.

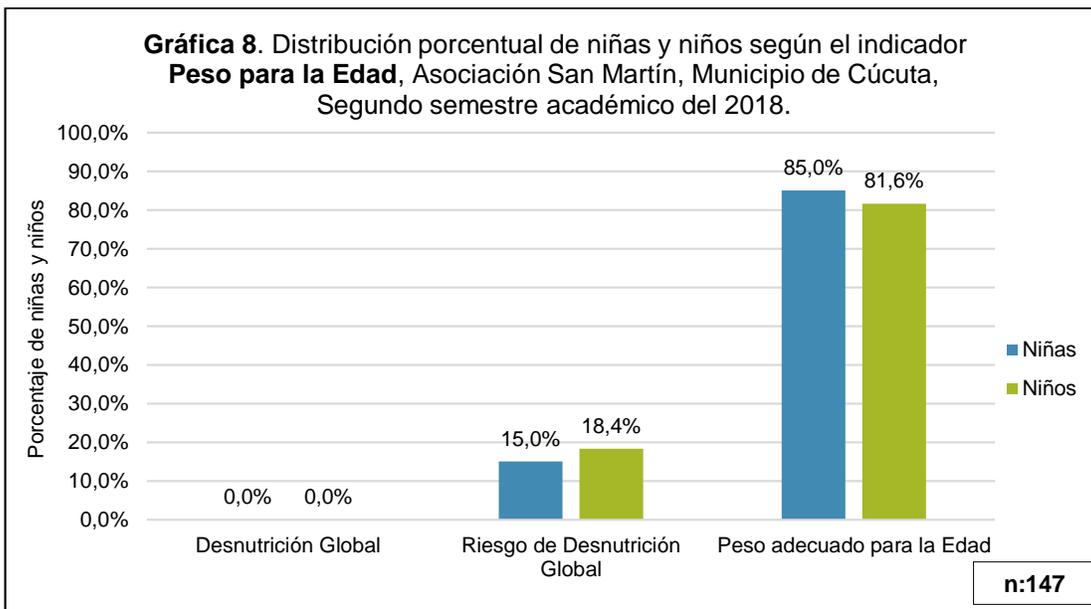
Al correlacionar estos resultados con el informe de caracterización de los niños y niñas de la asociación san Martín, se considera que el nivel educativo de las madres y padres, junto con la situación laboral y aporte al sustento económico suministrado por los padres influyen negativamente con el estado nutricional de niños de los niños y de forma directamente proporcional en el indicador peso para la edad.

Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos se puede evidenciar que las proporciones de desnutrición global son menores en relación a las encontradas a nivel nacional, departamental y municipal y las proporciones de riesgo de desnutrición global son mayores a las encontradas a nivel departamental y municipal: Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015) para la población colombiana menor de 5 años, la desnutrición global se presentó en un 3,7%. Y según el diagnóstico nutricional del

Sistema de Vigilancia Nutricional WINSISVAN 2013 para la población de Norte de Santander menor de 5 años, la desnutrición global se presentó en un 5% y el riesgo de desnutrición global se presentó en un 15%, resultados similares a los presentados para la población menor de 5 años del municipio de Cúcuta, con un 7% y 15% respectivamente.

Tabla 9. Distribución porcentual de niñas y niños según el indicador **Peso para la Edad**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Niñas		Niños	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Desnutrición Global	0	0,0%	0	0,0%
Riesgo de Desnutrición Global	9	15,0%	16	18,4%
Peso adecuado para la Edad	51	85,0%	71	81,6%
Total	60	100,0%	87	100,0%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la distribución porcentual de la población según el indicador peso para la edad, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica peso adecuado para la edad se presentó una mayor proporción en niñas (85,0%) en relación a los niños (81,1%) caso contrario para riesgo de desnutrición global la cual se presentó en un 18,4% en los niños y en un 15% en las niñas y para la clasificación antropométrica desnutrición global esta no se presentó en ambos género.

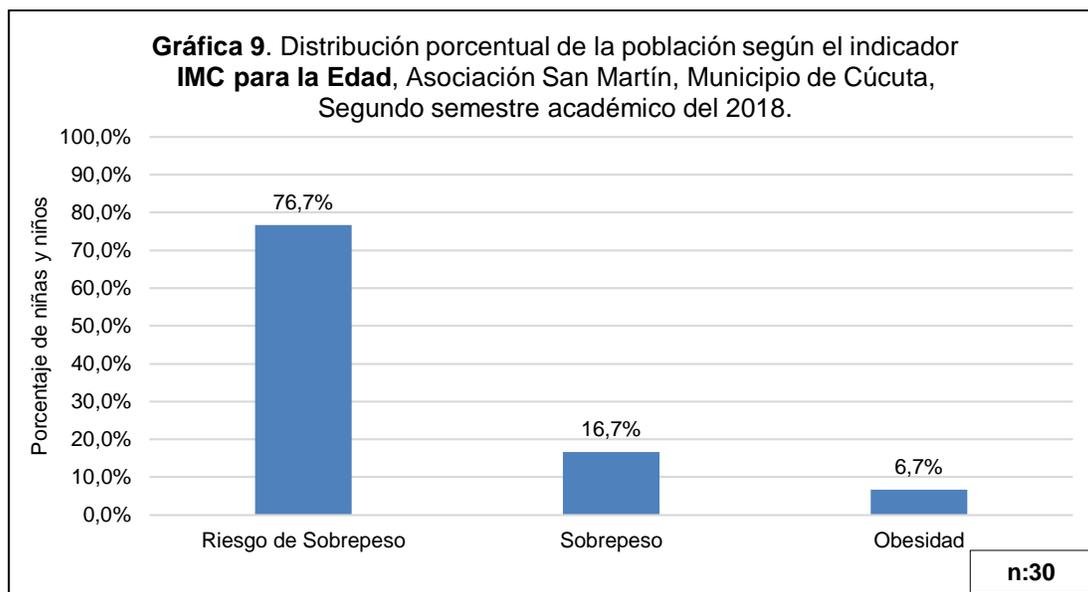
Teniendo en cuenta los datos anteriormente descritos se puede evidenciar que las proporciones de desnutrición global son menores en relación a las encontradas a nivel nacional y departamental, y las proporciones de riesgo de desnutrición global son mayores en niños e iguales en niñas a las encontradas a nivel departamental: Según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015) para la población colombiana menor de 5 años, la desnutrición global se presentó en un 3,5% en niños y en un 3,8% en niñas. Y según

el diagnóstico nutricional del Sistema de Vigilancia Nutricional WINSISVAN 2013 para la población de Norte de Santander menor de 5 años, la desnutrición global se presentó en un 5% para ambos géneros y el riesgo de desnutrición global se presentó en un 15% para ambos géneros,

Para la siguiente tabla y gráfica la frecuencia (n) cambió de 161 a 30, debido a que el indicador solo clasifica a los niños y niñas que las DE sean mayores a 1, para las clasificaciones de riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad. No aplican las DE menores o iguales a 1 por lo que se debe observar en este caso el indicador Peso para la talla.

Tabla 10. Distribución porcentual de la población según el indicador **IMC para la Edad**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de Sobrepeso	23	76,7%
Sobrepeso	5	16,7%
Obesidad	2	6,7%
Total	30	100,0%



El IMC es un indicador que relaciona el peso con la talla de un individuo, mediante el cual se identifica el exceso de peso. Su resultado varía en función de varios parámetros como son la masa muscular, la estructura ósea y el sexo. Se sugiere realizar un análisis cuidadoso cuando el indicador refleje dicha condición teniendo en cuenta que los niños y niñas se encuentran en un período rápido de crecimiento y una restricción inadecuada en la alimentación puede afectarlo. El IMC es un índice que puede ser utilizado en diferentes grupos etáreos o de condición fisiológica, por ello se ha decidido incluir esta medición tanto para los niños, niñas y adolescentes. En los niños y niñas se utiliza el indicador IMC para la edad, y solo se

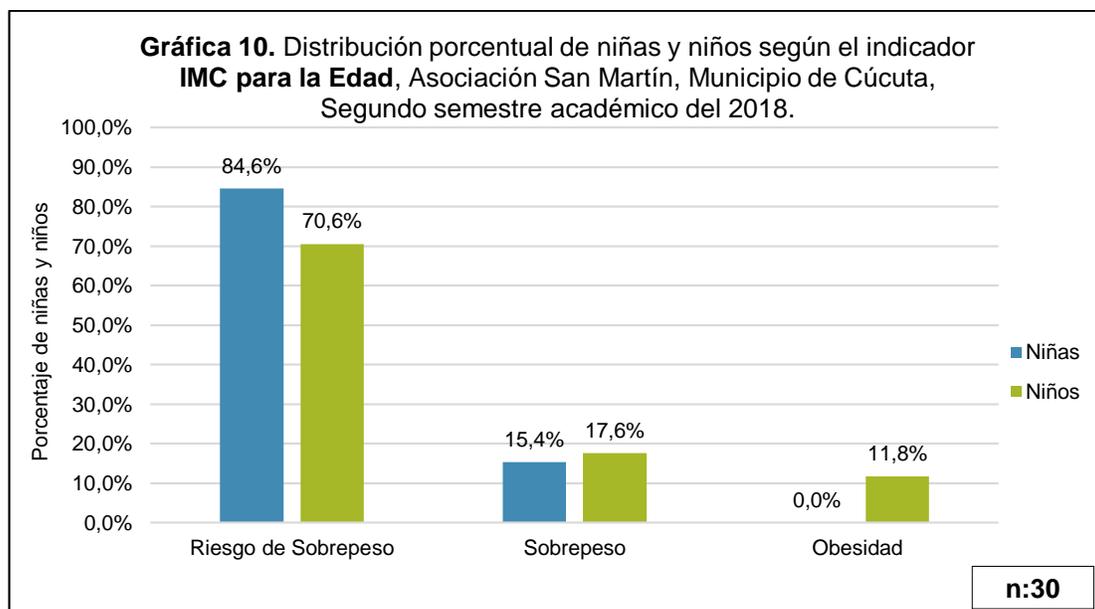
recomienda en los análisis poblacionales para identificar el riesgo de sobrepeso y el exceso de peso, para corroborar el indicador peso para la talla (ICBF, 2018)

De acuerdo con los resultados obtenidos para la distribución porcentual de la población según el indicador IMC para la edad, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica riesgo de sobrepeso se presentó en la población clasificada por este indicador en mayor proporción (76,7%) con respecto a las de más clasificaciones antropométrica, presentándose estas en una proporción de 16,7% para sobrepeso y en un 6,7%, para obesidad.

Relacionando estos resultados con los descritos en el indicador peso para la talla se pudo determinar que 22 niños y niñas fueron clasificados en riesgo de sobrepeso por el indicador P/T y con el indicador IMC/E fueron clasificados 23 niños y niñas, Para la clasificación antropométrica sobrepeso, se encontró que 3 niños y niñas fueron clasificados por el indicador P/T y con el indicador IMC/E fueron clasificados 5 niños y niñas y para la clasificación antropométrica obesidad se encontró que 2 niños y niñas fueron clasificados por ambos indicadores.

Tabla 11. Distribución porcentual de niñas y niños según el indicador **IMC para la Edad**, Asociación San Martín, Municipio de Cúcuta, Segundo semestre académico del 2018.

Clasificación Antropométrica	Niñas		Niños	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Riesgo de Sobrepeso	11	84,6%	12	70,6%
Sobrepeso	2	15,4%	3	17,6%
Obesidad	0	0,0%	2	11,8%
Total	13	100,0%	17	100,0%





De acuerdo con los resultados obtenidos para la distribución porcentual de la población según el indicador IMC para la edad, se puede evidenciar que la clasificación antropométrica riesgo de sobrepeso se presentó en las niñas y niños clasificados por este indicador en mayor proporción en niñas (84,6%) en relación a los niños (70,6%), caso contrario para las de más clasificaciones antropométricas, presentándose estas en mayor proporción en niños que en niñas, para sobrepeso 17,6% en niños y 15,4% en niñas y para obesidad 11,8% en niños y 0% en niñas.

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



CONCLUSIONES

Debido a la inasistencia de los niños de las UDS se debió realizar dos visitas para tamizaje nutricional dificultando avanzar con la elaboración del informe de análisis de la clasificación nutricional, y en algunos casos se tuvo que excluir a los niños por la inasistencia nuevamente en la segunda visita.

La elaboración de una base de datos con la aplicación de funciones de Excel con el fin de que automáticamente se realice la clasificación antropométrica de los datos exportados del antropómetro, facilitó el procesamiento de la información, y junto con la función de arrojar las gráficas automáticas se convirtió en una herramienta de gran ayuda para agilizar el desarrollo del trabajo.

Para el indicador peso para estatura, se evidenció que ningún niño o niña presentó desnutrición aguda; que el riesgo de desnutrición aguda fue similar en ambos géneros y que en riesgo de sobrepeso las niñas presentan una proporción mayor en relación a los niños y para sobrepeso y obesidad esta relación cambió, ya que los niños presentaron una mayor proporción que las niñas.

Para el indicador talla para la edad, se evidenció que para la clasificación antropométrica talla adecuada para la edad, las niñas presentaron una mayor proporción en relación a los niños, pero para retraso en talla y riesgo de talla baja, la relación cambió ya que los niños presentaron una mayor proporción en relación a las niñas.

Para el indicador peso para la edad, la relación cambió debido a que este solo clasifica a la población que se encuentre en peso adecuado para la edad, en riesgo y desnutrición global, teniendo en cuenta lo anterior se evidenció que la clasificación antropométrica peso adecuado para la edad se presentó una mayor proporción en niñas en relación a los niños, pero para riesgo de desnutrición global la relación cambió ya que los niños presentaron una mayor proporción en relación a las niñas y para desnutrición global esta no se presentó en ambos géneros.

Para el indicador IMC para la edad, la relación cambió debido a que este solo clasifica a la población que se encuentre en riesgo de sobrepeso y exceso de peso, teniendo en cuenta lo anterior se evidenció que el riesgo de sobrepeso se presentó en mayor proporción en niñas en relación a los niños, pero para sobrepeso y obesidad la relación cambió ya que los niños presentaron una mayor proporción en relación a las niñas.

Los resultados de la caracterización sirven de base para describir el porqué del estado nutricional de los niños y niñas de la asociación San Martín.



BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Modalidad Comunitaria – HCB*. Recuperado de <https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primerainfancia/modalidades-de-atencion/comunitaria>.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Lineamiento técnico administrativo estrategia de atención y prevención de la desnutrición*. p 3.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Guía técnica y operativa sistema de seguimiento nutricional*. pp 1-50.
- Ministerio de salud y protección social. (2016). *Resolución 3202*. p 13.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Resolución 2465*. P14.
- Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de salud; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Universidad Nacional de Colombia. (2017). *Presentación: Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN 2015)*. pp 27-33.
- Instituto Departamental de Salud de Norte de Santander. (2013). *Diagnóstico Nutricional del Sistema de Vigilancia Nutricional (WINSISVAN)*. pp 13-33.

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



Fotos: Ximena Sarasty/ 7 de septiembre del 2018/ Unidad de Servicio El Principito, Barrio San Martín / Tamizaje Nutricional - HCB familiares- Asociación San Martín



Fotos: María angélica/ 5 de octubre del 2018/ Unidad de Servicio los Pitufos 1, Barrio Siglo XXI / Tamizaje Nutricional - HCB familiares- Asociación San Martín

PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS



Plan de intervenciones colectivas de la asociación de padres de hogares comunitarios de bienestar san Martín

Universidad de Pamplona

Práctica Campos de Acción Profesional

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar

Hogares Comunitarios de Bienestar-Familiar

Elaborado

Ximena Sarasty Ordoñez
Nutricionista Dietista en formación

Revisado

Andreina Vega Mendoza
Nutricionista Dietista, especialista en *Docencia Universitaria*

Segundo Semestre Académico de 2018

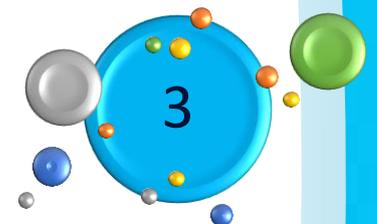


CONTENIDO

Presentación	-----	3
Glosario	-----	4
Objetivos	-----	5
Plan de acción	-----	6
Cronograma	-----	9
Estrategias		
<i>Dientes sanos, sonrisas felices</i>	-----	10
<i>Si sano y fuerte quieres ser el plato Saludable de la familia colombiana debes conocer</i>	-----	13
<i>Frutas y verduras debes comer para que sano y fuerte puedas crecer</i>	-----	16
<i>Tips nutri-saludables</i>	-----	19
<i>Reto saludable</i>	-----	22
<i>Mi receta favorita</i>	-----	26
Bibliográfica	-----	30

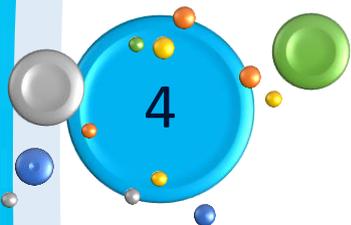
PRESENTACIÓN

El programa de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona en el marco del convenio interinstitucional con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de San José de Cúcuta brinda un espacio para los Nutricionistas Dietistas en Formación que cursan su práctica profesional de décimo semestre, con el fin de desarrollar competencias en el área de prevención, específicamente con el programa de Hogares comunitarios de bienestar-Tradicional; para lo cual fue asignada a la Nutricionista Dietista en formación la asociación de padres de hogares comunitarios de bienestar San Martín, donde se adelantan una serie de actividades en pro de contribuir al mejoramiento de la calidad del servicio prestado a los beneficiarios, una de las actividades es la elaboración de un plan de intervenciones colectivas dirigido a los niños y niñas de la asociación principalmente a los que en la clasificación nutricional por antropometría presentaron malnutrición por exceso, este plan cuenta con una serie de estrategias lúdico recreativas para contribuir en la promoción de hábitos y estilos de vida saludable en los beneficiarios y sus familias.



GLOSARIO

- ✨ Plan de intervenciones colectivas: conjunto de intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud; dirigido a impactar positivamente los determinantes sociales de la salud e incidir en los resultados en salud, Son el dirigidas a grupos poblacionales a lo largo del curso de la vida, en el marco del derecho a la salud.
- ✨ Estrategia: son una serie de acciones planificadas que ayudan a tomar decisiones y a conseguir los mejores resultados posibles; está orientada a alcanzar un objetivo siguiendo una pauta de actuación.
- ✨ Estrategias lúdico recreativas: conjunto de estrategias diseñadas para crear un ambiente de armonía con el fin de que las personas se apropien de los temas, a través del juego, el entretenimiento, la diversión y el esparcimiento.
- ✨ Infografía: tipo de gráfico que se caracteriza por brindar a través de las imágenes o diseños información de diverso tipo dependiendo del tema que se toque en cada caso.
- ✨ Retroalimentación: conjunto de actividades encaminadas a conducir a las personas para que de manera autónoma consigan lograr el objetivo de la temática tratada.



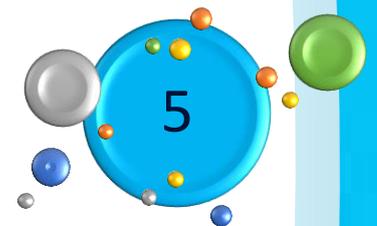
OBJETIVOS

Objetivo General

Contribuir en el mejoramiento del estado nutricional de los niños y niñas de las UDS de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta Tres, con el fin de disminuir la prevalencia de malnutrición, a través de la planeación y ejecución de estrategias en salud, alimentación y nutrición, entre el periodo de octubre de 2018 a septiembre de 2019.

Objetivos Específicos

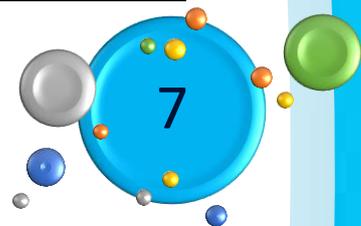
- ✧ Promover hábitos y estilos de vida saludables a través de estrategias lúdicas y recreativas, en los niños y niñas de las UDS de la asociación San Martín.
- ✧ Promover la participación e integración de la familia en actividades encaminadas al fomento de hábitos saludables en el hogar.



**SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

Regional	Norte de Santander						
Centro Zonal	Cúcuta Tres						
Asociación	San Martín						
Objetivo Específico	Estrategia	Actividad		Meta	Indicador	Periodicidad de Seguimiento	
		Descripción	Dirigido	Responsable			
Promover hábitos y estilos de vida saludables a través de estrategias lúdicas y recreativas, en los niños y niñas de las UDS de la asociación San Martín	"Dientes sanos, sonrisa feliz"	Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños uno de los materiales audiovisuales ("Mis dietes cepillo así , mis pequeñines" y " dientes brillantes"), con el fin de que los niños tengan presente el cepillado de dientes". Retroalimentación: Cada día de la semana, en la hora de cepillado de dientes, la madre comunitaria a través de una infografía debe explicar a los niños la técnica del cepillado de dientes y debe hacer mención del video proyectado en la semana, Además una vez a la semana la madre comunitaria junto con los niños debe armar el rompecabezas, sirviendo este como material de apoyo para recordarle a los niños la importancia del cepillado de dientes y así tengan siempre presente el desarrollo de esta actividad.	Niños y niñas	Madre comunitaria	Lograr la proyección del 100% de los videos.	$\frac{2 \text{ videos proyectados}}{2 \text{ videos programados}} \times 100$	Semanal
	"Si sano y fuerte quieres ser el plato saludable de la familia colombiana debes conocer"	Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños el material audiovisual, (Alicia en el país mágico de los alimentos) con el fin de que los niños conozcan por medio de una historia, sobre los grupos de alimentos y su distribución en el plato. Retroalimentación: Cada semana la madre comunitaria debe seleccionar un grupo de alimentos incluyendo actividad física, consumo de agua y modales en la mesa; y durante los tiempos de comida resaltar puntos clave de lo explicado en el video para cada grupo, como material de apoyo podrá utilizar el cartel del plato saludable.	Niños y niñas	Madre comunitaria	Lograr la proyección del 100% del video	$\frac{1 \text{ video proyectado}}{1 \text{ video programado}} \times 100$	Semanal

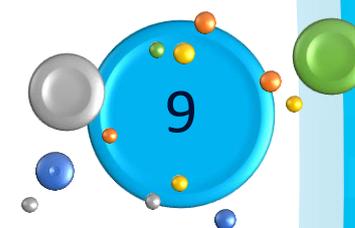
SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS							
Regional	Norte de Santander						
Centro Zonal	Cúcuta Tres						
Asociación	San Martín						
Objetivo Específico	Estrategia	Actividad			Meta	Indicador	Periodicidad de Seguimiento
		Descripción	Dirigido	Responsable			
Promover hábitos y estilos de vida saludables a través de estrategias lúdicas y recreativas, en los niños y niñas de las UDS de la asociación San Martín	"Frutas y verduras debes comer para que sano y fuerte puedas crecer"	Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños uno de los materiales audiovisuales con el fin de que los niños observen y aprendan las verduras y las frutas por medio de las adivinanzas. Retroalimentación: Durante la semana la madre comunitaria debe colocar la canción y el jingle para que se incentive el consumo de las frutas y verduras, además debe seleccionar dos de las adivinanzas del video proyectado para que se las nombre nuevamente a los niños durante el tiempo de comida de la media mañana, y así las puedan recordar; debe mencionar los diferentes beneficios que le aportan dichas frutas y verduras.	Niños y niñas	Madre Comunitaria	Lograr la proyección del 100% del video	$\frac{4 \text{ materias audiovisuales proyectados}}{4 \text{ materias audiovisuales programados}} \times 100$	Semanal
	"Reto Saludable"	Se realiza una jornada de actividad física, con los niños de las UDS donde se presentaron casos de malnutrición por exceso por medio de un circuito con 3 juegos (Pasa la bola, la pelota del equilibrio y tumba los bolos) para lo cual se armaran 2 equipos. Retroalimentación: la madre comunitaria, debe entregar a los padres de los niños la infografía sobre actividad física establecida en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos con el compromiso de realizar actividad física en familia, para lo cual deben llevar un diario familiar donde deben describir o añadir evidencias fotográficas con las actividades realizadas, el diario debe ser entregado a la madre comunitaria cada 15 días al finalizar la semana.	Niños y niñas	Estudiante de Nutrición y Dietética y madres comunitarias	Realizar el 100% de las jornadas de actividad física en las UDS donde se encontró niños(as) con malnutrición por exceso. Lograr la asistencia del 80% de los niños y niñas programados.	$\frac{4 \text{ jornadas realizadas}}{4 \text{ jornadas programadas}} \times 100$ $\frac{42 \text{ asistentes a las jornadas}}{48} \times 100$ Se logró realizar el 100% de las jornadas programadas se logró la asistencia del 87,5% de los niños y niñas programados	Semestral



**SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL
PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS**

Regional	Norte de Santander						
Centro Zonal	Cúcuta Tres						
Asociación	San Martín						
Objetivo Especifico	Estrategia	Actividad			Meta	Indicador	Periodicidad de Seguimiento
		Descripción	Dirigido	Responsable			
Promover la participación e integración de la familia en actividades encaminadas al fomento de hábitos saludables	"Tips Nutri-saludables"	Cada 15 días al finalizar la semana la madre comunitaria debe publicar en un lugar visible de la UDS una ficha con un tips saludable, el cual debe socializar a los padres de familia y/o cuidadores. Retroalimentación: La madre comunitaria debe establecer con los padres de familia y/o cuidadores un compromiso para realizar actividades durante la semana donde implementen el tips socializado; además, con el fin de que los padres de familia soporten la actividades, la madre comunitaria debe pedir que lleven un diario familiar en el cual se describan o añadan evidencias fotográficas de dichas actividades, al finalizar los 15 días los padres de familia deben entregar el diario familiar para revisión por parte de la madre comunitaria	Padres de familia	Madre comunitaria	Lograr la presentación del 100% de los Tips	8 tips presentados $\frac{8 \text{ tips}}{8 \text{ tips}} \times 100$ programadas	Semanal
	"Mi receta favorita"	Se realizara una jornada con los padres de familia donde aprenderán la importancia del consumo de frutas y verduras a partir de la estrategia "mi receta favorita" donde los padres de familia elaboraran recetan con frutas y verduras en forma de figuras, Retroalimentación: la ND en formación les debe explicar a los padres y/o cuidadores que deben realizar esta actividad en el hogar para contribuir al consumo de frutas y verduras en la familia, teniendo como material de apoyo el recetario, para esto deben llevar un diario familiar donde describan o añadan evidencias fotográficas de las recetas elaboradas, este diario lo deben entregar cada 15 días al finalizar la semana, a la madre comunitaria.	Niños, niñas y familia	Estudiante de Nutrición y Dietética y madres comunitarias	Realizar el 100% de las jornadas de actividad física en las UDS donde se encontraron niños(as) con malnutrición por exceso. Lograr la asistencia del 80% de los padres y/o cuidadores programados.	2 jornadas realizadas $\frac{2 \text{ jornadas}}{2 \text{ jornadas}} \times 100$ programadas Se logró realizar el 100% de las jornadas programadas 32 asistentes a las jornadas $\frac{48}{48} \times 100$ asistentes programados se logró la asistencia del 66,7% de los padres y/o cuidadores programados.	Semestral

SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICOINAL CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES										
Regional		Norte de Santander								
Centro Zonal		Cúcuta Tres								
Asociación		San Martín								
Actividad		Cronograma Actividades								
Descripción	Dirigido	Noviembre	Diciembre	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre
Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños uno de los materiales audiovisuales ("Mis dietes cepillo así , mis pequeñines" y "dientes brillantes"), con el fin de que los niños tengan presente el cepillado de dientes".	Niños y niñas									
Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños el material audiovisual, (Alicia en el país mágico de los alimentos) con el fin de que los niños conozcan por medio de una historia, sobre los grupos de alimentos y su distribución en el plato.	Niños y niñas									
Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños uno de los materiales audiovisuales con el fin de que los niños observen y aprendan las verduras y las frutas por medio de las adivinanzas.	Niños y niñas									
Cada 15 días al finalizar la semana la madre comunitaria debe publicar en un lugar visible de la UDS una ficha con un tips saludable, el cual debe socializar a los padres de familia y/o cuidadores.	Padres de familia									
Se realiza una jornada de actividad física, con los niños de las UDS donde se presentaron casos de malnutrición por exceso por medio de un circuito con 3 juegos (Pasa la bola, la pelota del equilibrio y tumba los bolos) para lo cual se armaran 2 equipos.	Niños y niñas									
Se realizara una jornada con los padres de familia donde aprenderán la importancia del consumo de frutas y verduras a partir de la estrategia "mi receta favorita" donde los padres de familia elaboraran recetan con frutas y verduras en forma de figuras,	Padres de familia									



DIENTES SANOS, SONRISAS FELICES



OBJETIVO

Promover hábitos de higiene bucal en los niños y niñas pertenecientes a la asociación San Martín, a través de la implementación de estrategias de intervención sobre la técnica de cepillado dental.

POBLACIÓN OBJETO

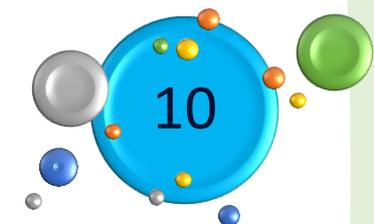
Niños y niñas pertenecientes a las UDS de la asociación San Martín.

RESPONSABLE

Madre Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Bucal supera el solo hecho de tener dientes blancos, encías rosadas y dientes parejos y se concibe como el estado en el que las estructuras relacionadas con la boca contribuyen positivamente al bienestar físico, mental y social de las personas al permitirles disfrutar de la vida a través de auto-percibirse y reconocerse positivamente, hablar, masticar, saborear la comida y alimentarse, disfrutar y participar de sus relaciones sociales y transmitir emociones a través de sus expresiones faciales. Por lo tanto la salud bucal es parte integral de la salud general, en la boca se inicia la alimentación y posteriormente la digestión a través de la masticación y deglución de los alimentos, los dientes en su conjunto tienen funciones múltiples como participar en la masticación, fonética, expresión facial e implicación en la estética, por lo que en su ausencia puede verse afectada la nutrición y autoestima. Es por ello, que adquirir buenos hábitos bucales desde las primeras etapas de la vida garantizará con seguridad una vida sana. Las acciones más importantes en la prevención de las enfermedades bucales, son la higiene bucal, la alimentación correcta y la eliminación de hábitos nocivos en niños como el consumo excesivo de azúcares (MinSalud, 2017).



METODOLOGÍA

Para la ejecución de la estrategia, se tendrá en cuenta el desarrollo de las siguientes actividades.

1. Disposición de material educativo:

★ Material audiovisual sobre el cepillado de dientes en los niños



Mis Dientes Cepillo Así, Mis Pequeñines,
Canción Infantil - Canticuentos

Material audiovisual 1: Es un video musical sobre el cepillado de dientes, cuya letra menciona los diferentes momentos del día en los que se debe realizar esta actividad y la forma adecuada de realizarla.



Plim Plim - Capítulo - Dientes brillantes (Dibujos
Animados)

Material audiovisual 2: Es una historia de dibujos animando donde una maestra en el aula de clase les enseña a los estudiantes sobre los implementos para cepillarse los dientes, pero se presentan una serie de inconvenientes en la utilización de los utensilios, por lo que un personaje animado llamado Plim Plim llega a resolver los problemas y les enseña a cepillarse los dientes de forma divertida

- ✦ Infografía en la cual se describe en 6 pasos la técnica de cepillado infantil.



- ✦ Rompecabezas: imagen de niños cepillándose los dientes.



- Desarrollo de la estrategia:** Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños uno de los materiales audiovisuales con el fin de que los niños tengan presente el cepillado de dientes. Para la proyección debe rotar los videos de la siguiente manera: mes 1 (semana 1 video 1; semana 2 video 2; semana 3 video 1; semana 4 video 2. se puede cambiar el orden cada mes

- ✦ **Retroalimentación:** Cada día de la semana, en la hora de cepillado de dientes, la madre comunitaria a través de la infografía debe explicar a los niños la técnica del cepillado de dientes y debe hacer mención del video proyectado en la semana, para que los niños tengan presente el desarrollo de esta actividad y se incentiven a realizarla. Además una vez a la semana la madre comunitaria junto con los niños debe armar el rompecabezas, sirviendo este como material de apoyo para recordarle a los niños la importancia del cepillado de dientes y así tengan siempre presente el desarrollo de esta actividad.

SI SANO Y FUERTE QUIERES SER EL PLATO SALUDABLE DE LA FAMILIA COLOMBIANA DEBES CONOCER

SI SANO Y FUERTE QUIERES SER EL
PLATO SAUDABLE DE LA FAMILIA
COLOMBIANA DEBES CONOCER

Plato saludable de la
Familia Colombiana



OBJETIVO

Promover una alimentación saludable en los niños y niñas pertenecientes a la asociación San Martín, a través de la implementación de estrategias de intervención sobre el plato saludable.

POBLACIÓN OBJETO

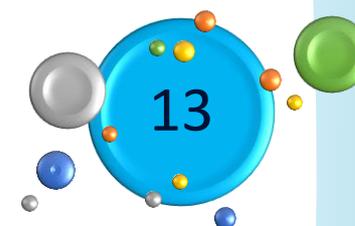
Niños y niñas pertenecientes a las UDS de la asociación San Martín.

RESPONSABLE

Madre Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

Una alimentación saludable es aquella que proporciona los nutrientes que el cuerpo necesita para mantener el buen funcionamiento del organismo, conservar o restablecer la salud, minimizar el riesgo de enfermedades, garantizar la reproducción, gestación, lactancia, desarrollo y crecimiento adecuado. Para lograrlo, es necesario el consumo diario de Cereales, raíces, tubérculos y plátanos; Frutas y verduras; Leche y productos lácteos; Carnes, Huevos, Leguminosas secas, frutos secos y semillas; Grasas y Azúcares en cantidades adecuadas y variadas (Minsalud, 2018). Para Colombia existen las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la población mayor de 2 años, están representadas a través del ícono “El Plato saludable de la Familia Colombiana”, el cual invita a la población a reunirse en familia para consumir alimentos frescos y variados de sus 6 grupos de alimentos anteriormente mencionados, el plato ayuda a elegir una alimentación para cada tiempo de comida, invitando a consumir alimentos autóctonos, que se producen y preparan en las regiones de nuestro país y hacen parte de la cultura colombiana, especialmente cuando están en cosecha y se consiguen a mejor precio. (ICBF, 2018)



METODOLOGÍA

Para la ejecución de la estrategia, se tendrá en cuenta el desarrollo de las siguientes actividades.

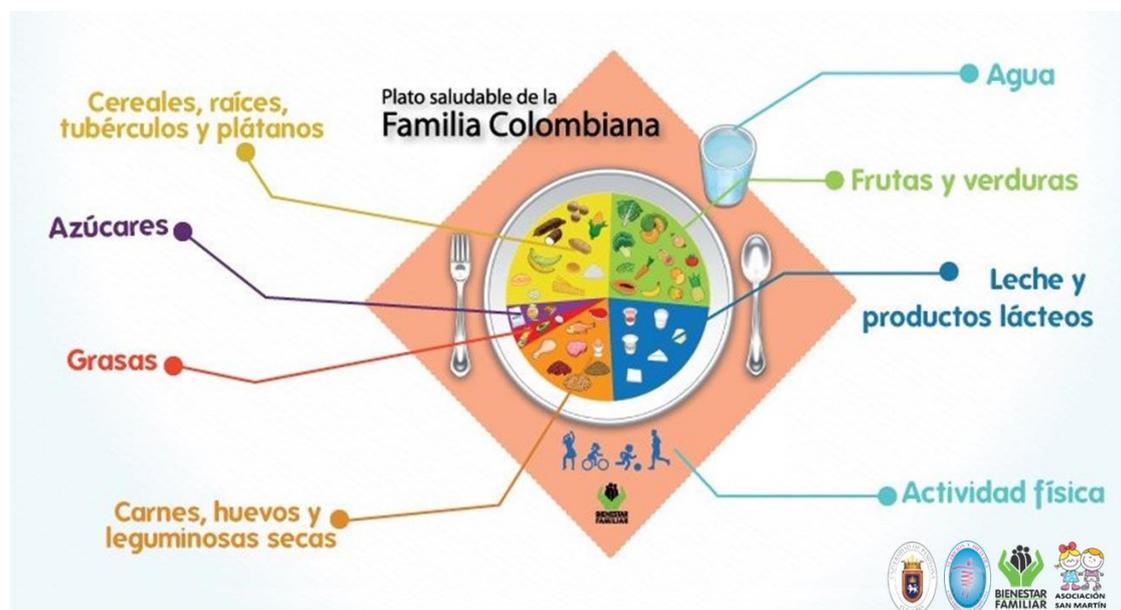
1. Disposición de material educativo:

★ Material audiovisual sobre el plato saludable de la familia Colombiana



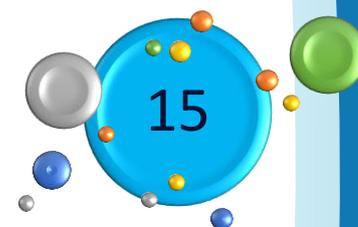
Material audiovisual 1: Es una historia de una niña que en un sueño viaja al país mágico de los alimentos en donde conoce los diferentes grupos de alimentos y la importancia de su consumo, junto con la práctica de actividad física, consumo de agua y modales en la mesa.

★ Cartel sobre el plato saludable de la familia Colombiana.



2. Desarrollo de la estrategia: Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños el material audiovisual, con el fin de que los niños conozcan por medio de una historia, sobre los grupos de alimentos y su distribución en el plato.

✨ **Retroalimentación:** Cada semana la madre comunitaria debe seleccionar un grupo de alimentos de los seis grupos de alimentos incluyendo también actividad física, consumo de agua y modales en la mesa y durante los tiempos de comida resaltaré puntos clave de lo explicado en el video para cada grupo, como material de apoyo podrá utilizar el cartel del plato saludable.



FRUTAS Y VERDURAS DEBES COMER PARA QUE SANO Y FUERTE PUEDAS CRECER



OBJETIVO

Promover el consumo de frutas y verduras en los niños y niñas pertenecientes a la asociación San Martín, a través de la implementación de estrategias de intervención sobre consumo de 5 porciones de frutas y verduras al día.

POBLACIÓN OBJETO

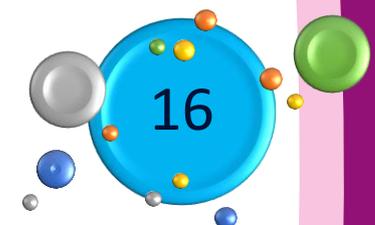
Niños y niñas pertenecientes a las UDS de la asociación San Martín.

RESPONSABLE

Madre Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

Las frutas y las verduras son componentes esenciales de una alimentación saludable, son una fuente rica de vitaminas y minerales, fibra alimentaria y todo un cúmulo de sustancias no nutrientes beneficiosas, como fitoesteroles, flavonoides y otros antioxidantes, que tienen beneficios tales como reducir los niveles de colesterol, mejorar el tránsito intestinal, evitar el estreñimiento, disminuir los niveles de azúcar sanguíneo, contribuir a la eliminación de toxinas, aumentar la sensación de saciedad, entre otros, por lo que el consumo variado de frutas y verduras ayuda a asegurar una ingesta adecuada de muchos de esos nutrientes esenciales. Además incorporar las frutas y verduras a la alimentación diaria puede reducir el riesgo de algunas enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías y determinados tipos de cáncer, junto con una alimentación saludable baja en grasas, azúcares y sal (o sodio), las frutas y verduras también pueden contribuir a prevenir el aumento de peso y reducir el riesgo de obesidad, un factor de riesgo independiente de las enfermedades no transmisibles., (OMS, 2018)

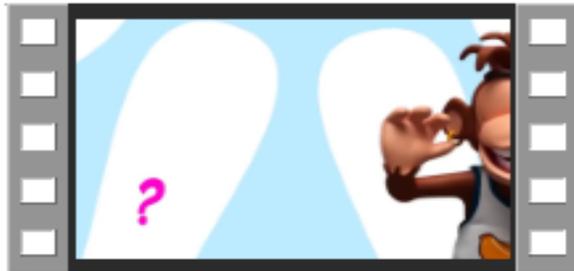


METODOLOGÍA

Para la ejecución de la estrategia, se tendrá en cuenta el desarrollo de las siguientes actividades.

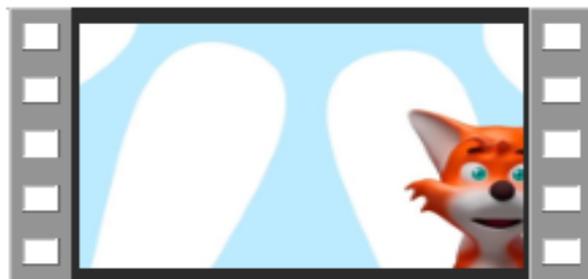
1. Disposición de material educativo:

✨ Material audiovisual sobre frutas y verduras



Adivinar Jugando con las 15 Adivinanzas cortas con respuesta de Verduras y Mas _
Video para niños

Material audiovisual 1: Es una serie de adivinanzas sobre verduras, para lo cual colocan la imagen de diferentes verduras y después de un lapso de tiempo dan la respuesta de la verdura correcta.



Adivinar Jugando con las 15 Adivinanzas y acertijos de Frutas _ Video para niños

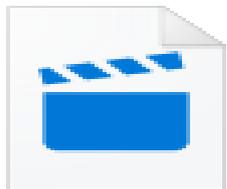
Material audiovisual 2: Es una serie de adivinanzas sobre frutas, para lo cual colocan la imagen de diferentes frutas y después de un lapso de tiempo dan la respuesta de la fruta correcta.

✦ Material de audio sobre frutas y verduras



5 Frutas y
verduras al día

Material audio 1: Es una canción donde incentivan el consumo de frutas y verduras 5 porciones al día.



jingle canción
dura

Material audio 2: Es un jingle sobre la canción Dura, el cual incentiva al consumo de frutas y verduras

2. Desarrollo de la estrategia: Al inicio de la semana la madre comunitaria debe proyectar a los niños uno de los materiales audiovisuales con el fin de que los niños observen y aprendan las verduras y las frutas por medio de las adivinanzas. Para la proyección debe rotar los videos de la siguiente manera: mes 1 (semana 1 video 1; semana 2 video 2; semana 3 video 1; semana 4 video 2. se puede cambiar el orden cada mes.

✦ **Retroalimentación:** Durante la semana la madre comunitaria debe colocar la canción y el jingle para que se incentive el consumo de las frutas y verduras, además debe seleccionar dos de las adivinanzas del video proyectado para que se las nombre nuevamente a los niños durante el tiempo de comida de la media mañana, y así las pueda recordar y se debe mencionar los diferentes beneficios que le aportan dichas frutas y verduras.

TIPS NUTRI-SALUDABLES



OBJETIVO

Promover hábitos saludables en las familias de los beneficiarios de las UDS de la asociación San Martín, a través de la implementación de Tiips de alimentación saludable y actividad física

POBLACIÓN OBJETO

Familias beneficiarias de las UDS de la asociación San Martín.

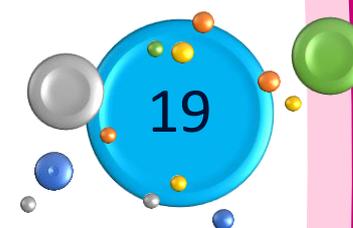
RESPONSABLE

Madre Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

Una alimentación saludable, es aquella que ayuda a mantener un óptimo estado de salud y realizar las actividades de la vida diaria; sus determinantes son la variedad, cantidad y calidad de alimentos, logrando un equilibrio energético y un peso normal, uno de los aspectos fundamentales de la alimentación saludable es la densidad de nutrientes, dado que esta debe enfocarse en cubrir las calorías requeridas por las personas a partir de alimentos ricos en nutrientes beneficiosos y moderar o evitar el consumo de alimentos que contienen sustancias “no beneficiosas” como ácidos grasos trans, ácidos grasos saturados, sodio, colesterol y azúcares. (ICBF, 2015)

Por lo que la nutrición, definida como el proceso involuntario por el cual el organismo humano toma de los alimentos los nutrientes que necesita para su buen funcionamiento en las distintas etapas del ciclo vital, con el fin de promover el crecimiento y el desarrollo, y mantener la salud es muy importante, y en las niñas y niños menores 5 años el acompañamiento y orientación son fundamentales, ya que a esa edad se distraen fácilmente cuando están comiendo, y la calidad de vida en la edad adulta dependerá mucho de la calidad de la alimentación en los primeros años. (ICBF, 2015)



METODOLOGÍA

Para la ejecución de la estrategia, se tendrá en cuenta el desarrollo de las siguientes actividades.

1. Disposición de material educativo:

★ Fichas con Tips saludables

Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consume diariamente leche u otros productos lácteos y huevo.



¿Qué beneficios trae consumir diariamente leche u otros productos lácteos y huevo?

Mantener un consumo adecuado de leche, productos lácteos y huevo trae beneficios como

- Dar mayor variedad a la alimentación y mejorar su aceptabilidad.
- Contribuir a una dieta basada en productos frescos.
- Consumir alimentos densos en nutrientes.
- Mejorar la salud de músculos, huesos y dientes.
- Favorecer el crecimiento en niñas, niños y adolescentes.
- Mantener la vitalidad y un adecuado estado de salud en personas adultas.
- Reducir el riesgo de osteoporosis en personas adultas.
- Disminuir el riesgo de fracturas, principalmente en personas adultas.



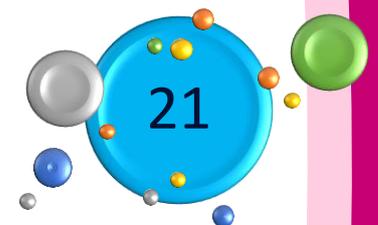
1 huevo + **2** vasos de leche o productos lácteos al día = **huesos sanos y fuertes**



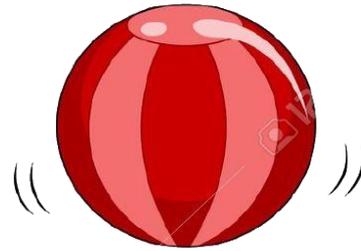
Son 8 Fichas con este mismo estilo, las cuales establecen una variedad de tips saludables sobre el consumo de leche, frutas y verduras, leguminosas y viseras; sobre la reducción del consumo de comida de paquetes y comida rápida, sal y grasa saturada; y el desarrollo de actividad física

2. Desarrollo de la estrategia: Cada 15 días al finalizar la semana la madre comunitaria debe se publicar en un lugar visible de la UDS una ficha con el tips saludable, el cual debe socializar a los padres de familia y/o cuidadores.

✨ **Retroalimentación:** La madre comunitaria debe establecer con los padres de familia y/o cuidadores un compromiso para realizar actividades durante la semana donde implementen el tips socializado; además, con el fin de que los padres de familia soporten la actividades, la madre comunitaria debe pedir que lleven un diario familiar en el cual se describan o añadan evidencias fotográficas de dichas actividades, al finalizar los 15 días los padres de familia deben entregar el diario familiar para revisión por parte de la madre.



RETO SALUDABLE



OBJETIVO

Promover la práctica de actividad física en los niños y niñas pertenecientes a la asociación San Martín, a través de la implementación de un circuito deportivo.

POBLACIÓN OBJETO

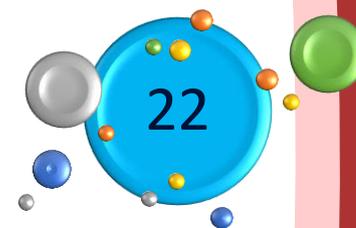
Niños y niñas pertenecientes a las UDS de la asociación San Martín.

RESPONSABLE

Nutricionista Dietista en Formación y Madre Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

Se considera actividad física cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía, esta no debe confundirse con el "ejercicio", es una variedad de actividad física planificada, estructurada, repetitiva y realizada con un objetivo relacionado con la mejora o el mantenimiento de uno o más componentes de la aptitud física, la actividad física abarca el ejercicio, pero también otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de actividades recreativas; una actividad física regular de intensidad moderada como caminar, montar en bicicleta o hacer deporte tiene considerables beneficios para la salud, tales como mejorar el estado muscular y cardiorrespiratorio, mejorar la salud ósea y funcional, reduce el riesgo de hipertensión, cardiopatía coronaria, accidente cerebrovascular, diabetes, diferentes tipos de cáncer y depresión, es fundamental para el equilibrio energético y el control de peso. Lo recomendando por la OMS es una hora diaria para los niños, y al menos 30 minutos para los adultos. La insuficiente actividad física, es uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes a escala mundial, lo que agrava la carga de enfermedades no transmisibles y afecta al estado general de salud de la población. (OMS, 2018)



METODOLOGÍA

Para la ejecución de la estrategia, se tendrá en cuenta el desarrollo de las siguientes actividades.

1. Disposición de material educativo:

✨ Infografía sobre actividad física



9 Por el placer de vivir saludablemente realice actividad física de forma regular.

Los niños y niñas de **1 a 4 años** deben acumular **al menos 180 minutos diarios** de actividad física a través del juego activo estructurado o no estructurado de cualquier intensidad.

Los niños y niñas de **5 a 17 años** deberían acumular **un mínimo de 60 minutos diarios** de actividad física de intensidad moderada o vigorosa y actividades de fortalecimiento óseo y muscular. **Como mínimo 3 veces a la semana.**

Los **adultos** deberían acumular un **mínimo de 150 minutos semanales** de actividad física aeróbica de intensidad moderada, o un **mínimo de 75 minutos semanales de actividad aeróbica de intensidad vigorosa y dos veces o más por semana realizar actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.**

Los **adultos mayores** adicionalmente deberán incluir **ejercicios de flexibilidad, coordinación y equilibrio.**

Mejor Sí...

- Realiza actividades físicas de su agrado como caminar, bailar, nadar, montar bicicleta... lo importante es moverse.
- Aprovecha los espacios y oportunidades que existen en su entorno e invita a las personas cercanas a que lo acompañe.
- Reduce en su familia el tiempo dedicado a ver televisión o jugar con videojuegos.
- Prefiere usar las escaleras en lugar del ascensor.

Mejor Sí...

- Utiliza más los medios de transporte no motorizado como caminar o montar bicicleta.
- Se hidrata antes durante y después de la actividad física.
- Incluye pausas activas como parte de la rutina diaria.
- Inicio con actividades de bajo esfuerzo y aumento la intensidad gradualmente.

Numerosos beneficios

- Disminuye el riesgo de sobrepeso y la obesidad.
- Mejora el funcionamiento de músculos, corazón, venas y arterias.
- Mejora la absorción de vitaminas necesarias para el correcto funcionamiento del cuerpo.
- Fortalece los huesos y articulaciones.
- Disminuye los niveles de estrés, depresión y ansiedad.
- Previene enfermedades como diabetes, hipertensión y cáncer.
- Mejora la autoestima y la imagen corporal.
- Mejora la calidad del sueño.
- Mejora la concentración.

actividad física = buena salud

TODOS POR UN NUEVO PAÍS

2. Desarrollo de la estrategia: La Nutricionista Dietista en formación se debe desplazar a las UDS donde se presentaron casos de malnutrición por exceso y realizar una jornada de actividad física dirigida a los niños

✨ Para el desarrollo de la jornada, primero se adecuará el espacio físico con los implementos necesarios para el circuito de actividad física el cual se describe a continuación:

La ND en formación debe formar a los niños en dos equipos, para el desarrollo del circuito.

✨ **Juego N° 1. Pasa la bola:** para lo cual los niños de cada equipo se deben formar una fila; a cada extremo de esta se debe encontrar una canasta, una de las canastas estará llena de pelotas, cuando la ND en formación de la orden de comenzar, el primer niño debe tomar de a una pelota de la canasta, y la debe pasar de mano en mano hasta colocarla en la segunda canasta, sin dejarla caer, el equipo que llene la canasta de primero ganará un punto.



✨ **Juego N° 2. la pelota del equilibrio:** los niños deben formar la fila nuevamente a un extremo de la pista, en la cual se debe encontrar una mesa con cilindros de cartón, cuando la ND en formación de comenzar, el primer niño de la fila debe tomar una pelota de la canasta y la colocará encima del cilindro, el niño debe llevar la pelota sin dejarla caer hasta el otro extremo de la pista, si el niño deja caer la pelota se le pedirá que comience de nuevo, al llegar debe encestar la pelota en una canasta, cuando el niño que logre llevar la totalidad de las pelotas a la otra canasta ganará un punto para su equipo, y el siguiente niño de la fila podrá comenzar la pista,



✦ **Juego N° 3. Tumba la bolos:** En el mismo orden de la fila se le entregara una pelota grande al primer niño para lanzarla y tumbar los bolos, cuando todos los niños hallan lanzado y la totalidad de los no se han derribado, deben realizar otra ronda de lanzamiento hasta lograr el objetivo, el equipo que tumba todos los bolos debe correr hasta donde se encuentre una bandera, y el primero que la tome se ganara un punto.



✦ El equipo que acumule más puntos será el ganador, y para finalizar la actividad se les entregará una manzana a los niños como refrigerio.

✦ **Retroalimentación:** La ND en formación le entrega a la madre comunitaria la infografía sobre actividad física establecida en las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, la infografía debe ser entregada a los padres de los niños con el compromiso de realizar actividad física en familia, para lo cual deben llevar un diario familiar donde deben describir o añadir evidencias fotográficas con las actividades realizadas para este fin, el diario debe ser entregado a la madre comunitaria cada 15 días al finalizar la semana.

✦ Además se establece con la madre comunitaria el compromiso de realizar actividad física con los niños en la UDS mínimo 3 veces a la semana a través de actividades lúdico recreativas, teniendo como ejemplo el circuito realizado

MI RECETA FAVORITA



OBJETIVO

Promover el consumo de frutas y verduras en la familia a partir de la elaboración de recetas por parte de los padres de familia empleando este grupos de alimentos.

POBLACIÓN OBJETO

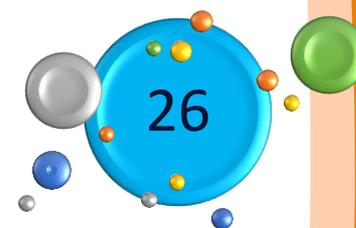
Familias beneficiarias de las UDS de la asociación San Martín.

RESPONSABLE

Nutricionista Dietista en Formación y Madre Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

Las frutas y las verduras son componentes esenciales de una alimentación saludable, son una fuente rica de vitaminas y minerales, fibra alimentaria y todo un cúmulo de sustancias no nutrientes beneficiosas, como fitoesteroles, flavonoides y otros antioxidantes, que tienen beneficios tales como reducir los niveles de colesterol, mejorar el tránsito intestinal, evitar el estreñimiento, disminuir los niveles de azúcar sanguíneo, contribuir a la eliminación de toxinas, aumentar la sensación de saciedad, entre otros, por lo que el consumo variado de frutas y verduras ayuda a asegurar una ingesta adecuada de muchos de esos nutrientes esenciales. Además incorporar las frutas y verduras a la alimentación diaria puede reducir el riesgo de algunas enfermedades no transmisibles, como las cardiopatías y determinados tipos de cáncer, junto con una alimentación saludable baja en grasas, azúcares y sal (o sodio), las frutas y verduras también pueden contribuir a prevenir el aumento de peso y reducir el riesgo de obesidad, un factor de riesgo independiente de las enfermedades no transmisibles., (OMS, 2018)



METODOLOGÍA

Para la ejecución de la estrategia, se tendrá en cuenta el desarrollo de las siguientes actividades.

1. Disposición de material educativo:

★ Plegable sobre recetas de frutas y verduras



★ Infografía sobre el lavado de manos

¿Cómo lavarse las manos?

¡Lávese las manos solo cuando estén visiblemente sucias! Si no, utilice la solución alcohólica

⌚ Duración de todo el procedimiento: 40-60 segundos



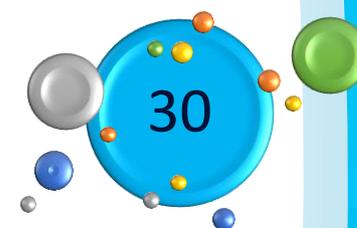
2. Desarrollo de la estrategia:

- ✦ La Nutricionista Dietista en Formación debe establecer con las madres comunitarias de las UDS donde se presentaron casos de malnutrición por exceso, un día para realizar la actividad, para lo cual se debe invitar a los padres de familia para su participación.
- ✦ La ND en formación se debe desplazar a las UDS para el desarrollo de la actividad; primero se debe adecuar el espacio físico, con mesas en las cuales se ubicará una canasta con las siguientes frutas y verduras: manzanas, uvas, uvas pasas, mandarina, kiwi, banano, fresas, naranjas, piña, peras, espinaca, zanahoria y pepino, previamente lavadas y desinfectadas y como alimento complementario para las preparaciones: pan tajado integral; además se ubicará los siguientes utensilios: Cuchillos, palillos, platos, tablas para picar y recipientes de plástico para depositar los residuos.
- ✦ Se debe iniciar la actividad, socializando a los padres de familia y/o cuidadores los beneficios de consumir frutas y verduras; y se les explica en que consiste la actividad; para lo cual se debe entregar el plegable de recetas, con el cual los padres pueden seleccionar una de las recetas para elaborar con los ingredientes suministrados.
- ✦ Seguidamente se les debe recordar que previamente a la preparación de la receta, deben realizar el lavado de manos, para cual se suministrara Jabón líquido para manos, toallas de manos y jabón antibacterial y se les explica por medio de la infografía del lavado de manos cada paso que deben realizar. Además se les debe proporcionar elementos de protección (tapaboca, guantes y cofia), para que sean utilizados durante la preparación de la receta.

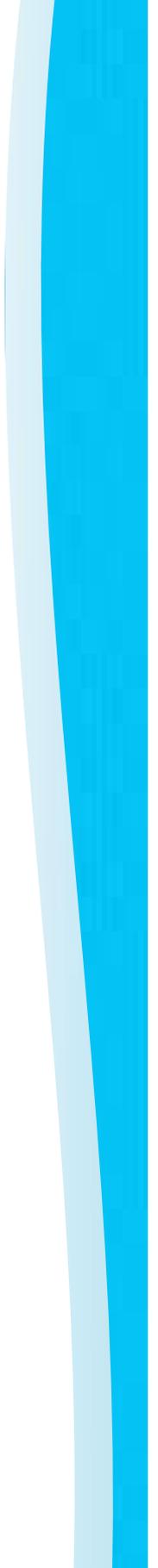
- ✪ Después de realizado el lavado de manos y contar con los elementos de protección los padres y/o cuidadores se deben ubicar en las mesas, cada uno al frente de cada tabla de picar para que elaboren la receta que seleccionaron, adicionalmente a la receta podrán utilizar los ingredientes para realizar una idea creativa que se incluya en el plato; Cuando todos hayan terminado deben socializar los pasos que utilizaron para elaborar la receta y cuál fue la preparación creativa que elaboraron como acompañante; adicionalmente deberán comentar si les gustaría implementar esta estrategia en el hogar.
- ✪ Posteriormente la ND en formación debe observar las preparaciones, para determinar si se asemejan a las del recetario y la preparación adicional que realizó cada padre, teniendo en cuenta estos criterios se le obsequiará una anqueta saludable a la mejor preparación y los padres de familia podrán disfrutar de las recetas elaboradas.
- ✪ **Retroalimentación:** la ND en formación les debe explicar a los padres y/o cuidadores que deben realizar esta actividad en el hogar para contribuir al consumo de frutas y verduras en la familia, teniendo como material de apoyo el recetario, para esto deben llevar un diario familiar donde describan o añadan evidencias fotográficas de las recetas elaboradas, este diario lo deben entregar cada 15 días al finalizar la semana, a la madre comunitaria.

BIBLIOGRAFÍA

- ✦ Canticuentos. (2015, abril 30). Mis Dientes Cepillo Así, Mis Pequeñines, Canción Infantil – Canticuentos. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=rop5l2yICWs>.
- ✦ Cuídate que yo te cuidaré. (2012, Octubre, 26). 5 Frutas y verduras al día – Karaoke. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=zS-uVcGM3cl&list=PL102a1KEGgmdPcKX-oS41-YPA2IbCTIu2>.
- ✦ El payaso plim plim. (2016, Octubre 19). Plim Plim - Capítulo - Dientes brillantes (Dibujos Animados). Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=1CmMvwkXILE>.
- ✦ Felizinfancia. (2017, Octubre 23). Adivinar Jugando con las 15 Adivinanzas y acertijos de Frutas _ Video para niños. Recuperado de: https://www.youtube.com/watch?v=U_nfk7yd5IPs&t=17s.
- ✦ Felizinfancia. (2017, noviembre 15). Adivinar Jugando con las 15 Adivinanzas cortas con respuesta de Verduras y Mas _ Video para niños. Recuperado de: <https://www.youtube.com/watch?v=UJxrezS4vzM&t=47s>.
- ✦ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2015). Manual para facilitadores. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. pp 14-75.
- ✦ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). Plato saludable de la Familia Colombiana. Recuperado de: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/educacion-alimentaria>.
- ✦ Ministerio de Salud y protección Social (2017). País de Sonrisas. pp 1-2.
- ✦ Ministerio de Salud y protección Social (2018). ¿Qué es una alimentación Saludable?. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/HS/Paginas/que-es-alimentacion-saludable.aspx>.
- ✦ Organización Mundial de la Salud. (2018). Aumentar el consumo de frutas y verduras para reducir el riesgo de enfermedades no transmisibles. Recuperado de: http://www.who.int/elena/titles/fruit_vegetables_ncds/es/.
- ✦ Organización Mundial de la Salud. (2018). Actividad física. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- ✦ Unicef. (2018). Día mundial del lavado de manos. Recuperado de: <https://www.unicef.es/noticia/dia-mundial-del-lavado-de-manos>.
- ✦ Secretaria de Salud, Estado de Puebla. (2017). #CuidaTuSaludBucal. Recuperado de: <https://twitter.com/Puebla/status/927622340187512834>.



MATERIAL EDUCATIVO





INFORME DE EJECUCIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DEL PLAN DE INTERVENCIONES COLECTIVAS
DE LA ASOCIACIÓN SAN MARTÍN DEL CENTRO ZONAL CÚCUTA TRES, SEGUNDO SEMESTRE
ACADÉMICO DE 2018.

Presentado por:
Ximena Sarasty Ordoñez
COD. 1094278690
Nutricionista Dietista en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
Docente supervisor Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Establecer una descripción metodológica de la ejecución de las estrategias del plan de intervenciones colectivas, dirigidas a los niños y niñas beneficiarios de las UDS de servicio que presentaron casos de malnutrición por exceso, asociación San Martín, segundo semestre académico del 2018

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la metodología implementada en las estrategias del plan de intervenciones colectivas dirigidas por la Nutricionista Dietista en formación.
- Efectuar una presentación formal de los resultados obtenidos en la implementación de estrategias del plan de intervenciones colectivas a cargo de la Nutricionista Dietista en formación.
- Proporcionar una herramienta física (cartillas) a las madres comunitarias para que implementen el plan de intervenciones colectivas.

METODOLOGÍA

1. Elaboración del plan de intervenciones colectivas

El plan de intervenciones colectivas cuenta con una serie de estrategias que se encuentran establecidas en dos objetivos, de la siguiente forma:

Para el objetivo Promover hábitos y estilos de vida saludables a través de estrategias lúdicas y recreativas, en los niños y niñas de las UDS de la asociación San Martín, se encuentran las estrategias “Dientes sanos, sonrisas felices”; “Si sano y fuerte quieres ser el plato saludable de la familia colombiana debes conocer”; “Frutas y verduras debes comer para que sano y fuerte puedas crecer” y “Reto saludable”; y para el objetivo: Promover la participación e integración de la familia en actividades encaminadas al fomento de hábitos saludable, se encuentran las estrategias “Tips nutri-saludables” y “Mi receta favorita”

De las estrategias anteriormente mencionadas, por cada objetivo una es ejecutada por la Nutricionista Dietista en formación, las cuales son: Reto Saludable y Mi receta favorita.

- Indicador

Cartilla con el plan de intervenciones colectivas y la descripción de las estrategias de intervención elaborada, revisada, aprobada y socializado.

La Nutricionista Dietista cumplió satisfactoriamente con la elaboración de la cartilla con el plan de intervenciones colectivas y la descripción de las estrategias de intervención, para su posterior revisión y aprobación por parte de la docente supervisora.

2. Planificación de la ejecución de las estrategias a cargo de la ND en formación.

Debido a la cantidad de Unidades de servicio de la asociación San Martín asignadas, se decidió ejecutar las dos estrategias en las Unidades de servicio que presentaron casos de malnutrición por exceso, dato filtrado de la base de datos de la clasificación nutricional por antropometría de los niños y niñas de la asociación, el cual arrojó 4 unidades de servicio: Pitin, Personitas, Payasito y Los Pitufos 1.

Ya establecida la población objeto, se determinó la ejecución de la siguiente manera: para la ejecución de la estrategia “Reto Saludable” cuatro jornadas, una en cada una de las unidades de servicio; y para la estrategia “ Mi receta favorita” dos jornadas, una en una unidad de servicio que se encuentra retirada de las otras tres; y la otra jornada con las tres UDS que se encuentran cerca, para ejecutarla en la UDS Personitas, la cual cuenta con un amplio espacio físico.

- Indicador

$$\frac{\text{Nº de estrategias del PIC ejecutadas}}{\text{total de estrategias del PIC programadas}} \times 100 = \frac{2 \text{ estrategias del PIC ejecutadas}}{2 \text{ estrategias del PIC programadas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las estrategias del PIC programadas se ejecutaron de acuerdo con lo planificado.

3. Ejecución de las estrategias a cargo de la ND en formación

3.1. Estrategia Reto Saludable:

Primeramente a través de llamada telefónica se explicó a la madre comunitaria de cada unidad de servicio que en su HCB se tenía programado realizar una actividad con los niños, por lo que se le explico el objetivo de la estrategia a implementar, para luego concertar un día para la ejecución de la estrategia.

Se realizó la disposición del material necesario para la implementación de la estrategia y posteriormente se realizó el desplazamiento a cada Unidad de servicio los días 9,19, 20 y 21 de noviembre , donde se adecuó el espacio físico con los materiales necesarios para las tres estaciones “pasa la bola”; la pelota del equilibrio” y tumba los bolos”.

Luego se pidió a los niños participar de la actividad, conformando dos equipos; primero se formó a los niños de cada equipo en una fila y se les explicó la estación pasa la bola, y se procedió a dar inicio, para lo cual los niños del extremo de la fila tomaban una bola de la canasta y la pasaban de mano en mano hasta que el ultimo de la fila colocaba la bola en la segunda canasta, para el desarrollo de la actividad se contó con la colaboración de la madre comunitaria quien ayudó a coordinar que los niños realicen la actividad, la cual se desarrolló 4 veces y se dio puntos al equipo que llenaba la canasta de primero.

Seguidamente se les explico la estación la pelota del equilibrio, para lo cual se pidió a cada equipo ubicarse al costado de la pista y se fue llamando un niño por equipo para que realizara la actividad, a un extremo de la pista se colocó una mesa con los cilindros y las pelotas, los niños tomaban la pelota y la colocaban encima del cilindro para llevarla al otro extremo donde se encontraba una canasta por equipo para que encestaran la pelota, y así volver por la siguiente, el primer niño que encestaba las 6 pelotas ganaba un punto para su equipo,

Luego de terminada la participación de todo el equipo se procedió a explicar la estación tumba los bolos, para lo cual nuevamente se solicitó la participación de un niño de cada equipo; a un extremo de la pista se colocó dos juegos de bolos y se les entrego una pelota mediana a los dos niño participantes para que tiraran la pelota y tumbaran los bolos, el niño que tumbaba la totalidad de los bolos de primero ganaba un punto para su equipo.

Cuando la totalidad de los niños participo de la estación se procedió a contar los puntos que ganó cada equipo, y al equipo ganador se les obsequió un estiquer en forma de estrella o sol y el equipo que quedo en segundo lugar se les obsequió un estiquer de forma de carita feliz, resaltando el equipo ganador.

posteriormente se compartió con los niños una fruta como refrigerio y se procedió a entregarle a la madre comunitaria una infografía sobre actividad física establecida por las GABA y se le explico que ella debía realizar actividades recreativas con los niños durante la semana, además se le explico que debía entregar la infografía a los padres de familia para incentivar la actividad física con los niños en los momentos en familia, por lo que además se debía establecer el compromiso con los padres de realizar un diario familiar con dichas actividades, las cuales pueden ser descritas o por medio de evidencia fotográfica, el cual debe ser llevado cada 15 días a la madre comunitaria y socializarle las actividades realizadas,

Para finalizar se pidió la asistencia de los niños con el fin de tomar los datos solicitados en el formato de asistencia de la población infantil establecido por las practicas CAP.

- Descripción por jornada:

En relación a lo descrito anteriormente se puede resaltar situaciones específicas por cada jornada; en la jornada desarrollada en la UDS Personitas, la participación de 2 niños menores de 3 años, dificultó en algunos momentos el desarrollo de las estación por sus compañeros, ya que querían coger los materiales mas no realizar como tal la actividad, por lo que la madre comunitaria estuvo más al pendiente de ellos para que no afectar la participación de los demás; en la jornada de la UDS payasito algunos de los niños se tornaron inquietos y obstaculizaban en algunos momentos el desarrollo de la estación tumba los bolos y la pelota del equilibrio; por lo que la madre comunitaria apoyo para que no interrumpieran el juego de los demás; en la jornada de la UDS Pitin, los niños estuvieron muy participativos y realizaron las estaciones de acuerdo a las instrucciones suministradas; y para la jornada de la UDS los pitufos 1, un niño se tornó al principio indispueto a participar, pero después de ver a los compañeros jugar, se incluyó en la actividad, desarrollándola con agrado.

- Indicador

$$\frac{\text{No de jornadas desarrolladas}}{\text{Total de jornadas programadas}} \times 100 = \frac{4 \text{ jornadas desarrolladas}}{4 \text{ jornadas programadas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las jornadas sobre la estrategia reto saludable se ejecutaron de acuerdo a lo planificado.

- Indicador por jornada

$$\frac{\text{No de niños asistentes a la jornada en la UDS Personitas}}{\text{Total de niños de la UDS Personitas}} \times 100 = \frac{12 \text{ niños asistentes a la jornada en la UDS Personitas}}{12 \text{ niños de la UDS Personitas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de los niños de la UDS Personitas asistieron a la jornada sobre la estrategia reto saludable.

$$\frac{\text{No de niños asistentes a la jornada en la UDS Payasito}}{\text{Total de niños de la UDS Payasito}} \times 100 = \frac{8 \text{ niños asistentes a la jornada en la UDS Payasito}}{12 \text{ niños de la UDS Payasito}} \times 100 = 66,6\%$$

No se logró cumplir con la meta puesto que asistieron solo el 66,6% de los niños de la UDS Payasito a la jornada sobre la estrategia reto saludable.

La inasistencia se debe a enfermedad, por lo que la madre suministró oportunamente la excusa de 3 niños que se encontraban con gripa y en el momento de la entrada un padre se acercó a entregar la excusa de su hijo debido a que se encuentra enfermo,

- Evidencia fotográfica



Fotos: Ximena Sarasty/ND en formación/ 9 de noviembre de 2018/ UDS Personitas/.Ejecución de la estrategia Reto Saludable.



Fotos: Ximena Sarasty/ND en formación/ 19 de noviembre de 2018/ UDS Pitin/.Ejecución de la estrategia Reto Saludable.



Fotos: Ximena Sarasty/ND en formación/ 20 de noviembre de 2018/ UDS Payasito/.Ejecución de la estrategia Reto Saludable.



Fotos: Ximena Sarasty/ND en formación/ 21 de noviembre de 2018/ UDS Pitufos 1/.Ejecución de la estrategia Reto Saludable.

Estrategia Mi Receta Favorita

Primeramente se realizó un encuentro con las madres comunitarias de la asociación y se les explico que a cargo de la ND en formación se realizaría una estrategia en 4 UDS las cuales fueron filtrados a partir de la clasificación nutricional por antropometría realizada, siendo estas las UDS donde se presentaron casos de malnutrición por exceso, por lo que se habló específicamente con las 4 madres comunitarias coordinando el desarrollo de una jornada en la UDS los pitufos 1 por lo que se encuentra retirada de las otras 3UDS y otra jornada en la UDS Personitas donde se integren las UDS Pitin y Payasito

Se realizó la disposición del material necesario para la implementación de la estrategia y posteriormente se realizó el desplazamiento a cada Unidad de servicio, los días 9 y 20 de noviembre, donde se adecuó el espacio físico con los materiales para la implementación de la estrategia tales como cartel alusivo a la estrategia, frutas y verduras ubicadas en mesas suministradas por la madre comunitaria, junto con tapabocas, cofias, platos, tablas de picar, cuchillos, y el plegable con las recetas de frutas y verduras. Posteriormente se dio inicio a la actividad, con el saludo y presentación con los asistentes, seguidamente se explicó de qué se trataba la estrategia, y cuál era el objetivo de la estrategia, el cual es promover el consumo de frutas y verduras en la familia a través de la elaboración de recetas con estos grupos de alimentos, y se socializo los beneficios del consumo de frutas y verduras.

Como la actividad consistía en manipular alimentos se explicó que se debían tener en cuenta practicas higiénicas como retirarse anillos, aretes, joyas, portar tapabocas, cofia y realizar el lavado de manos, para lo cual a través de la infografía de los 11 pasos de la OMS se realizó la fonomímica, en la que los asistentes la replicaban, y se indicó realizar el lavado de manos en el lavamanos de la UDS, donde la ND en formación realizo acompañamiento para observar y guiar con el fin de que lo realicen correctamente.

Cuando todos se encontraban listos se procedió a ubicar a los participantes en las mesas previamente establecidas para la actividad y se entregó el plegable denominado Mi Receta Favorita, para que seleccionaran una receta y la elaboraran teniendo en cuenta los ingredientes ubicados en las mesas, durante el desarrollo de la receta se preguntó a las madres comunitarias si implementarían esta estrategia en el hogar para que su familia consuma frutas y verduras, contestando que sí, ya que las figuras son muy agradables a la vista.

Luego de que todos terminaran la elaboración de la receta se seleccionó con la ayuda de todos la receta más presentada y agradable, y se obsequió una anqueta saludable a la madre usuaria autora de la receta, posteriormente las madres usuarias expresaron sus opiniones acerca de la actividad realizada, las cuales fueron positivas, luego se explicó que deben realizar esta actividad en el hogar de familia, para lo cual deben elaborar un diario familiar y describir las actividades realizados o colocar una evidencia fotográfica y cada 15 días entregar el diario a la madre comunitaria para que evidencie la implementación de la estrategia.

Para finalizar los asistentes disfrutaron de sus recetas elaboradas.

- Descripción por jornada:

En las dos jornadas realizadas los asistentes fueron muy participativos y receptivos a la temática y la actividad se llevó a cabo según lo planificado.

- Evidencia fotográfica



Fotos: María Angélica Peñaranda /Madre comunitaria/ 9 de noviembre de 2018/ UDS los Pitufos 1/.Ejecución de la estrategia mi receta saludable.



Fotos: Liseth Gomez/ 26 de noviembre de 2018/ UDS Personitas/.Ejecución de la estrategia mi receta saludable.



CONCLUSIONES

Con base en las estrategias de PIC realizadas, la mayoría de la población asistente fue partícipe y mostró interés en la ejecución de las mismas, lo cual se traduce en un grado significativo de receptividad por parte de la población objeto, permitiendo alcanzar las metas establecidas para las diferentes estrategias y logrando la adquisición de conocimientos satisfactoria de hábitos y estilos de vida saludable.

Con respecto a la estrategia mi receta favorita la asistencia de la población se vio afectada por calamidad familiar por parte de la madre comunitaria del hogar payasito, por lo que no se logró cumplir con la meta del 80% de asistentes a la jornada.

Con respecto a la estrategia reto saludable en las 4 jornadas la mayoría de los niños participó activamente de la actividad sin embargo algunos niños mostraron indisposición para participar por lo que las madres comunitarias estuvieron más pendiente para que no interrumpieran la participación de los compañeros y la estrategia se lograra ejecutar adecuadamente según lo planificado.



PROGRAMA EDUCATIVO HCB-FAMILIARES DE LA ASOCIACIÓN SAN MARTÍN DEL CENTRO
ZONAL CÚCUTA TRES, SEGUNDO SEMESTRE ACADÉMICO DE 2018.

Presentado por:
Ximena Sarasty Ordoñez
COD. 1094278690
Nutricionista Dietista en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
Docente supervisor Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

INTRODUCCIÓN

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia; uno de los retos del ICBF, es avanzar en los procesos y criterios de calidad de los servicios dirigidos a la primera infancia; así como fortalecer la gestión de las entidades administradoras de servicios EAS y de los diferentes actores en los departamentos y municipios, para asegurar desde un enfoque holístico e intersectorial que las niñas y niños en la primera infancia accedan a todas las atenciones con pertinencia y oportunidad, comprendiendo la diversidad de los contextos territoriales en los que las EAS y sus Unidades de Servicio -UDS- prestan efectivamente los servicios de educación inicial y atención, teniendo en cuenta la gradualidad, la progresividad y la flexibilidad como principios orientadores de un proceso de mejoramiento continuo de la atención de la Primera Infancia en el país (ICBF, 2018)

Por lo anterior la prestación del servicio de las EAS y sus UDS se rige a partir de una serie de obligaciones contractuales, que se suscriben en los contratos de aporte y convenios especiales para el desarrollo de la Modalidad comunitaria, y las cuales van de la mano de las condiciones de calidad definidas para cada componente de atención (Familia Comunidad y Redes, Salud y Nutrición, Proceso Pedagógico, Ambientes Educativos y Protectores, y Talento Humano y Administrativo y de Gestión); las EAS y las UDS a través de un trabajo articulado, interinstitucional e intersectorial, deben garantizar la materialización del cumplimiento de cada una de las condiciones de calidad, a través de los servicios de atención a la primera infancia, permitiendo evidenciar el cumplimiento de los derechos de las niñas y niños en pro de su desarrollo integral. (ICBF, 2018)

El componente de salud y nutrición es determinante en el proceso de atención en los primeros años de vida y se deriva de un marco amplio de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, por lo que el cumplimiento de las condiciones de calidad establecidas para este componente es indispensable para garantizar el disfrute del nivel más alto de salud y nutrición de la primera infancia, dichas condiciones se encuentran inmersas en 5 líneas de acción: *Gestión para la atención en salud.**Promoción de hábitos y prácticas de vida saludable *Prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia. *Acceso y consumo diario de alimentos en cantidad, calidad e inocuidad. Y *Evaluación y seguimiento del estado nutricional. (ICBF, 2018)

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la primera visita de supervisión del componente Salud y Nutrición de las UDS asignadas de la asociación San Martín y los resultados de la clasificación nutricional de los niños y niñas beneficiarios de esta asociación, se establece un programa educativo teniendo en cuenta las falencias y debilidades que se presentan en la prestación del servicio con base en las líneas de acción anteriormente mencionadas, permitiendo así el correcto y oportuno cumplimiento de las obligaciones contractuales y la garantía de una atención de calidad para los niños y las niñas.

METODOLOGÍA

Para la estructuración del programa educativo dirigido a los actores involucrados de los Hogares comunitarios de bienestar- familiares, pertenecientes a la asociación San Marín del Centro Zonal Cúcuta Tres, fue necesario realizar un proceso, que incluyó una serie de actividades, las cuales se describen a continuación:

1. Revisión del informe de análisis de clasificación nutricional por antropometría y del informe primera visita de supervisión de la modalidad comunitaria, a los hogares comunitarios de bienestar - familiares de la asociación san Martín del centro zonal Cúcuta tres.
2. Identificación de las falencias y debilidades que se presentan en la prestación del servicio de las UDS, con base en las líneas de acción del componente salud y nutrición.
3. Selección del tema y subtemas teniendo en cuenta las líneas de acción, para abordar en el programa educativo, los cuales se describen a continuación.

Tabla 1. Tema y subtemas del programa educativo.

Tema: Componente Salud y Nutrición	
Líneas de acción	Subtemas
Promoción de hábitos y prácticas de vida saludable	Conmemoración del día mundial de la alimentación.
Gestión para la atención en salud	Brotos y enfermedades inmunoprevenibles.
Prevención de las enfermedades prevalentes en la infancia.	Enfermedades prevalentes en la infancia.
Acceso y consumo diario de alimentos en cantidad, calidad e inocuidad.	Estandarización de porciones.
Evaluación y seguimiento del estado nutricional	Toma de medidas antropométricas.

4. Revisión bibliográfica sobre los temas seleccionados.
5. Determinación y estructuración de las estrategias lúdico recreativas para la ejecución de los temas seleccionados.
6. Determinación y estructuración de las estrategias de convocatoria para la participación activa de los actores involucrados.

PROGRAMA EDUCATIVO: SALUD Y NUTRICIÓN, POR UNA INFANCIA FELIZ.

OBJETIVO GENERAL

Estructurar un programa educativo teniendo en cuenta las falencias en temas de salud y nutrición identificadas a través de la clasificación nutricional por antropometría y supervisión de la modalidad comunitaria, dirigido a las madres comunitarias de la asociación San Martín vinculada al centro zonal Cúcuta tres, en el segundo semestre académico del 2018.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ❖ Implementar un taller de estandarización de porciones servidas con el fin de que las madres comunitarias realicen el servido de los alimentos cumpliendo con el gramaje establecido en la minuta patrón del ICBF para cada grupo de alimentos.
- ❖ Implementar un taller de técnica de medidas antropométricas con el fin de que las madres comunitarias realicen de manera correcta la toma de peso y talla de los beneficiarios.
- ❖ Implementar acciones para la identificación, manejo oportuno y adecuado de casos que se presente en relación con la aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles, a través de una capacitación dirigida a las madres comunitarias de la asociación San Martín.
- ❖ Implementar acciones encaminadas a la prevención y detección oportuna de enfermedades prevalentes en la infancia, a través de una capacitación dirigida a las madres comunitarias de la asociación San Martín.

SUBTEMAS: ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA; Y BROTES Y ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES.

ESTRATEGIAS:

- ❖ Tarjetas de invitación.
- ❖ Diapositivas
- ❖ Juego “concéntrese”
- ❖ Relaciones interpersonales
- ❖ Salidas de campo.
- ❖ Asesorías

POBLACIÓN OBJETO: Madres comunitarias de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta tres.

LUGAR: UDS el principito.

HORA Y FECHA: 3:00pm - 14 de noviembre del 2018.

RECURSOS

Recursos humano:

- ❖ Madres comunitarias de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta tres.
- ❖ Docentes supervisora Andreina Vega Mendoza.

Recursos materiales: cartelera para el concéntrese, hojas adhesivas, documento del procedimiento para la identificación y notificación de enfermedades inmunoprevenibles y brotes, lista de asistencia, formato de acta, pre y pos- tes, lapiceros, frutas para refrigerio.

Recursos equipos: Cámara fotográfica, computador, video Beam, USB.

Recurso Físico: UDS el principito.

RESPONSABLES: Nutricionista Dietista en formación Ximena Sarasty Ordoñez.

METODOLOGÍA

1. Se realizara la convocatoria de las madres comunitarias para el desarrollo de la actividad por medio de una tarjeta de invitación. (Anexo 1.)
2. Para el desarrollo de la actividad se procederá a realizar la adecuación del espacio asignado con el video Beam para socializar los temas relacionados con brotes - enfermedades inmunoprevenibles y enfermedades prevalentes en la infancia.
3. Se da inicio a la actividad con el saludo inicial y se explica a las madres comunitarias que la jornada se dividirá en dos secciones: la primera sección será sobre el tema de enfermedades prevalentes de la infancia y la segunda sección será sobre el tema enfermedades inmunoprevenibles y brotes.
4. Se iniciará con la primera sección, para la cual se entregará a las madres comunitarias el pre – tes del tema enfermedades prevalentes de la infancia (Anexo 2.) y seguidamente se realizará la socialización de esta temática a través de una presentación con diapositivas. (Anexo 3.)
5. Posteriormente se realizará una actividad participativa a través del juego concéntrese (Anexo 4.) donde se dispondrá de un cartel con diferentes imágenes sobre las practicas clave, las cuales estarán cubiertas con un papel adhesivo, cada madre comunitaria pasará a descubrir una pareja, para lo cual tendrá 3 intentos, si lo logra deberá dar una breve introducción sobre la practica en mención; durante este proceso las demás madres comunitarias deberán estar atentas, ya que dependiendo de los intentos se les obsequiará una fruta: 1 intentos: una manzana, 2 intentos: un durazno. 3 intentos: una mandarina.
6. Para finalizar la primera sección se realizará el pos-tes de la primera temática, y se dará continuidad a la segunda sección entregando el pre-tes del tema enfermedades inmunoprevenibles y brotes.
7. Seguidamente se continuará con la presentación con diapositivas sobre el segundo tema, (Anexo 5.) para cual se irá realizando preguntas a las madres comunitarias para que la socialización del tema sea participativo y lo puedan comprender; y como material de apoyo a la temática se entregará a las madres un documento con el procedimiento para identificación y notificación de enfermedades inmunoprevenibles y brotes. (Anexo 6.)
8. Se realiza el pos- tes de la segunda temática y se finaliza la jornada con los agradecimientos a las madres comunitarias.

MARCO TEÓRICO

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA.

- ❖ ¿Qué son las enfermedades prevalentes de la infancia?

Se consideran enfermedades prevalentes de la infancia las enfermedades diarreicas y respiratorias ya que se producen en una fase exploratoria del mundo que rodea a los niños y las niñas, y debido a que en la primera infancia los niños se encuentran en un estadio inmunológico vulnerable, donde tienden a tocar todo lo que ven y, en muchos casos, a llevarlo a la boca, lo cual incrementa extraordinariamente los riesgos tanto de infección gastrointestinal como respiratoria. En el medio, existen numerosos factores que hacen

más probable la enfermedad diarreica aguda (EDA): las aguas sin tratamiento o con tratamiento inadecuado, las condiciones higiénicas del hogar, el poco control en el aseo de sus juguetes y de las manos de los niños y las niñas, y la comida almacenada en condiciones inapropiadas, son algunos ejemplos, por otra parte, las condiciones climáticas, especialmente los cambios súbitos de temperatura, generan un entorno propicio para el desarrollo de infecciones respiratorias en los niños y niñas en la primera infancia.

❖ ¿Cuáles son las Enfermedades Prevalentes de la Infancia?

✓ **Enfermedad Diarreica Aguda – EDA**

Expulsión frecuente de heces de menos consistencia de lo normal y a menudo acompañada por vómitos y fiebre.

La EDA es más intensa en los niños y niñas menores de 5 años, especialmente entre los 6 meses y los 2 años, después de esta edad la incidencia declina porque los niños y niñas han desarrollado inmunidad a la mayoría de enteropatógenos.

Causa: Bacterias, virus, parásitos, ingesta de fármacos o toxinas, alteraciones intestinales e intolerancia a algunos alimentos.

La mayoría de diarreas infecciosas se adquiere por transmisión a través de la ingesta de agua o alimentos contaminados por desechos humanos o heces de animales.

Tipos clínicos de diarrea

- **Diarrea simple:** cuadro de diarrea usual, con pocos días de evolución; se logra controlar con las medidas básicas, que incluyen suministrar suero oral.
- **Diarrea con disentería:** Corresponde a los casos en que las heces van acompañadas de sangre.
- **Diarrea persistente:** Inicio de forma aguda, que se prolonga por más de 14 días. Esta condición altera el estado nutricional.

✓ **Enfermedad Respiratoria Aguda – ERA**

Proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias, puede afectar nariz, oídos, faringe, epiglottis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones.

Causa: Virus y bacterias; dentro del grupo de los virus está el rinovirus, la influenza y el virus de la parainfluenza o adenovirus; las bacterias más comunes son: el *Streptococcus pneumoniae*, el *Haemophilus influenzae* y el *Staphylococcus aureus*.

El mecanismo de transmisión se da por contacto directo; los niños y niñas menores de 5 años pueden presentar varias infecciones respiratorias durante el año; dependiendo de la complicación del cuadro clínico, puede ser mortal.

La sintomatología puede ser: tos, fiebre, diferentes grados de dificultad respiratoria, obstrucción nasal, dolor de garganta, secreción nasal, dolor de oídos, respiración ruidosa y disfonía.

Tipos: Se consideran como infecciones respiratorias agudas las siguientes afecciones:

- Resfriado común
- Faringoamigdalitis
- Otitis media
- Neumonía

- Laringotraqueitis
- Bronquiolitis.

❖ Factores de riesgo.

Enfermedad Diarreica aguda:

- ✓ No hay lactancia materna.
- ✓ Uso de biberones.
- ✓ Inadecuada conservación de los alimentos.
- ✓ No lavarse las manos después de defecar y antes de tocar los alimentos; no desechar correctamente las heces.
- ✓ Deficiencias en la higiene personal, doméstica y ambiental.
- ✓ Desnutrición.
- ✓ Inmunosupresión por infecciones virales.
- ✓ Variaciones climáticas.

Enfermedad Respiratoria aguda:

- ✓ No hay lactancia materna.
- ✓ Bajo peso al nacer.
- ✓ Esquemas de vacunación incompletos.
- ✓ Cambios climáticos.
- ✓ Desnutrición.
- ✓ Hacinamiento.
- ✓ Exposición a la contaminación del aire debida al humo de cigarrillos y la combustión de leña y carbón.
- ✓ Desconocimiento de las pautas de manejo integral de las ERAS y la no identificación de los signos de alarma para neumonía.
- ✓ Uso inadecuado de antibióticos y autoformulación.
- ✓ Factores intrínsecos del huésped.

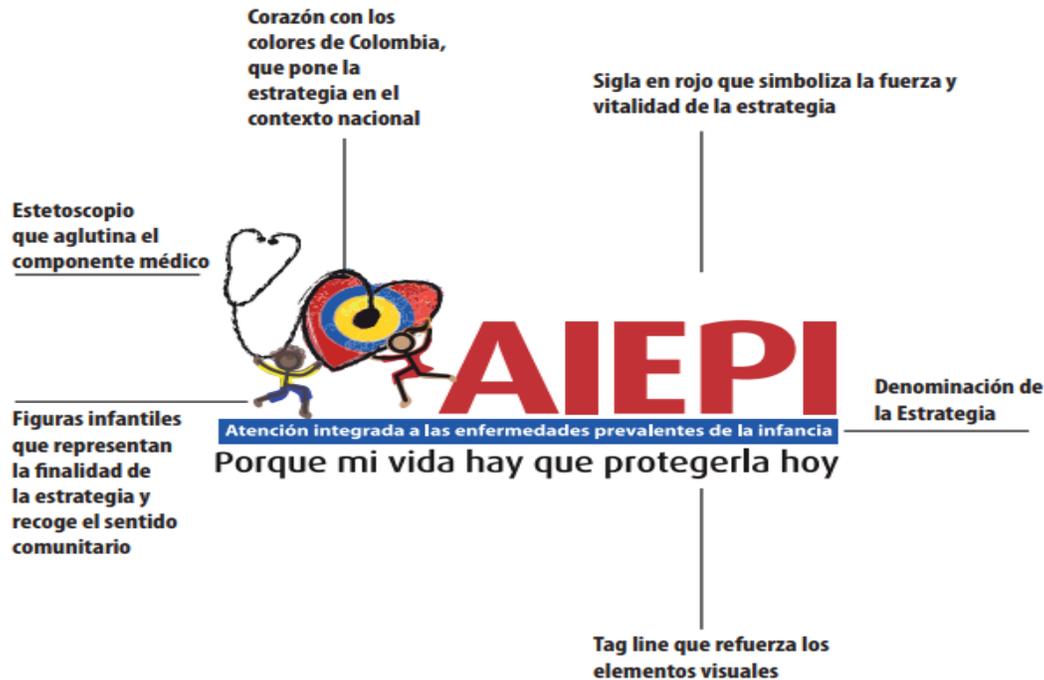
❖ Factores protectores para EDA y ERA.

- ✓ Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
- ✓ Alimentación complementaria adecuada y buen nivel de nutrición.
- ✓ Esquemas completos de vacunación.
- ✓ Adecuada higiene personal, doméstica e institucional.
- ✓ Conservación adecuada de alimentos.
- ✓ Saneamiento ambiental.

❖ ¿Qué es AIEPI?

- ✓ Imagen Estratégica

El logotipo de AIEPI se usa como marca a partir de las iniciales de su denominación: Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia. La sigla, para su expresión tipográfica, refuerza la idea de nombre propio, original y no divisible.



Esta imagen surge del acercamiento con cada uno de los grupos objetivos: personal médico y comunidad, a través de reuniones y actividades de sensibilización. El logotipo está conformado por la denominación de la estrategia: Atención Integrada a las Enfermedades y su sigla AIEPI, la cual se constituye como el elemento central. La sigla AIEPI está acompañada, en su parte izquierda, de dos elementos visuales. La primera se constituye en un corazón de trazo irregular que se asemeja al de una crayola, y en los tres colores de la bandera colombiana. De allí se desprende un estetoscopio, el cual le da el sentido médico a la imagen. El corazón es llevado por dos figuras infantiles, niño y niña, quienes representan la razón de ser de la estrategia. El texto “tag line”: Porque mi vida hay que protegerla hoy, sintetiza el sentido de lo visual. Reconoce la prioridad que es proteger la vida de los niños y niñas ahora para que tengan un futuro; por eso se refuerza la invitación de hacer parte del proceso a través de acciones contundentes por todos los grupos objetivos

✓ Definición

Es una estrategia que tiene como finalidad disminuir la mortalidad y la morbilidad en los niños entre los cero y cinco años, y mejorar la calidad de la atención que reciben en los servicios de salud y en el hogar; busca incorporar en los servicios de salud una evaluación integrada e integral de los niños cuando entran en contacto con un profesional o técnico en salud, ya sea en una institución o en la comunidad y, así mismo, incluir dentro de las acciones cotidianas de distintos actores sociales, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

✓ Objetivos de la estrategia AIEPI.

- Contribuir a la reducción de la mortalidad en la infancia.
- Reducir la incidencia y gravedad de las enfermedades y problemas de salud que afectan a los niños.

-Mejorar el crecimiento y desarrollo durante los primeros cinco años de vida de los niños.

- ✓ Propósito de AIEPI comunitario.

Prevención de enfermedades y la promoción de prácticas saludables para el cuidado de los niños y la mujer gestante. Esta estrategia parte de la premisa de que las familias y las comunidades tienen la principal responsabilidad de proveer atención a sus niños, y en la mayoría de casos ellos no han sido efectivamente involucrados o consultados en el desarrollo e implementación de programas dirigidos a la salud, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo de los niños; considerando que el éxito en la reducción de la mortalidad y la morbilidad infantil requiere de la participación activa de las comunidades, y del trabajo conjunto con los trabajadores de la salud y de las familias con el apoyo de su comunidad, entonces las comunidades necesitan ser fortalecidas con conocimientos y habilidades relacionadas con la salud y el desarrollo de la niñez.

El componente comunitario y familiar de AIEPI busca iniciar, reforzar y sostener las prácticas familiares que son importantes para la supervivencia infantil, crecimiento y desarrollo dentro del marco de trabajo comunitario; con este fin las comunidades necesitan ser movilizadas y motivadas. La vida de los niños es patrimonio común de la sociedad y, por tanto, debe ser protegida por todos, más si las causas del problema son manejables en la familia y la comunidad.

El componente comunitario propone que las familias incorporen prácticas saludables para el desarrollo seguro de sus hijos protegiendo su crecimiento sano, previniendo para que no se enfermen, dando cuidados adecuados en el hogar cuando están enfermos, detectando oportunamente signos que manifiestan que requieren tratamiento inmediato para buscar ayuda; en consecuencia el AIEPI comunitario pretende promover 18 comportamientos esenciales.

- ✓ Proceso a desarrollar en las Unidades de Servicio.

Aprender y enseñar con los padres de familia:

La educación a los padres de familia y/o cuidadores, se puede convertir en un proceso de facilitación, para lo cual la madre comunitaria puede aprovechar las reuniones de padres de familia para realizar con ellos talleres educativos, sesiones demostrativas y charlas educativas sobre las prácticas saludables del cuidado de la salud de los niños entre los cero y cinco años.

- ✓ ¿Qué son las prácticas clave?

Las prácticas clave son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado cotidiano para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños, las prácticas se organizan en cuatro grupos, según la intención que tiene cada una de las prácticas.

Los grupos son:

-Para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño; en este grupo se encuentran las prácticas que tienen que ver con la alimentación y la estimulación.

Práctica 1: Fomentar la lactancia materna exclusiva.

Práctica 2: Alimentación complementaria después de los seis meses de edad.

Práctica 3: Consumo de micronutrientes.

Práctica 4: Afecto, cariño y estimulación temprana.

-Para prevenir enfermedades: en este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con el cuidado del ambiente (saneamiento, prevención de malaria y dengue y, de infección por VIH SIDA).

Práctica 5: Hay que vacunar a todos los niños.

Práctica 6: Saneamiento básico.

Práctica 7: Prevención de malaria y dengue.

Práctica 8: Prevención contra el VIH SIDA.

Práctica 9: Llevar a los niños al odontólogo desde los primeros meses de edad.

Práctica 10: Proteger a los niños que tienen contacto con personas con tuberculosis.

-Para los cuidados en el hogar: en este grupo se encuentran las prácticas relacionadas con todas las acciones que se deben llevar a cabo para el cuidado del niño enfermo en el hogar y para evitar que desmejore su estado y mejorar la dinámica familiar.

Práctica 11: Alimentación del niño enfermo en el hogar.

Práctica 12: Tratamiento en casa del niño enfermo.

Práctica 13: Buen trato y cuidado permanente de los niños.

Práctica 14: Participación del hombre en el cuidado del niño y de la mujer gestante.

Práctica 15: Prevención de accidentes en el hogar.

-Para buscar atención fuera del hogar: aquí se encuentran las prácticas relacionadas con la identificación de los signos de peligro, los cuidados posteriores a la atención y los cuidados a la gestante.

Práctica 16: Identificar signos de peligro.

Práctica 17: Seguir las recomendaciones del personal de salud.

Práctica 18: Atención a la mujer gestante.

❖ Signos de alarma para acudir a atención de salud inmediata

- ✓ Orina en poca cantidad.
- ✓ Hace evacuaciones muy frecuentes (más de 4 en una hora).
- ✓ Vómitos frecuentes (más de 3 en una hora).
- ✓ Tiene fiebre alta (más de 39,5 °C).
- ✓ Respira con dificultad o rápido, aún después de tratar la fiebre.
- ✓ Hace deposiciones con sangre o moco.
- ✓ Tiene dolor de estómago que continúa entre un episodio y otro de diarrea.
- ✓ No come o bebe normalmente.
- ✓ Está apático o débil. Está letárgico, inconsciente o no es posible despertarlo.
- ✓ Tiene distensión abdominal (estómago inflamado o aumentado de tamaño).
- ✓ No sonríe o juega, ni siquiera por unos minutos (durante un periodo de 4 horas).
- ✓

MARCO TEÓRICO ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES Y BROTES

❖ ¿Qué son las Enfermedades Inmunoprevenibles?

Son aquellas que se pueden prevenir con la aplicación de las vacunas, para lo cual Colombia cuenta con un esquema único de vacunación, que surge del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) siendo esta una estrategia conjunta de las naciones y los organismos internacionales para lograr coberturas universales



de vacunación y minimizar las tasas de morbilidad y mortalidad causadas por enfermedades inmunoprevenibles.

La vacuna es una suspensión de microorganismos vivos, inactivos o muertos, que generan una respuesta inmune en aquel a quien se le administre.

❖ ¿Qué es la Inmunidad?

La inmunidad es el estado de resistencia, generalmente asociado con la presencia de anticuerpos o células que poseen una acción específica contra el microorganismo causante de una enfermedad infecciosa. Existen dos tipos de inmunidad:

-la activa: se hace efectiva a través de la vacunación o por sufrir la enfermedad.

-la pasiva: se obtiene por vía transplacentaria, lactancia materna y aplicación de gammaglobulinas o anticuerpos.

❖ Esquema de Vacunación para Colombia

Este esquema especifica el nombre de la vacuna, la dosis, el número de dosis, la edad en que debe aplicarse, el intervalo de tiempo entre dosis, la vía que debe utilizarse para la aplicación de la vacuna, el sitio de aplicación y los refuerzos, en caso de requerirse.

Tabla 2. Esquema único de vacunación para Colombia.

EDAD	VACUNA	DOSIS	ENFERMEDAD QUE PREVIENE
Recién nacido	Tuberculosis (BCG)	Única	Meningitis tuberculosa
	Hepatitis B	De recién nacido	Hepatitis B
A los 2 meses	PENTA-VALENTE	Difteria - Tosferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tosferina - Tétanos
		<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo B	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
	Polio	Primera	Poliomielitis
	Rotavirus	Primera	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Primera	Neumonía, otitis y meningitis
A los 4 meses	PENTA-VALENTE	Difteria - Tosferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tosferina - Tétanos
		<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo B	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
	Polio	Segunda	Poliomielitis
	Rotavirus	Segunda	Diarrea por Rotavirus
	Neumococo	Segunda	Neumonía, otitis y meningitis
A los 6 meses	PENTA-VALENTE	Difteria - Tosferina - Tétanos (DPT)	Difteria - Tosferina - Tétanos
		<i>Haemophilus Influenzae</i> tipo B	Meningitis y otras enfermedades causadas por <i>Haemophilus Influenzae</i> tipo b
		Hepatitis B	Hepatitis B
	Polio	Tercera	Poliomielitis
	Influenza estacional*	Primera	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 7 meses	Influenza estacional*	Segunda	Enfermedad respiratoria causada por el virus de la influenza
A los 12 meses	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Única	Sarampión - Rubeola - Paperas
	Fiebre amarilla (FA)	Única	Fiebre amarilla
	Neumococo	Tercera	Neumonía, otitis y meningitis
	Hepatitis A	Única	Hepatitis A
A los 18 meses	Difteria - Tosferina - Tétanos (DPT)	Primer refuerzo	Difteria - Tosferina - Tétanos
	Polio	Primer refuerzo	Poliomielitis
A los 5 años de edad	Difteria - Tosferina - Tétanos (DPT)	Segundo refuerzo	Difteria - Tosferina - Tétanos
	Polio	Segundo refuerzo	Poliomielitis
	Sarampión - Rubeola - Paperas (SRP)	Refuerzo	Sarampión - Rubeola - Paperas
Niñas escolarizadas de cuarto grado de básica primaria que hayan cumplido 9 años	Virus del papiloma humano (VPH)	Primera: fecha elegida	Cáncer de cuello uterino
		Segunda: 6 meses después de la primera dosis	
		Tercera: 60 meses después de la primera dosis	
Mujeres en edad fértil (MEF) entre los 10 y 49 años	Toxide tetánico y diftérico del adulto (Td)	5 dosis: Td1: dosis inicial Td2: al mes de Td1 Td3: a los 6 meses de Td1 Td4: al año de la Td3 Td5: al año de la Td4 Refuerzo cada 10 años	Difteria - Tétanos - Tétanos neonatal

❖ Enfermedades que previenen las vacunas

- ✓ **Tuberculosis:** Es una enfermedad bacteriana.
 - Se contagia a través del aire, cuando la persona infectada tose, estornuda, habla o escupe.
 - Entre los síntomas, se observa que las personas que la padecen se sienten adinámicas (cansancio), pierden peso, tienen fiebre y sudoración nocturna.
 Vacuna: BCG (antituberculosa), la cual ofrece acción cruzada contra la lepra.
- ✓ **Hepatitis B:** Es la irritación o hinchazón (inflamación) del hígado, ocasionada por el virus de la hepatitis B.

- Los síntomas aparecen 6 meses después de que la persona ha sido infectada; las manifestaciones clínicas son: inapetencia (falta de apetito), fatiga, fiebre, dolores musculares y articulares, náuseas, vómito, piel amarilla y orina turbia.
-Vacuna: antihepatitis B.
- ✓ **Hepatitis A:** Es la inflamación del hígado a causa del virus de la hepatitis A, que se encuentra principalmente en las heces fecales y la sangre de una persona infectada, aproximadamente de 15 a 45 días antes que se presenten los síntomas.
-Por lo general las manifestaciones clínicas son leves y comprenden: orina oscura, fatiga, picazón, inapetencia, adinamia, fiebre, náuseas, vómito, heces de color arcilla o pálidas y piel amarilla (ictericia).
-Vacuna: antihepatitis A.
 - ✓ **Difteria:** Es una enfermedad bacteriana que afecta la nariz y la garganta, y se contagia a través de las gotas que expulsa la persona infectada o la que porta la bacteria por la tos o los estornudos.
-Los factores de riesgo son el hacinamiento, el déficit de higiene y la falta de vacunación.
-Entre la sintomatología, la persona presenta secreción nasal acuosa y con sangre, problemas respiratorios, escalofríos, tos perruna, babeo, fiebre, ronquera, dolor al deglutir, lesiones de piel y es posible, también, que no se presente ninguna sintomatología.
-Vacuna: DPT, que se presenta en forma combinada (difteria, tosferina y tétanos).
 - ✓ **Tos ferina:** También llamada tos convulsa, es una infección de las vías respiratorias altas causada por la bacteria Bordetella pertussis, es una enfermedad grave y altamente contagiosa que se transmite a través de las gotas que contienen la bacteria y son expulsadas al aire.
-Respecto al cuadro clínico, las personas presentan episodios graves de tos que a menudo, sobre todo en los niños, termina con un estertor, que es el sonido que se produce cuando la persona trata de tomar aire;
-La tos puede llevar al vómito, y en los bebés pueden presentarse episodios de asfixia, flujo o emisión abundante de líquido por la nariz (rinorrea), fiebre y diarrea.
-Vacuna: DPT.
 - ✓ **Tétanos:** Enfermedad bacteriana que afecta el sistema nervioso, generando contracciones musculares. El bacilo anaerobio que causa la enfermedad es el Clostridium tetani.
-Los síntomas son, con frecuencia, espasmos musculares en cara (mandíbula), tórax, cuello, manos, pies, espalda y abdomen; babeo, sudoración profusa, fiebre, irritabilidad, dificultad para deglutir, aumento de la frecuencia de la orina y deposiciones.
-Vacuna: DPT.
 - ✓ **Meningitis:** Infección bacteriana de las membranas que recubren el cerebro y la médula espinal, Se constituye en un cuadro patológico grave que puede conllevar a la muerte o daño cerebral.
-Los síntomas relacionados con esta enfermedad son: fiebre y escalofríos, cambios en el estado mental, irritabilidad, sensibilidad a la luz (fotofobia), dolor de cabeza intenso, fontanelas abultadas, agitación, disminución del estado de conciencia, respiración rápida, postura inusual (con la cabeza y el cuello arqueados hacia atrás). -Vacunas: Haemophilus influenzae tipo b y neumococo.
 - ✓ **Diarrea por rotavirus:** Los niños o niñas infectados por el rotavirus pueden presentar infecciones respiratorias altas (aunque no en todos los casos), tos, fiebre y deposiciones continuas, es una infección grave que conlleva complicaciones tales como deshidratación y desnutrición. El virus se trasmite de persona a persona por la ruta fecal-oral.
-Vacuna: rotavirus.

- ✓ **Poliomielitis:** Es una patología producida por el poliovirus, que afecta los nervios y causa parálisis total o parcial.
 - El ciclo de contagio es el siguiente: el virus entra por la boca y la nariz, se multiplica en vía la respiratoria alta y en el tubo digestivo para luego distribuirse a través de la sangre y el tejido linfático.
 - El principal cuadro clínico es malestar general, irritabilidad, rigidez muscular, dolor de cabeza, garganta enrojecida, fiebre leve, dolor de garganta, vómito, sensibilidad muscular y espasmos en cualquier área del cuerpo, dolor o rigidez en la espalda, brazos, piernas y abdomen, es de anotar que el principal sistema afectado es el nervioso central.
 - Vacuna: antipolio.

- ✓ **Neumonía:** Es la principal causa de mortalidad infantil a nivel mundial y puede estar causada por virus, bacterias u hongos. Es un tipo de infección respiratoria aguda que afecta a los pulmones y puede propagarse por vía aérea y por medio de la sangre.
 - Las sintomatologías viral y bacteriana son muy similares y se caracterizan por respiración rápida y dificultosa, tos, fiebre, escalofríos, pérdida de apetito y sibilancia (más común en infección viral). En casos graves: tiraje subcostal (depresión o retracción de la parte inferior del tórax durante la inspiración); en lactantes muy enfermos se puede presentar pérdida de consciencia, hipotermia y convulsiones.
 - Vacuna: neumococo y Haemophilus influenzae tipo b.

- ✓ **Influenza:** Es un estado patológico altamente contagioso producido por los virus A, B y C de la influenza. Puede presentar complicaciones como la neumonía, estados asmáticos, sinusitis y otitis media.
 - La sintomatología clínica se relaciona con fiebre, dolor de cabeza, dolor muscular intenso, tos seca, ardor o dolor de garganta, congestión nasal, náuseas, vómito y diarrea.
 - Vacuna: influenza.

- ✓ **Sarampión:** Enfermedad altamente contagiosa causada por un virus. Se puede propagar por contacto con gotitas provenientes de la nariz, boca o garganta de una persona infectada.
 - La sintomatología se manifiesta luego de 8 a 12 días de exposición al virus, y se manifiesta con ojos sanguinolentos, tos, fiebre, sensibilidad a la luz, dolor muscular, un brote que comienza en la cabeza y se extiende a otras partes del cuerpo, rinorrea, dolor de garganta y diminutas manchas blancas dentro de la boca.
 - Vacuna: antisarampión.

- ✓ **Rubeola:** Infección vírica contagiosa
 - La sintomatología clínica leve, incluye dolor articular, erupción cutánea, otitis, enrojecimiento de los ojos, dolor de garganta, inflamación dolorosa de ganglios alrededor de la nuca y en la región posterior de las orejas. Es una infección muy grave para las mujeres embarazadas.
 - El medio de transmisión es por vía aérea a través de estornudos, tos o por el contacto con superficies contaminadas.
 - Vacuna: triple viral, sarampión y rubeola.

- ✓ **Paperas:** Enfermedad contagiosa causada por un virus, que se caracteriza por la inflamación dolorosa de las glándulas salivales. El tiempo de incubación es de 12 a 24 días y puede infectar el sistema nervioso central, el páncreas y los testículos.
 - Los síntomas relevantes para esta patología son: dolor facial, fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, inflamación de las sienes y la mandíbula; en los hombres: dolor testicular e inflamación del escroto.
 - Vacuna: triple viral.

- ✓ **Fiebre amarilla:** Es una enfermedad viral de rápida evolución que se transmite por la picadura de un mosquito infectado, de la especie *Aedes aegypti*.
 - Los síntomas se presentan entre 3 y 6 días después de la picadura, entre las manifestaciones clínicas, en la etapa inicial, se puede presentar dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, fiebre, vómito, coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia) y pérdida del apetito; en la fase tóxica la persona puede presentar disfunción cardíaca, hemorragias, cefaleas, anuria, escalofríos, delirio, cara, lengua y ojos rojos, vómito con sangre, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, convulsiones y coma.
 - Vacuna: fiebre amarilla.

- ✓ **Tétanos neonatal:** Enfermedad aguda del recién nacido que se presenta entre el nacimiento y los veintiocho días de edad,
 - caracterizada por espasmos generalizados que se inician con dificultad para la succión, inquietud, irritabilidad, rigidez muscular y convulsiones tónicas que se desencadenan cuando se estimula al niño, algunos pacientes pueden presentar fiebre, la contractura de los músculos abdominales, de la boca (trismo) y la risa sardónica son características de esta dolencia.
 - En Colombia se aplica la vacuna en las mujeres en edad fértil, entre los 10 y 49 años. -La protección de la vacuna se obtiene por la transferencia de anticuerpos maternos que contienen la antitoxina tetánica tipo Ig G y que entran en el torrente sanguíneo del feto.
 - Vacuna: Td.

- ✓ **Virus del papiloma humano (VPH):** Usualmente no presenta síntomas, a menos que sea del tipo que causa verrugas genitales que aparecen varias semanas o meses después del contacto con un hombre que tenga el virus. Por lo general, las verrugas son pequeñas protuberancias o grupos de protuberancias en el área genital, pueden ser pequeñas o grandes, planas o prominentes, o tener forma de coliflor. Si no son tratadas, pueden aumentar en tamaño o en número, rara vez estas verrugas se convierten en cáncer; la mayoría de las mujeres que están infectadas por el virus no lo sabe porque no presentan síntomas, ya que su sistema inmunológico inactiva el virus en un 90% de los casos aproximadamente, en el transcurso de 2 años.
 - Algunas veces, las infecciones con el VPH no son eliminadas y pueden causar cambios celulares que con el transcurso del tiempo pueden derivar en cáncer.
 - Vacuna: contra el virus del papiloma humano.

❖ ¿Qué es un brote?

Se entiende por brote, el aumento inusitado en el número de casos de una enfermedad o daño específico, los cuales se encuentran relacionados entre sí, en tiempo, lugar y persona.

❖ Evento

Conjunto de sucesos que pueden modificar o afectar la situación de salud de una comunidad.

❖ Notificación

Procedimiento por el cual la comunidad, individuos o la unidad de servicio comunican a la autoridad sanitaria la presencia de factores de riesgo o eventos en salud que alteran la cotidianidad y que implican riesgo para la salud humana.

EVENTOS EN SALUD PÚBLICA QUE PUEDEN CAUSAR BROTES O EPIDEMIAS

Las enfermedades que se presentan a continuación, ya fueron descritas anteriormente en las enfermedades inmunoprevenibles por lo que a continuación se describe cómo prevenirlas, como cuidar a los niños en la casa y qué hacer cuando se presenta un brote en el HCB.

✓ **Hepatitis A**

❖ **Cómo se previene:**

A nivel individual:

- Lavarse las manos frecuentemente con agua y jabón, especialmente luego de usar el baño o cambiar de pañales, y antes de preparar la comida o comer.
- En caso de ser diagnosticada la Hepatitis A se debe permanecer en aislamiento en casa, en lo posible utilizando una batería sanitaria de manera exclusiva por el enfermo.

A nivel colectivo:

- Hábitos de higiene personal, lavado de manos, medidas de eliminación de las heces como de la orina. • Medidas que reduzcan al mínimo la posibilidad de transmisión fecal-oral, tal como el lavado de manos con agua y jabón luego del cambio de pañal, después de usar el baño y antes de comer.
- Vacunarse contra la hepatitis A es la mejor medida para prevenir la enfermedad.

❖ **Cómo cuidar el niño en casa**

- Evitar el consumo de alimentos grasos
- Designar vajilla y cubiertos específicos para la alimentación el enfermo (lavar y hervir)
- Reposo en cama.
- Intensificar el lavado de manos

✓ **Sarampión**

❖ **Vacunación – Prevención**

La vacuna está contemplada dentro del esquema básico de vacunación definido para Colombia. Su aplicación es completamente gratuita para la población infantil. Se aplica la vacuna y su refuerzo, las cuales están incluidas en la vacuna triple viral que se aplica al año con un refuerzo a los cinco años.

✓ **Rubeola**

❖ **Vacunación- Prevención**

La prevención se basa primordialmente en la vacunación. La vacuna contra la rubéola generalmente se aplica en combinación con la vacuna contra el sarampión y las paperas, cuando el niño o la niña cumple el año de edad y después un refuerzo a los 5 años de edad. Se debe asegurar que toda la población en especial las mujeres en edad fértil, estén vacunadas contra la Rubéola.

✓ **Paperas o parotiditis**

❖ **Vacunación- Prevención**

❖ Cómo cuidar el niño en casa

- Llevar al médico para tratamiento de la fiebre y otros síntomas.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- Usar ropa de algodón con mangas largas.
- No automedicar.
- Se aíslan, es decir, se quedan en casa. Este aislamiento se da por dos razones: la primera, para no infectar a otras personas, es decir, hasta cuando todas las lesiones de la piel tengan costras; y la segunda, porque la varicela baja las defensas, por lo que se puede infectar de otra cosa.
- Baño diario, corto con agua tibia, secar apoyando la toalla.
- En caso de vesículas en la boca, abundantes líquidos fríos, alimentos blandos no ácidos.

✓ Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA)

Son enfermedades de origen alimentario producidas por el consumo accidental, incidental o intencional de alimentos y/o agua contaminados en cantidades suficientes con agentes químicos o microbiológicos, debido a malas prácticas higiénicas en el proceso de elaboración, manipulación, conservación, transporte, distribución y/o comercialización de los alimentos y agua. No incluye las reacciones alérgicas por ingesta de alimentos.

Es importante diferenciar las infecciones alimentarias de las intoxicaciones alimentarias:

-Infecciones alimentarias: Son las ETA producidas por la ingestión de alimentos y/o agua contaminados con agentes infecciosos específicos tales como bacterias, virus, hongos, parásitos.

-Intoxicaciones alimentarias: Son las ETA producidas por la ingestión de alimentos y/o agua contaminados con cantidades suficientes de toxinas elaboradas por proliferación bacteriana o con agentes químicos (metales pesados y otros compuestos orgánicos) que se incorporan a ellos de modo accidental, incidental o intencional, en cualquier momento desde su producción hasta su consumo.

❖ Cómo se manifiestan las ETA

La enfermedad aguda se caracteriza por presencia súbita o temprana de vómito, diarrea, dolor de estómago, dolor de cabeza, algunas veces reacciones alérgicas, deshidratación y otras complicaciones que pueden generar incluso la muerte, todo esto asociado al consumo reciente de un alimento y/o agua. Se presenta generalmente en las infecciones alimentarias.

La enfermedad crónica, se presenta generalmente por el consumo de alimentos contaminados con sustancias químicas y depende de la concentración del agente causante, la manipulación, la duración de la exposición a la sustancia y las características de la persona. El periodo de aparición de los síntomas generalmente es muy corto. Se caracteriza porque además de los síntomas que se presentan en el cuadro agudo, puede aparecer vértigo, sudoración abundante, asfixia, poca coordinación de los movimientos y a veces convulsiones debido a que puede atacar el sistema nervioso.

❖ Cuándo se determina que hay un brote de ETA

Se define como brote cuando dos o más personas presentan un cuadro clínico compatible con una ETA, después de ingerir alimentos y/o agua del mismo origen y donde la evidencia epidemiológica o el análisis de laboratorio implican a los alimentos y/o el agua como vehículo de la misma.

ACCIONES PARA LA IDENTIFICACIÓN Y NOTIFICACIÓN DE UNA ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE O UN BROTE

- ❖ Identificar los casos en la fase inicial: Para lo que se requiere que los, padres de familia, cuidadores y madres comunitarias cuenten con la información y entrenamiento necesario para detectar cuándo se está presentando un caso en los niños y niñas.
- ❖ Acciones Individuales:
 - ✓ Todo caso relacionado con una enfermedad inmunoprevenibles o un brote debe recibir atención médica, en la cual se le debe definir tratamiento, incapacidad, recomendaciones para el cuidado en casa y explicación de signos de alarma por los cuales deba nuevamente ir a consulta
 - ✓ NO recibir en la UDS ningún niño o niña que haya sufrido el evento sin concepto médico.
- ❖ Acciones Colectivas:
 - ✓ Notificación al referente de epidemiología de la localidad: En caso que el porcentaje de afectados sea mayor al 10%, se debe notificar a la autoridad sanitaria Local, la cual será la encargada de definir de acuerdo a los hallazgos de la Investigación Epidemiológica de Campo las medidas preventivas a realizar.
 - ✓ Seguir las medidas recomendadas por el personal de salud.
 - ✓ Mejorar las medidas higiénicas del HCB

En cuanto a las enfermedades transmitidas por alimentos se debe:

- Notificar inmediatamente a la autoridad sanitaria
- Iniciar el manejo de acuerdo a las recomendaciones para enfermedad diarreica.
- Identificar a la totalidad de las personas que pueden estar afectadas.
- Guardar los alimentos que posiblemente se encuentran involucrados en el brote en un recipiente limpio y en la nevera hasta que la autoridad sanitaria llegue el establecimiento.
- Seguir las recomendaciones dadas por la unidad de salud que realice la visita de inspección.

SUBTEMA: ESTANDARIZACIÓN DE PORCIONES SERVIDAS.

ESTRATEGIAS

- ❖ Tarjetas de invitación.
- ❖ Taller de estandarización de porciones
- ❖ Relaciones interpersonales
- ❖ Salidas de campo.
- ❖ Asesorías

POBLACIÓN OBJETO: Madres comunitarias de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta tres.

LUGAR: UDS El principito.

HORA Y FECHA: 3:00pm - 16 de noviembre del 2018.

RECURSOS

Recursos humano:

- ❖ Madres comunitarias de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta tres.
- ❖ Docentes supervisora Andreina Vega Mendoza.

Recursos materiales: Utensilios (cucharas, cucharones, vasos). Alimentos, lista de asistencia, formato de acta, pre y pos- tes, lapiceros, Formatos tabla control de porciones para alimentos servidos, minuta patrón, ciclo de menus, marcador permanente, indumentaria para manipulación de alimentos, balanza pesa alimentos, vaso medidor.

Recursos equipos: Cámara fotográfica.

Recurso Físico: UDS el principito.

METODOLOGÍA:

1. Se realizara la convocatoria de las madres comunitarias para el desarrollo de la actividad por medio de una tarjeta de invitación. (Anexo 7.) y se les solicitará a las madres comunitarias que lleven los utensilios (cucharas, cucharones, vasos) utilizados en el servido de los alimentos, que lleven delantal, cofia, tapabocas y guantes. Además se concertará con las madres comunitarias una lista de alimentos que hagan parte del ciclo de menú que serán llevados por ellas para el desarrollo del taller, para lo cual ellas podrán distribuirse para que cada una lleve un alimento.
2. Para el desarrollo de la actividad se da inicio con el saludo inicial y se procederá a realizar un pre-tes sobre la temática a abordar (Anexo 8.)
3. Seguidamente se realizará una breve introducción sobre el tema y entregará a cada madre comunitaria un formato "Tabla control de porciones para alimentos servidos" del ICBF (Anexo 9.), y se les explicará que cada una debe llenar el formato con los datos obtenidos para cada porción estandarizada de los diferentes grupos de alimentos.
4. se definirá el instrumento porcionador, con el que se realizará el servido de la preparación o alimento.
5. Si la preparación es en masa se colocará el instrumento elegido en la balanza pesa alimentos y se dará la opción tara; seguidamente se llenará con el alimento seleccionado hasta obtener la masa requerida según lo definido en la minuta patrón; si la capacidad máxima del instrumento es superior a la masa del alimento requerida, se marcará el instrumento porcionador con el nivel al cual se debe servir cada porción, por grupo de edad; la marca que define el tamaño de la porción en el instrumento estandarizado debe ser permanente, visible e identificable por parte de las madres

comunitarias. Los datos que se obtengan deben ser diligenciados en el formato por las madres que utilicen el instrumento al cual se realizó la estandarización.

6. Si la preparación es en volumen se llenará el alimento seleccionado en un vaso medidor hasta obtener el volumen requerido, seguidamente se pasará el alimento al instrumento elegido, si la capacidad máxima del instrumento es superior al volumen del alimento requerido, se marcará el instrumento porcionador con el nivel al cual se debe servir cada porción, por grupo de edad; la marca que define el tamaño de la porción en el instrumento estandarizado debe ser permanente, visible e identificable por parte de las madres comunitarias.
7. Si la preparación es en masa compacta (papa, plátano, pan, arepa, queso) se pesará el alimento hasta obtener la masa requerida, el tamaño de la porción obtenida se dejará de referencia para el servido, para lo cual se tomará una foto del tamaño del alimento y establecerá la medida casera.
8. Si la preparación son carnes rojas o pollo se tendrá en cuenta el factor de conversión del alimento de crudo a cocido y la estandarización se realizará pesando el alimento en crudo hasta obtener el peso bruto, la porción obtenida se dejará de referencia para porcionar el alimento en crudo, para lo cual se tomará una foto del tamaño del alimento y establecerá la medida casera.
9. Cuando se hallan estandarizado todas las porciones de los diferentes grupos de alimentos se procederá a realizar el pos-tes, y se finalizará la jornada con los agradecimientos a las madres comunitarias por su participación.

MARCO TEÓRICO

❖ Estandarización de Porciones servidas

Estandarizar porciones es fijar la cantidad exacta que se va a servir de un alimento o preparación, bien sea en peso, tamaño y/o volumen, para poder entregar a los usuarios del servicio de alimentación la cantidad de alimentos necesarios para cubrir las recomendaciones de energía y nutrientes definidas en la minuta patrón (promedio semanal).

La estandarización de porciones permite al nutricionista, al supervisor y al manipulador de alimentos, garantizar que, indistintamente de quien realice el servido, el producto final será del tamaño establecido en la minuta patrón.

❖ Aplicabilidad de los resultados de los talleres de estandarización

En la operación, los resultados de los talleres de estandarización de preparaciones y porciones permiten homogenizar la presentación de los platos que serán consumidos por los beneficiarios de programas ICBF.

Los errores máximos permitidos para el peso neto es 10% por encima y 0% por debajo de los valores establecidos en la minuta patrón, es decir el peso nunca puede estar por debajo del establecido en la minuta.

La tabla de porciones ofrece evidencia que soporta los ajustes en cantidad de alimento servido y unidad casera; es una forma de transmitir a todo el personal del servicio de alimentación, empleados y beneficiarios, la importancia de la estandarización como paso final para la implementación y cumplimiento de la minuta patrón.

Ubicar las tablas de porciones en un lugar visible en el sitio de servido de alimentos y mantener los instrumentos para el servido disponibles en todo momento, permite y promueve la actividad por parte de los manipuladores de alimentos y la verificación por parte de los funcionarios supervisores. La

documentación de los talleres de estandarización, permite a la supervisión ICBF verificar el cumplimiento en el servido de las porciones

Control de costos. Por ejemplo, si el tamaño de la porción de carne establecido es de 100 gramos en crudo, pero realmente se sirven porciones de 125 gramos, los gramos servidos de más por cada usuario representan un sobre costo al operador y, en consecuencia, desaprovechamiento de los recursos.

Control de cantidades servidas. Por ejemplo, si la receta está calculada para servir 100 porciones de una unidad de un producto, pero realmente se sirven dos unidades, sólo alcanzará para 50 usuarios.

Desarrollar la habilidad en los manipuladores de alimentos para identificar tamaños de los alimentos que se ajusten al peso de servido.

Seguridad del personal manipulador de alimentos al momento de servir. Si los empleados saben exactamente cuánto deben preparar y servir, trabajarán con más confianza y agilidad.

Satisfacción de los usuarios. Si las cantidades de las porciones son uniformes, los usuarios estarán satisfechos y se reducen las quejas contra el servicio.

Información de apoyo en la estandarización, por alimentos

Carnes y pollo

Las porciones de carne de res, cerdo, pollo, hígado, etc., deben definirse en crudo (peso neto) de acuerdo con lo establecido en minuta patrón por grupo de edad. Para la determinación de la masa de la porción en cocido, es importante considerar:

En la carne de res el factor de conversión de crudo a cocido, para todos los métodos de cocción, en todos los cortes de carne, es de 0.6415, con excepción de la carne molida que es de 0.7516. Es decir, en una porción neta en crudo de 50 gramos, el peso en cocido, una vez se aplica el factor de conversión, es de 32 gramos ($50 \text{ g} \times 0.64 = 32 \text{ g}$).

Para el pollo el factor de conversión de crudo a cocido, para todos los métodos de cocción, es de 0.8017 para pechuga. Es decir, en una porción neta en crudo de 60 gramos de pechuga (sin hueso), el peso en cocido, una vez se aplica el factor de conversión, es de 48 gramos ($60 \text{ g} \times 0.8 = 48 \text{ g}$).

Ante estas consideraciones, es necesario que el manipulador de alimentos desarrolle la destreza para definir el tamaño de la porción de la carne o pollo en crudo, apoyado en la balanza para pesar alimentos o, en su defecto, se solicite al proveedor el número de las porciones necesarias con el peso definido en crudo, para cada grupo de edad.

Tubérculos, raíces y plátanos

Para alimentos como yuca, papa, ñame, plátano, etc., que tienen factores de conversión de crudo a cocido de 0.99, que no pueden ser entregados por instrumento porcionador estandarizado, se determinarán las presentaciones finales (unidad, tamaño, trozos, etc.) desde los talleres de estandarización.

Frutas

Las frutas enteras de mano como banano, mandarina, manzana, pera, durazno, etc., deben entregarse por peso bruto, asegurando dar cumplimiento al peso neto establecido en minuta patrón por grupo de edad.



Para la determinación del peso bruto, es importante considerar el factor de corrección que se deriva de la Tabla de Composición de Alimentos Colombianos, aplicando las siguientes fórmulas:

Factor de corrección = $100/\text{Parte comestible}$
Peso bruto = $\text{Peso neto} \times \text{Factor de Corrección}$

Ejemplo: Mandarina parte comestible 70%;
 $FC = 100/70 = 1.43$. Peso neto en Minuta Patrón: 112 g
Peso Bruto Mandarina = $112 \times 1.43 = 160$ g

Para frutas como papaya, piña, melón, etc., donde la porción servida se entrega sin cáscara o pepas, o con la fruta utilizada para jugo, deberá darse cumplimiento al peso neto establecido en la minuta patrón por grupo de edad.

Ejemplo: Melón parte comestible 50%;
 $FC = 100/50 = 2$
- Peso Servido en Minuta Patrón: 112 g
Peso Bruto Melón = $112 \times 2 = 224$ g
- Peso para preparar jugo: 40 g
Peso Bruto Melón = $40 \times 2 = 80$ g

SUBTEMA: TECNICA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

ESTRATEGIAS

- ❖ Tarjetas de invitación.
- ❖ Taller de técnica de medidas antropométricas
- ❖ Juego quien quiere ser millonario
- ❖ Relaciones interpersonales
- ❖ Salidas de campo.

POBLACIÓN OBJETO: Madres comunitarias de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta tres.

LUGAR: UDS El Principito.

HORA Y FECHA: 3:00pm 19 de noviembre del 2018.

RECURSOS

Recursos humano:

- ❖ Madres comunitarias de la asociación San Martín del centro zonal Cúcuta tres.
- ❖ Docentes supervisora Andreina Vega Mendoza.

Recursos materiales: lista de asistencias, actas de reunión, listas de chequeo, lapiceros, frutas.

Recursos equipos: Cámara fotográfica, tallimetro, báscula.

Recurso Físico: UDS el principito.

RESPONSABLES: Nutricionista Dietista en formación Ximena Sarasty Ordoñez.

1. Se realizara la convocatoria de las madres comunitarias para el desarrollo de la actividad por medio de una tarjeta de invitación, (Anexo 10.) se los solicitara a las madre comunitarias que lleven copia del formato de captura de datos antropométricos.
2. Para el desarrollo de la actividad se da inicio con el saludo inicial y se procederá a realizar un pre-tes sobre la temática a abordar (Anexo 11.)
3. Seguidamente se realizará una breve introducción sobre el tema y se pedirá a las madre comunitarias que formen parejas, se les solicitara que realicen la técnica para toma de peso y talla desde la adecuación del espacio físico con los equipos antropométricos hasta el registro en el formato captura de datos antropométricos; para lo cual 5 parejas realizar la técnica de peso y 5 parejas la de talla.
4. La Nutricionista Dietista en formación contará con una lista de chequeo con cada paso que se debe realizar según lo establecido por la resolución 2465 del 2016 y la guía de metrología del ICBF y verificará si se desarrollan adecuadamente.
5. Luego de que todas las parejas realicen la demostración, se hará la demostración con la descripción de la técnica para peso y talla con la ayuda de una madre comunitaria, seguidamente se seleccionará a una pareja al azar para identificar si comprendieron la técnica.
6. Posteriormente se observará el formato de captura de datos antropométricos suministrado
7. para la actividad, identificando si hay errores en su diligenciamiento, por lo que se explicara la forma en que debe ser diligenciado, además se observará los formatos de cada UDS para verificar su diligenciamiento o que deben modificar.
8. Para finalizar la actividad se entregará el pos-tes y se dará como refrigerio yogurt con granola.

MARCO TEORICO

❖ Condiciones de uso de los instrumentos para la medición

Para el uso de la balanza pesa-personas o balanza pesa-bebés, se debe:

- ✓ Seguir las instrucciones del fabricante, para armar, instalar o ubicar el instrumento correctamente.
- ✓ Ubicar y almacenar en un sitio nivelado, firme, sin vibraciones, preferiblemente permanente para evitar su traslado; al mantener estas condiciones se busca asegurar la confianza de los resultados de las mediciones y mantener el estado de la calibración.
- ✓ El sitio elegido para su ubicación debe ser seco, sin exposición a la radiación solar, a las fluctuaciones de temperaturas y a las corrientes de aire.
- ✓ Antes de la puesta en funcionamiento de la balanza, se sugiere encenderla con mínimo 10 minutos de antelación a su uso, para asegurar su correcto funcionamiento.
- ✓ Evitar someter la balanza a movimientos bruscos (caídas, golpes, que le caiga peso de manera brusca o permanente –por saltos de personas, acomodación de libros, etc.).
- ✓ Después de cada uso, limpiar suavemente con agua y jabón y desinfectar con un paño humedecido en la solución permitida por el fabricante. Secar completamente.
- ✓ Retirar las baterías cuando la balanza no esté en uso y en el momento de la limpieza y desinfección. (En caso que requiera de baterías).
- ✓ Si el uso es ocasional, mantener la balanza en su empaque original.
- ✓ Evitar poner la balanza boca-abajo. Para cambio de baterías, ubicar de lado.
- ✓ Para transportar la balanza, hacerlo en su empaque original teniendo precaución con las piezas desarmables.
- ✓ Revisar la fecha de la última verificación y el resultado de la misma, para establecer la necesidad de verificar, calibrar, ajustar o utilizar otro equipo de medición, antes de proceder.
- ✓ Se recomienda disponer de plantillas removibles, las cuales se utiliza para ubicar los pies las personas que serán pesadas.

❖ ¿Cómo se hace la medición?

En términos generales y para todos los casos:

- ✓ El lugar que se escoja para realizar las mediciones debe ser amplio, iluminado y limpio, seco, sin exposición a radiación solar y corrientes de aire, seguro y privado.
- ✓ Es importante que los equipos estén en superficies planas, para no alterar el funcionamiento de los equipos y por tanto de los resultados (INNSZ, 2004).
- ✓ Evitar que los instrumentos estén expuestos a radiación solar directa.
- ✓ La toma de medidas antropométricas debe hacerla un grupo de personas capacitadas para tal fin, ya que se requiere un alto nivel de confiabilidad y validez de los datos obtenidos de éstas mediciones (calidad en la técnica, lectura y registro).

Técnica de peso de niños y niñas menores de 2 años

- ✓ Asegurarse que la pesabebé se encuentre en una superficie lisa, horizontal y plana.
- ✓ Verificar que el equipo esté calibrado en cero (0).
- ✓ Con la ayuda de la acompañante, desvestir al niño o niña. Si esto no fuera posible por motivos de fuerza mayor (falta de privacidad o frío), se debe pesar al niño con ropa ligera.
- ✓ Colocar al niño o niña en el centro del platillo, canasta, silla o bandeja de la balanza, no debe apoyarse y ninguna parte de su cuerpo debe quedar afuera.

- ✓ Si la balanza es mecánica deben ubicarse las piezas móviles a fin de obtener el peso exacto o si es electrónica o digital simplemente leer el resultado. Para efectos de registro en balanzas mecánicas.

Si NO dispone de pesa bebé:

En este caso es posible utilizar la balanza de pie y solicitar a la madre o el cuidador para que cargue al niño o niña, con el fin de establecer el peso del usuario por diferencia.

- ✓ Colocar la balanza sobre el piso, asegurándose de que esté firme y de que no se va a mover mientras alguien se pare allí.
- ✓ Explicar a la madre o al cuidador que la idea es establecer el peso en la balanza mientras se sostiene al niño en los brazos.
- ✓ Luego pedirle a la madre o cuidador que deje al niño o niña con la menor cantidad de ropa posible. Si se preocupa porque hace frío, puede cubrirlo con una manta mientras se alista la balanza y explica el procedimiento a seguir y la posición en que debe cargar al niño para determinar el peso.
- ✓ Pedirle a la madre o el cuidador que se ponga de pie sobre el centro de la balanza, encima de las plantillas, cargando al niño, sostenido en los brazos, pero sin dejarlo descansar sobre ellos, pegado a su cuerpo y lo más quieto posible. Debe esperarse hasta que los números ya no cambien más.
- ✓ Leer el dato del peso y anotarlo en una hoja en blanco, una vez tenga esta cifra, restarle el valor del peso de la persona que está ayudando y la diferencia es el peso del niño. g) Cuando se dispone de balanza con función de tara, realizar el mismo procedimiento, asegurando de tarar el peso del auxiliar y el valor final corresponde al peso del niño o niña.

Técnica para peso de niños y niñas mayores de 2 años

- ✓ Poner la báscula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que este tarada en cero "0"
- ✓ Solicitar al niño o niña que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible y que esté en posición recta y erguida, y con el menor movimiento posible durante toda la medición.
- ✓ leer el resultado.
- ✓ Anotar el peso exacto en kilogramos.
- ✓ Bajar al niño o niña de la báscula o balanza.
- ✓ Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla.
- ✓ Compararla con la primera medida, si varía en más de lo permitido según la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez, promedie los dos valores que estén dentro de la variabilidad permitida.

Para el uso de infantómetros y tallímetros, se debe:

- ✓ Seguir las instrucciones del fabricante, para armar, instalar o ubicar el instrumento correctamente.
- ✓ Revisar que las uniones estén apretadas y rectas, y que la escala pueda ser perfectamente legible; si la escala es ilegible, debe sustituirse el equipo (OMS, 2006).
- ✓ El sitio elegido para su ubicación debe ser seco, sin exposición a la radiación solar, a las fluctuaciones de temperaturas y a las corrientes de aire.
- ✓ Para tallímetros fijos, verificar que la pared donde se ubicará (consultorios, etc.) no tiene guarda-escobas o ángulos curvos en el vértice de pared-piso.
- ✓ Para infantómetros, verificar que la superficie donde se ubicará es totalmente lisa, plana, sin posibilidad de generar deslizamientos del equipo (para evitar accidentes tanto del instrumento, como del niño que se está midiendo).

- ✓ Evitar someter el infantómetro y el tallímetro a movimientos bruscos (caídas, golpes, etc.).
- ✓ Después de cada uso, limpiar suavemente con agua y jabón y desinfectar con un paño humedecido en la solución permitida por el fabricante (siguiendo los procedimientos incluidos en el manual). Secar completamente.
- ✓ Si el uso es ocasional y el equipo no es fijo, mantener el infantómetro y el tallímetro en su empaque original.
- ✓ Para transportar el infantómetro y el tallímetro, hacerlo en su empaque original teniendo precaución con las piezas desarmables.

¿CÓMO SE HACE LA MEDICIÓN?

- ✓ El lugar que se escoja para realizar las mediciones debe ser amplio, iluminado y limpio, seco, sin exposición a radiación solar y corrientes de aire, seguro y privado.
- ✓ Es importante que los equipos estén en superficies planas (horizontales o verticales), para no alterar los resultados de la medición (INNSZ, 2004).
- ✓ Evitar que los instrumentos estén expuestos a radiación solar directa.
- ✓ La toma de medidas antropométricas debe hacerla un grupo de personas capacitadas para tal fin, ya que se requiere un alto nivel de confiabilidad y validez de los datos obtenidos de éstas mediciones (calidad en la técnica, lectura y registro).
- ✓ Explicar al usuario en qué consiste el procedimiento de toma de talla/longitud; esto disminuirá una posible resistencia, el miedo o la molestia que se le pueda causar. Si un niño está nervioso y llora excesivamente, debe pedirse apoyo a la madre o cuidador antes de continuar con el procedimiento. Es útil practicar con el cuidador o con los niños mayores, generando confianza en los niños pequeños.
- ✓ Evitar utilizar relojes o joyas que pueden interferir con el trabajo y hacerle daño a la población objeto de medición. El esfero utilizado para el registro de los datos, debe mantenerse lejos de la persona a medir, con el fin de evitar accidentes.
- ✓ No subestimar la fuerza y movilidad de los niños, inclusive los más pequeños.
- ✓ Realizar prácticas de uso del equipo, ya que los topes móviles demasiado flojos, permiten inclinarse a los lados, generando el Error de Abbe³².
- ✓ No realizar marcas adicionales en el equipo (esfero, marcador, bisturí, etc.), ya que esto puede alterar la escala del mismo.

Técnica para talla de niños y niñas menores de 2 años

Para menores de dos años, sin importar si el niño o niña ya sostiene en pie, la medición debe hacerse con el niño acostado (posición horizontal) y la medida se denomina LONGITUD, se tomará la longitud con la ayuda de un Infantómetro.

Antes de iniciar, se debe explicar a la madre o acompañante que se va a medir el tamaño del niño o niña y que requiere su colaboración para que el niño o niña se sienta tranquilo y para colocarlo correctamente y mantenerlo en la posición adecuada.

Los pasos a seguir son:

- ✓ Colocar el infantómetro en la posición correcta, horizontal, en una superficie plana y firme para evitar que el niño se caiga (por ejemplo, sobre el suelo, piso o mesa estable).
- ✓ Cubrir el infantómetro con una tela delgada o papel suave por higiene y para la comodidad del niño.
- ✓ Verificar que el niño(a), esté sin zapatos y que en la cabeza no tenga objetos que alteren la medida.

- ✓ Acostar el niño “boca arriba” sobre el cuerpo del infantómetro con la cabeza apoyada en la plataforma fija, colocando la mano izquierda en la parte alta de la espalda con el fin de dar soporte a la cabeza y la mano derecha en los muslos, recostándolo suavemente.
- ✓ En ningún momento dejar al niño solo acostado en el infantómetro.
- ✓ Solicitar a la madre que se coloque detrás de la plataforma fija del infantómetro y que tome la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma, de tal manera que los ojos miren hacia arriba. Sin ejercer mucha presión, trate de mantener la cara del niño recta.
- ✓ Tomar ambas rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave pero firme lo más rápido posible y correr firmemente con la mano derecha la pieza móvil del infantómetro contra la planta de los pies.
- ✓ Estos deben quedar perfectamente rectos sobre la pieza móvil.
- ✓ Verificar que los hombros, espalda, glúteos y talones del niño estén en contacto con el infantómetro y en la parte central del cuerpo del instrumento.
- ✓ Leer rápidamente sin mover al niño, la cifra que marca la pieza móvil. Asegurarse que la lectura se hace en la escala de centímetro.

Técnica para talla de niños y niñas mayores de 2 años

La medición se debe realizar de pie (posición vertical) y la medida se denomina TALLA O ESTATURA, la cual se tomará con un tallímetro.

Se debe tener en cuenta que el tallímetro esté ubicado verticalmente; revisar los siguientes pasos:

- ✓ Poner el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda-escobas. Es importante que en la base estén dibujadas las plantillas o huellas de los pies para indicar mejor la posición en donde debe quedar el niño o niña.
- ✓ Ubicar al niño o niña contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas. Pueden presentarse usuarios que probablemente no pueden juntar totalmente los pies.
- ✓ Verificar que no haya adornos puestos en la cabeza ni zapatos.
- ✓ Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco y los hombros y espalda toquen la tabla vertical.
- ✓ Los talones no deben estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos. La madre o acompañante debe sostener y presionar suavemente con una mano las rodillas y con la otra los tobillos contra la tabla vertical.
- ✓ Solicitar al niño o niña que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros. Con la mano derecha deslizar la pieza móvil hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoye suavemente sobre esta. Cuidar que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.
- ✓ Una vez la posición del niño o niña esté correcta, leer rápidamente el valor que marca la pieza móvil ubicándose frente a ella
- ✓ Retirar la pieza móvil de la cabeza del niño y la mano del mentón.
- ✓ Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm., medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm.
- ✓ Para que la toma de medidas se lleve a cabo con la mejor aplicación de la técnica requerida, se recomienda que el responsable de la valoración, cuente con la colaboración de un auxiliar de toma de medidas.



BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Lineamiento técnico para la atención a la primera infancia*. p. 8.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Manual operativo de la modalidad comunitaria para la atención a la primera infancia*. pp. 89-96.
- Ministerio de protección social (2010). Guía para madres comunitarias, *Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI*. P24-31
- Ministerio de salud y protección social & Instituto Nacional de Salud. (2014). *Instructivo de atención epidemiológica de brotes de enfermedades inmunoprevenibles*. p 3-5
- Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura (2018). *Día Mundial de la Alimentación*. Recuperado de: <http://www.fao.org/world-food-day/theme/es/>.
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *Evaluación y Seguimiento al Estado Nutricional*. P1-6

ANEXOS



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

Anexo 1. Modelo de invitación para las madres comunitarias de la asociación San Martín a la jornada de cualificación de Enfermedades Prevalentes de la infancia y Enfermedades Immunoprevenibles.



Anexo 2. Modelo de pre-tes y pos-tes para Enfermedades Prevalentes de la infancia.

Tema: Enfermedades Prevalentes de la Infancia

Fecha: _____

PRE-TEST	X
POS-TEST	

Marque con una X la opción de respuesta correcta

- ¿Qué son las Enfermedades Prevalentes de la Infancia?
 - Enfermedades que se producen en una fase de exploración del mundo que rodea a los niños.
 - Enfermedades que se producen en la infancia por ser una etapa donde el estado inmunológico es más vulnerable.
 - Todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores.
- ¿Cuáles son Enfermedades Prevalentes de la Infancia?
 - Enfermedad Respiratoria Aguda.
 - Enfermedad Diarreica Aguda.
 - Neumonía
 - Influenza.
 - Todas las anteriores
 - Solo la a y b son correctas.
- ¿Cuál es el significado de la sigla AIEPI?
 - Articulación Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
 - Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.
 - Atención Integral en Eventos de Prevalencia en la infancia.
 - Atención Integrada a las Enfermedades de la Primera Infancia.
- ¿Cuáles prácticas se promueven en las familias para el cuidado cotidiano de los niños?
 - Prácticas para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño.
 - Prácticas para prevenir las enfermedades.
 - Prácticas para buscar atención fuera del hogar.
 - Prácticas para los cuidados en el hogar.
 - Todas las anteriores
 - Solo a y c son correctas.

Logos: Universidad de Pamplona, Bienestar Familiar.

Anexo 3. Presentación formal con diapositivas sobre enfermedades prevalentes en la infancia

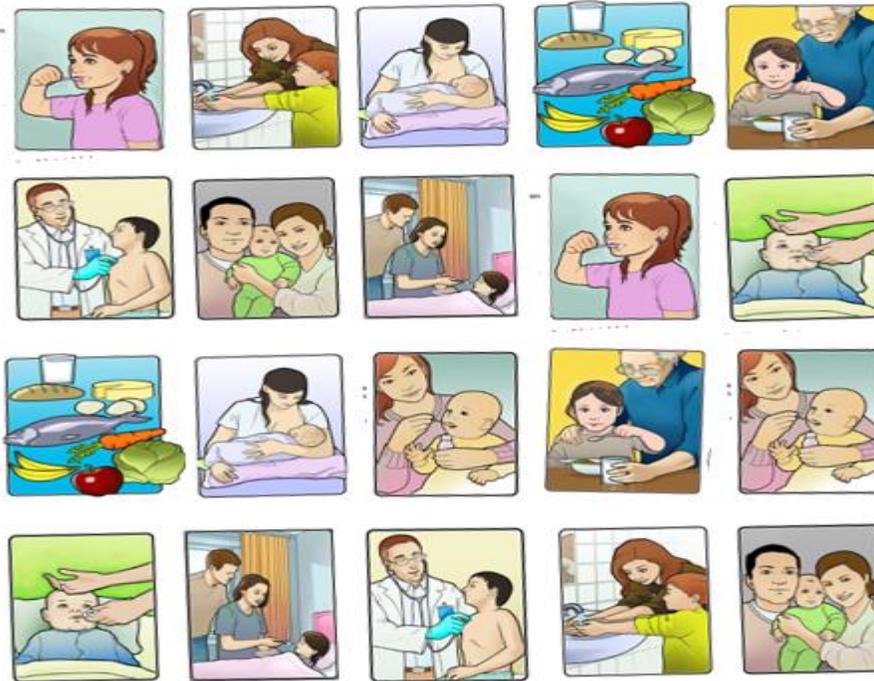


UNIVERSIDAD DE **PAMPLONA**
 Formando líderes para la construcción
 de un nuevo país en paz

ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA

Ximena Sarasty Ordoñez
Nutricionista Dietista en formación

Anexo 4. Modelo del juego concéntrase.





Anexo 5. Presentación formal del tema enfermedades inmunoprevenibles y brotes



Anexo 6. Protocolo de aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles.



Anexo 7. Modelo de invitación para las madres comunitarias de la asociación San Martín a el taller de estandarización de porciones

La estudiante de Práctica Campos de Acción Profesional de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona, se complace en invitarle a participar de:

TALLER DE ESTANDARIZACIÓN DE PORCIONES SERVIDAS

Día: Viernes 16 de Noviembre.
 Lugar: UDS El Principito.
 Hora: 3:00pm.

¡Ven, acompáñanos, disfruta y aprende!

Anexo 8. Modelo de pre-tes y pos-tes para taller de estandarización de porciones

Tema: Estandarización de Porciones servidas

Fecha: _____

PRE-TEST	X
POS-TEST	

Marque con una X la opción de respuesta correcta

- ¿Qué debe tener en cuenta para estandarizar la porción servida de un alimento?
 - La unidad de medida (g / cc)
 - El grupo de alimentos
 - la edad de los beneficiarios a quien va dirigido
 - Todas las anteriores
 - Solo a y c son correctas
- ¿Cuál o cuáles preparaciones **No** pueden ser servidas por un instrumento porcionador estandarizado?
 - Sopa
 - Papa
 - Queso
 - Plátano
 - Todas las anteriores
 - Todas excepto la a
- ¿Cuál o cuáles preparaciones, se debe estandarizar la porción en crudo?
 - Pollo
 - Carnes rojas
 - Leguminosas
 - Todas las anteriores
 - Solo a y b son correctas.
- ¿En qué casos se deben marcar los instrumentos porcionadores?
 - Para marcar las preparaciones a servir.
 - Para marcar el nivel al cual se deben servir las porciones
 - Todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores



Anexo 9. Formato, tabla control de porciones de alimentos servidos.

GRUPO DE ALIMENTOS	IDENTIFICACION	INSTRUMENTO MEDIDOR (Referencia)	GRUPO DE EDAD (4-5)		GRUPO DE EDAD (1-3)		GRUPO DE EDAD ()	
			CANTIDAD SERVIDA (g / cc)	MEDIDA ESTANDARIZADA	CANTIDAD SERVIDA (g / cc)	MEDIDA ESTANDARIZADA	CANTIDAD SERVIDA (g / cc)	MEDIDA ESTANDARIZADA
CEREALES, PASTAS, PANES, BARRITAS, Galletitas, FIDEOS Y DERIVADOS	Sopa		100cc		100cc			
	Aroz		31g		27g			
	Pasta		46g		34g			
	Papa		29g		19g			
	Platano		29g		19g			
	Avena		20g		20g			
	Cereales para cereal		17g		7.5g			
	Pan desayuno		35g		20g			
	Avena desayuno		35g		20g			
	Hojalite media tarde		20g		10g			
FRUTAS Y VERDURAS	Fruta entera		75g		70g			
	Jugo de fruta		100cc		100cc			
	Ensalada		35g		30g			
LICHES Y PRODUCTOS LACTEOS	Leche en polvo		9.7g		9.7g			
	Leche entera pasteurizada		75cc		75cc			
	Yogurt o Kumis		100cc		100cc			
	Queso campesino Desayuno		30g		30g			
	Queso campesino media tarde		50g		30g			
CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS SECAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	Bersequina		7.5g		7.5g			
	Laguamoca		32g		16g			
	Carne roja		32g		20g			
	Pollo		40g		30g			
AZUCARES	Azúcar		10g		10g			
	Chocolate		9g		9g			
	Paneta		11g		11g			
	Bebida Caliente		100cc		100cc			

Nutricionista Débora ICBP E.P.
 No. 46 de la Registración del Trabajo de Profesionalización E.P.

Antes de imprimir este documento... piense en el medio ambiente!
Elaboración por el Departamento de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona

Anexo 10. Modelo de invitación para las madres comunitarias de la asociación San Martín al desarrollo del taller de técnica de medidas antropométricas.



Anexo 8. Modelo de pre-tes y pos-tes para el taller de técnica de medidas antropométricas.

Tema: Técnica de medidas antropométricas

Fecha: _____

PRE-TEST	
POS-TEST	X

Marque con una X la opción de respuesta correcta

- ¿Cuál de los equipos es el apropiado para tomar la longitud de los niños menores de 2 años?
a) infantometro
b) estadiómetro
c) cinta métrica
d) todas las anteriores
e) ninguna de las anteriores
- ¿Cuál de las siguientes acciones es incorrecta para la toma de la talla
a) Solicitar al niño o niña que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición.
b) Pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros.
c) Con ambas manos deslizar la pieza móvil hacia el vértice (coronilla) de la cabeza hasta que se apoye suavemente sobre esta.
d) Cuidar que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.
- El formato que se utiliza para registrar el peso y la talla de los niños se llama:
a) Formato de registro de peso y talla de los niños.
b) Formato de captura de medidas antropométricas de las niñas y los niños.
c) Formato de peso y talla de los niños y niñas trimestral
d) Ninguna de las anteriores.
- Falso o verdadero: si un niño ingresa al programa HCB en el mes de septiembre y la tercera toma ya se realizó, se debe esperar hasta la cuarta toma para realizar el tamizaje nutricional del niño y hacer el reporte. ()



INFORME EVALUATIVO DEL PROGRAMA EDUCATIVO HCB-FAMILIARES DE LA ASOCIACIÓN SAN MARTÍN DEL CENTRO ZONAL CÚCUTA TRES, SEGUNDO SEMESTRE ACADÉMICO DE 2018.

Presentado por:
Ximena Sarasty Ordoñez
COD. 1094278690
Nutricionista Dietista en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
Docente supervisor Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



INTRODUCCIÓN

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, es la entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia; uno de los retos del ICBF, es avanzar en los procesos y criterios de calidad de los servicios dirigidos a la primera infancia; así como fortalecer la gestión de las entidades administradoras de servicios EAS y de los diferentes actores en los departamentos y municipios, para asegurar desde un enfoque holístico e intersectorial que las niñas y niños en la primera infancia accedan a todas las atenciones con pertinencia y oportunidad, comprendiendo la diversidad de los contextos territoriales en los que las EAS y sus Unidades de Servicio -JDS- prestan efectivamente los servicios de educación inicial y atención, teniendo en cuenta la gradualidad, la progresividad y la flexibilidad como principios orientadores de un proceso de mejoramiento continuo de la atención de la Primera Infancia en el país (ICBF, 2018)

Por lo anterior la prestación del servicio de las EAS y sus UDS se rige a partir de una serie de obligaciones contractuales, que se suscriben en los contratos de aporte y convenios especiales para el desarrollo de la Modalidad comunitaria, y las cuales van de la mano de las condiciones de calidad definidas para cada componente de atención (Familia Comunidad y Redes, Salud y Nutrición, Proceso Pedagógico, Ambientes Educativos y Protectores, y Talento Humano y Administrativo y de Gestión); las EAS y las UDS a través de un trabajo articulado, interinstitucional e intersectorial, deben garantizar la materialización del cumplimiento de cada una de las condiciones de calidad, a través de los servicios de atención a la primera infancia, permitiendo evidenciar el cumplimiento de los derechos de las niñas y niños en pro de su desarrollo integral. (ICBF, 2018)

El componente de salud y nutrición es determinante en el proceso de atención en los primeros años de vida y se deriva de un marco amplio de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, por lo que el cumplimiento de las condiciones de calidad establecidas para este componente es indispensable para garantizar el disfrute del nivel más alto de salud y nutrición de la primera infancia. Es por esta razón que se desarrollaron actividades en pro al cumplimiento de las condiciones de calidad del componente salud y nutrición a través de estrategias lúdicas y de aprendizaje, para lo cual se priorizaron las temáticas con menor manejo y comprensión por parte de los agentes educativos, según los resultados del proceso de supervisión, por lo que a continuación se describen los resultados obtenidos para el plan educativo de cada temática abordada.

PROGRAMA EDUCATIVO SALUD Y NUTRICIÓN

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de estrategias del programa educativo ejecutadas}}{\text{total de estrategias del programa educativo programadas}} \times 100 = \frac{4 \text{ estrategias del programa educativo ejecutadas}}{4 \text{ estrategias del programa educativo programadas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las estrategias del programa educativo programadas se ejecutaron de acuerdo con lo planificado.

- **Programación y convocatoria de las estrategias de intervención**

El programa educativo inicialmente se socializó con la Nutricionista Dietista Sandra Echeverría del área de prevención del centro zonal Cúcuta tres (Anexo 1. Acta de socialización), posteriormente se realizó un encuentro con la representante legal para socializar las estrategias establecidas en el programa educativo y se concertó el desarrollo de una reunión con las madres comunitarias para socializar las temáticas a tratar en el programa educativo y el establecimiento de las fechas de ejecución teniendo en cuenta la disponibilidad de tiempo de las madres comunitarias, corcentando 3 fechas; 13, 14 y 19 de noviembre del 2018; ya con esta información se realizó el envío de la tarjetas de invitación para cada actividad por medio de mensaje de whatsapp.

- **Ejecución de las estrategias de intervención:**

Primera temática: Enfermedades prevalentes de la infancia

- ✓ Estrategia: presentación formal por medio de diapositivas y actividad participativa concéntrese
- ✓ Población objeto: Madres comunitarias de la Asociación San Martín.
- ✓ Fecha de ejecución: 14 de noviembre.
- ✓ Lugar: Unidad de servicio El principito
- ✓ Metodología implementada:

Se realizó el desplazamiento a la Unidad de servicio el principito, donde primeramente se adecuó el espacio físico con el video Beam y con el juego concéntrese; para dar inicio a la capacitación se realizó el saludo y la presentación de la ND en formación con las madres comunitarias de la asociación San Martín y se socializó del motivo de la capacitación; el cual es implementar acciones encaminadas a la prevención y detección oportuna de enfermedades prevalentes en la infancia, a través de una capacitación dirigida a las madres comunitarias de la asociación San Martín.

Para el desarrollo de la capacitación, se inició con la implementación de un pre-test con 4 preguntas para conocer los conocimientos de las madres sobre la temática abordada “Enfermedades prevalentes de la infancia”. Seguidamente se realizó una presentación formal por medio de diapositivas donde se dió a conocer la fundamentación teórica de las enfermedades prevalentes de la infancia, clasificación, causas, síntomas, tipos, factores de riesgo, factores protectores y signos de alarma para acudir a atención de salud inmediata de los niños.

Posteriormente se explicó la estrategia AIEPI “Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia” comenzando por el significado del logotipo, su definición y objetivos; seguido del propósito del

componente comunitario de la estrategia, donde se abordó las actividades que están a cargo de las madres comunitarias, como lo es la educación a los padres de familia y/o cuidadores a través de la promoción de las 18 practicas claves; las cuales son acciones y comportamientos que las familias pueden incorporar al cuidado cotidiano para garantizar el buen crecimiento, desarrollo y calidad de vida de los niños; por lo que a través de imágenes se explicó cada practica y el grupo al cual pertenece según la intención que tiene cada una (para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño; para prevenir enfermedades; Para los cuidados en el hogar; y para buscar atención fuera del hogar)

Después de la socialización de la temática se realizó una actividad de retroalimentación, a través de un juego denominado concétre se, donde las madres comunitarias descubrieron dos imágenes idénticas sobre las prácticas clave, para lo cual explicaron de que se trata cada práctica y a que grupo pertenece, según lo aprendido en la socialización.

Seguidamente se realizó un postest con las mismas 4 preguntas del pre-test con el fin de establecer si la temática abordada fue comprendida por las madres comunitarias y se incentivó a las madres comunitarias a implementar acciones encaminadas a la prevención y detección oportuna de las enfermedades prevalentes de la infancia y realizar acciones educativas con las familias y/o cuidadores sobre esta temática, principalmente promoviendo las 18 prácticas claves establecidas en la estrategia AIEPI.

Indicador

$$\frac{\text{No de jornadas desarrolladas}}{\text{Total de jornadas programadas}} \times 100 = \frac{1 \text{ jornadas desarrolladas}}{1 \text{ jornadas programadas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las jornadas sobre la estrategia reto saludable se ejecutaron de acuerdo a lo planificado.

Indicador de la jornada

$$\frac{\text{No de madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{\text{No de madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100 = \frac{21 \text{ madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{21 \text{ madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100 = 100\%$$

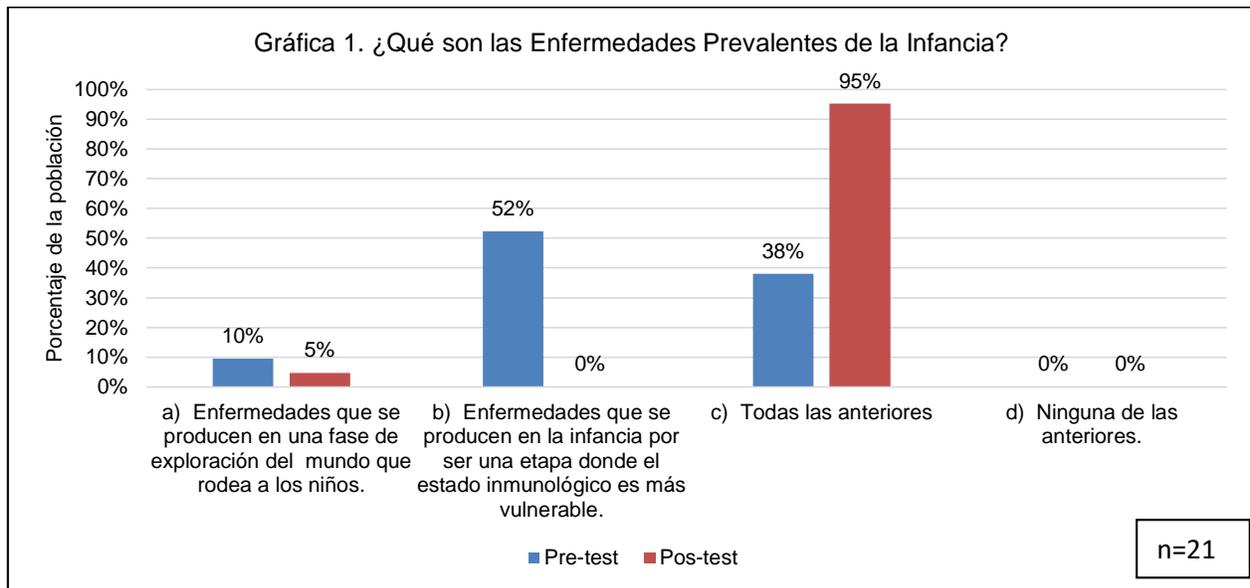
Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las madres comunitarias de la asociación san Martín asistieron a la jornada sobre enfermedades prevalentes de la infancia

Análisis comparativo de los pre-test y pos-test.

A continuación se presenta los resultados de las tablas y gráficas de las cuatro preguntas establecidas en el pre-test y en el pos-test para la capacitación de enfermedades prevalentes de la infancia

Tabla 1. ¿Qué son las Enfermedades Prevalentes de la Infancia?

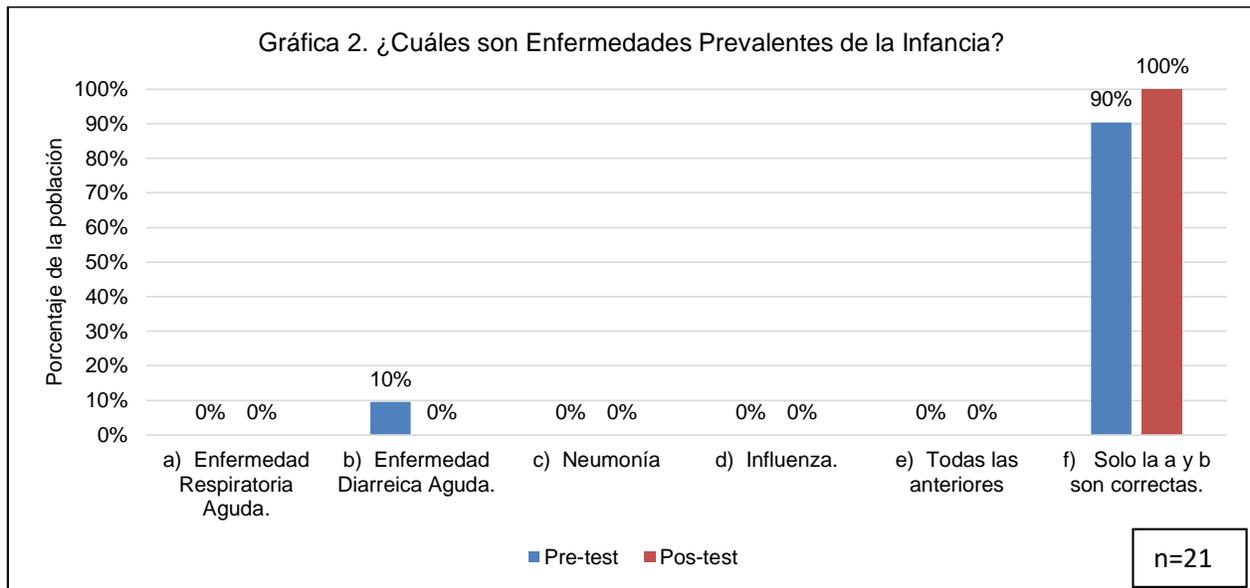
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Enfermedades que se producen en una fase de exploración del mundo que rodea a los niños.	2	1	10%	5%
b) Enfermedades que se producen en la infancia por ser una etapa donde el estado inmunológico es más vulnerable.	11	0	52%	0%
c) Todas las anteriores	8	20	38%	95%
d) Ninguna de las anteriores.		0	0%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿Qué son las Enfermedades Prevalentes de la Infancia?” se pudo evidenciar que en el pre-test el 38% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción c), en el pos-test el 95% de las madres contestaron correctamente. Por lo que se atribuye a que durante la exposición de la temática la mayoría de las madres se encontraban atentas y participaron de la misma; y un 5% de las madres que equivale a una madre comunitaria no contesto correctamente, debido a que durante la exposición se encontró dispersa y no presto atención.

Tabla 2. ¿Cuáles son Enfermedades Prevalentes de la Infancia?

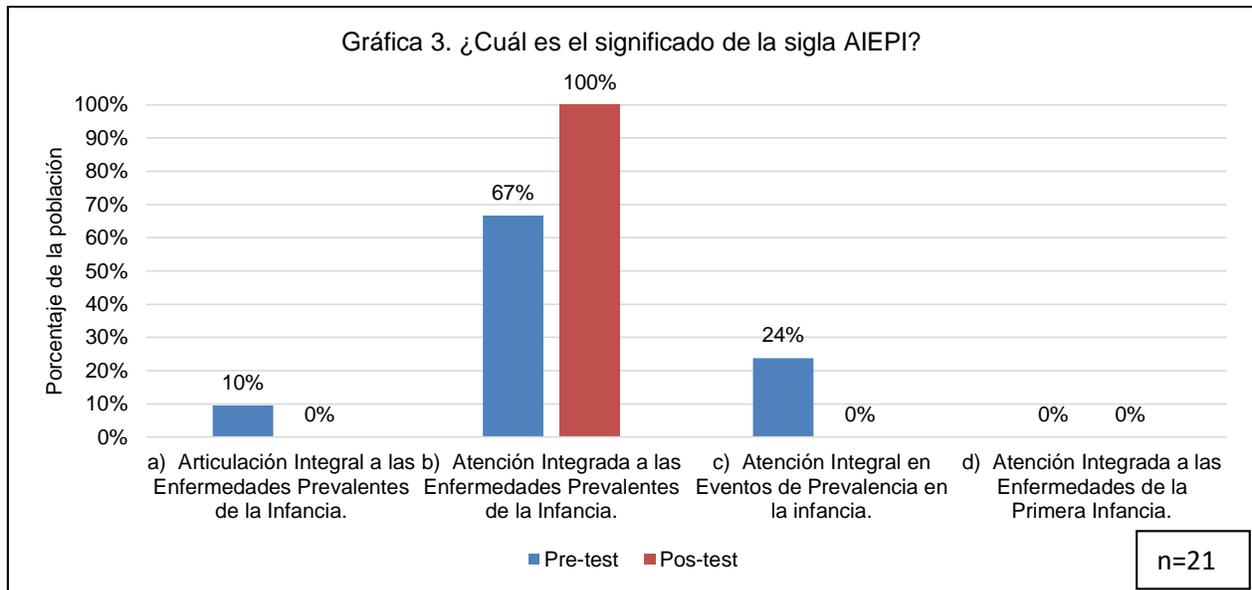
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Enfermedad Respiratoria Aguda.	0	0	0%	0%
b) Enfermedad Diarreica Aguda.	2	0	10%	0%
c) Neumonía	0	0	0%	0%
d) Influenza.	0	0	0%	0%
e) Todas las anteriores	0	0	0%	0%
f) Solo la a y b son correctas.	19	21	90%	100%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta "¿Cuáles son Enfermedades Prevalentes de la Infancia?" se pudo evidenciar que en el pre-test el 90% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción f) por lo que se atribuye a que ya presentaban conocimientos previos sobre la temática, debido a que es uno de los criterios de verificación realizados en el componente de salud y nutrición y en el cual las madres ya han adelantado acciones para su cumplimiento; un 10% de las madres contestaron incorrectamente; en el pos-test el 100% de las madres comunitarias contestaron correctamente por lo que se atribuye a que las madres que no conocían sobre la temática, estuvieron atentas y participaron de la actividad.

Tabla 3. ¿Cuál es el significado de la sigla AIEPI?

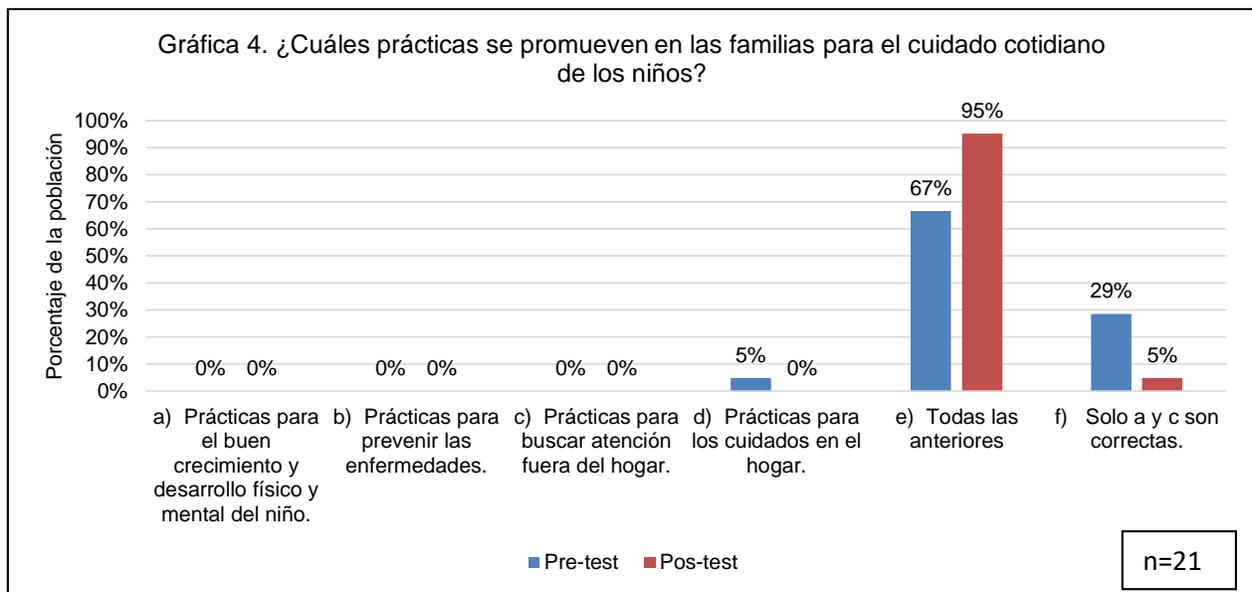
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Articulación Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.	2	0	10%	0%
b) Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.	14	21	67%	100%
c) Atención Integral en Eventos de Prevalencia en la infancia.	5	0	24%	0%
d) Atención Integrada a las Enfermedades de la Primera Infancia.			0%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta "¿Cuál es el significado de la sigla AIEPI?" se pudo evidenciar que en el pre-test el 67% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción b) debido a que la mayoría de las madres comunitarias ya han realizado socializaciones a los padres sobre la estrategia y conocen sobre la misma, lo que se debe a que una madre comunitaria fue capacitada sobre el tema y socializó lo aprendido con la asociación; y un 34% contestó incorrectamente debido a que no tenían en claro la denominación correcta de la estrategia; en el pos-test el 100% de las madres contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la exposición de la temática las madres prestaron atención y se recalzó repetidamente la denominación para que la tuvieran presente.

Tabla 4. ¿Cuáles prácticas se promueven en las familias para el cuidado cotidiano de los niños?

Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Prácticas para el buen crecimiento y desarrollo físico y mental del niño.	0	0	0%	0%
b) Prácticas para prevenir las enfermedades.	0	0	0%	0%
c) Prácticas para buscar atención fuera del hogar.	0	0	0%	0%
d) Prácticas para los cuidados en el hogar.	1	0	5%	0%
e) Todas las anteriores	14	20	67%	95%
f) Solo a y c son correctas.	6	1	29%	5%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta "¿Cuáles prácticas se promueven en las familias para el cuidado cotidiano de los niños?" se pudo evidenciar que en el pre-test el 67% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción e) debido a que la mayoría de las madres comunitarias ya han realizado socializaciones a los padres sobre la estrategia y conocen los grupos donde se encuentran establecidas las prácticas clave; y un 34% contestó incorrectamente debido a que no conoce claramente los grupos en los que se incluyen las prácticas clave de la estrategia AIEPI; en el pos-test el 95% de las madres contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la exposición de la temática las madres prestaron atención y participaron de la actividad de retroalimentación concéntrese donde debían mencionar la practica clave descubierta y a que grupo pertenecía; y un 5% que equivale a una madre contestó de forma incorrecta, por lo que durante la actividad se encontraba dispersa y no participo.

Evidencias fotográficas de la estrategia de intervención



Fotos: María Angélica Peñaranda/ 13 de Noviembre del 2018/ Unidad de servicio el Principito / Capacitación en enfermedades prevalentes de la infancia.

Segunda temática: Brotes y enfermedades inmunoprevenibles

- ✓ Estrategia: presentación formal por medio de diapositivas
- ✓ Población objeto: Madres comunitarias de la Asociación San Martín.
- ✓ Fecha de ejecución: 14 de noviembre.
- ✓ Lugar: Unidad de servicio El principito
- ✓ Metodología implementada:

Se realizó el desplazamiento a la Unidad de servicio el principito, donde primeramente se adecuó el espacio físico con el video Beam; para dar inicio a la capacitación se realizó el saludo y la presentación de la ND en formación con las madres comunitarias de la asociación San Martín y se socializó el motivo de la capacitación; el cual es implementar acciones para la identificación y manejo oportuno y adecuado de casos que se presenten en relación con la aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles, a través de una capacitación dirigida a las madres comunitarias de la asociación San Martín.

Para el desarrollo de la capacitación, se inició con la implementación de un pre-test con 4 preguntas para conocer los conocimientos de las madres sobre la temática abordada "Enfermedades inmunoprevenibles y brotes". Seguidamente se realizó una presentación formal por medio de diapositivas donde se dio a conocer la fundamentación teórica de las enfermedades inmunoprevenibles, seguido de la socialización del esquema de vacunación establecido para Colombia donde se explica cuáles son las vacunas y la enfermedad que previenen abordado cada una de modo general; continuando con la socialización se dio a conocer la fundamentación teórica de los brotes y cuáles son los eventos en salud pública más comunes que pueden causar un brote.

Posteriormente la ND en formación socializó el protocolo para la aparición de brotes y enfermedades inmunoprevenibles; y explicó la ruta a implementar, para lo cual estableció la estrategia descubre la ruta, donde pregunta a las madres comunitarias cual creen que es la actividad a seguir en las etapas de prevención, identificación y manejo, para que propongan ideas hasta visibilizar la ruta completa.

Seguidamente se realizó un postest con las mismas 4 preguntas del pre-test con el fin de establecer si la temática abordada fue comprendida por las madres comunitarias y se incentivó a las madres comunitarias a la Implementar la ruta para la identificación y manejo oportuno y adecuado de casos que se presenten en relación con la aparición de brotes y enfermedades inmuoprevenibles y a socializar a las familias y/o cuidadores esta temática.

Indicador

$$\frac{\text{No de jornadas desarrolladas}}{\text{Total de jornadas programadas}} \times 100 = \frac{1 \text{ jornadas desarrolladas}}{1 \text{ jornadas programadas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las jornadas sobre la estrategia reto saludable se ejecutaron de acuerdo a lo planificado.

Indicador de la jornada

$$\frac{\text{No de madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{\text{No de madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100 = \frac{21 \text{ madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{21 \text{ madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100 = 100\%$$

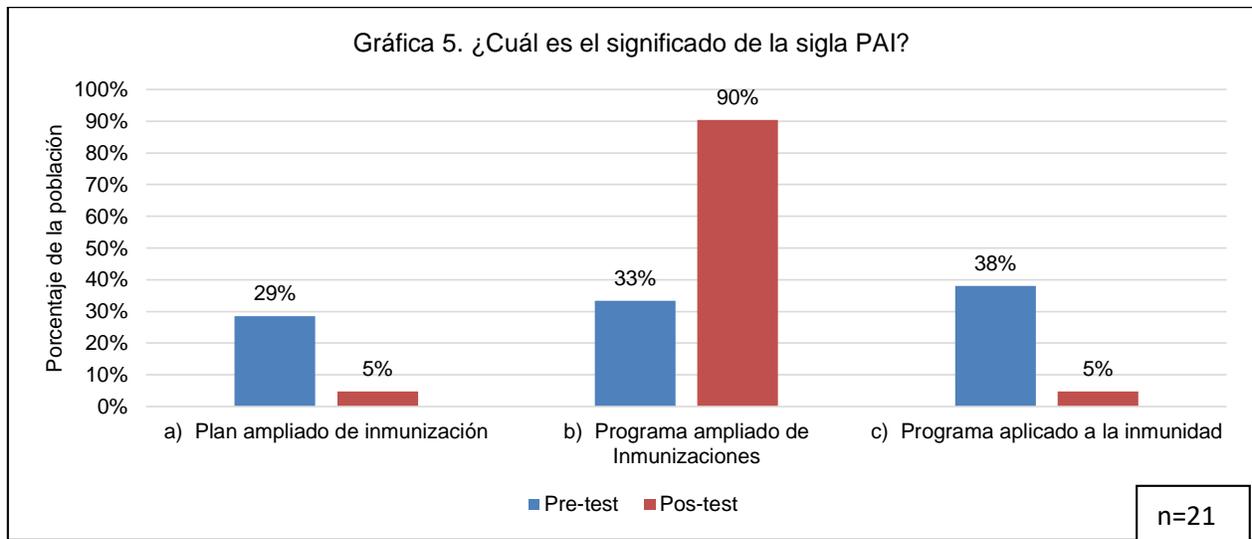
Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las madres comunitarias de la asociación san Martín asistieron a la jornada sobre enfermedades inmunoprevenibles y brotes

Análisis comparativo de los pre-test y pos-test.

A continuación se presenta los resultados de las tablas y gráficas de las cuatro preguntas establecidas en el pre-test y en el pos-test para la capacitación de enfermedades inmunoprevenibles y brotes.

Tabla 5. ¿Cuál es el significado de la sigla PAI?

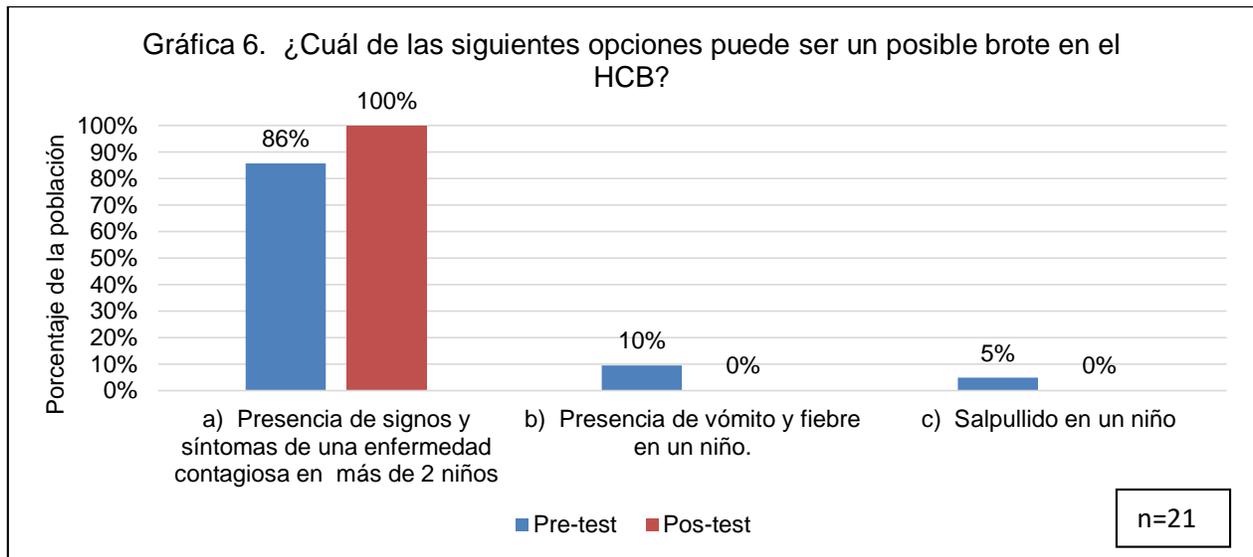
Opciones	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Plan ampliado de inmunización	6	1	29%	5%
b) Programa ampliado de Inmunizaciones	7	19	33%	90%
c) Programa aplicado a la inmunidad	8	1	38%	5%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta "¿Cuál es el significado de la sigla PAI?" se pudo evidenciar que en el pre-test el 33% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción b) y el 67% contestó incorrectamente debido a que no tenían en claro la denominación correcta del programa; en el pos-test el 90% de las madres contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la exposición de la temática la mayoría de las madres prestaron atención y a que se recalcó repetidamente la denominación para que la tuvieran presente; por otra parte un 10% de las madres contestó de manera incorrecta por lo que se atribuye a que estuvieron dispersas y se distraían con facilidad dejando de prestar atención a lo explicado.

Tabla 6. ¿Cuál de las siguientes opciones puede ser un posible brote en el HCB?

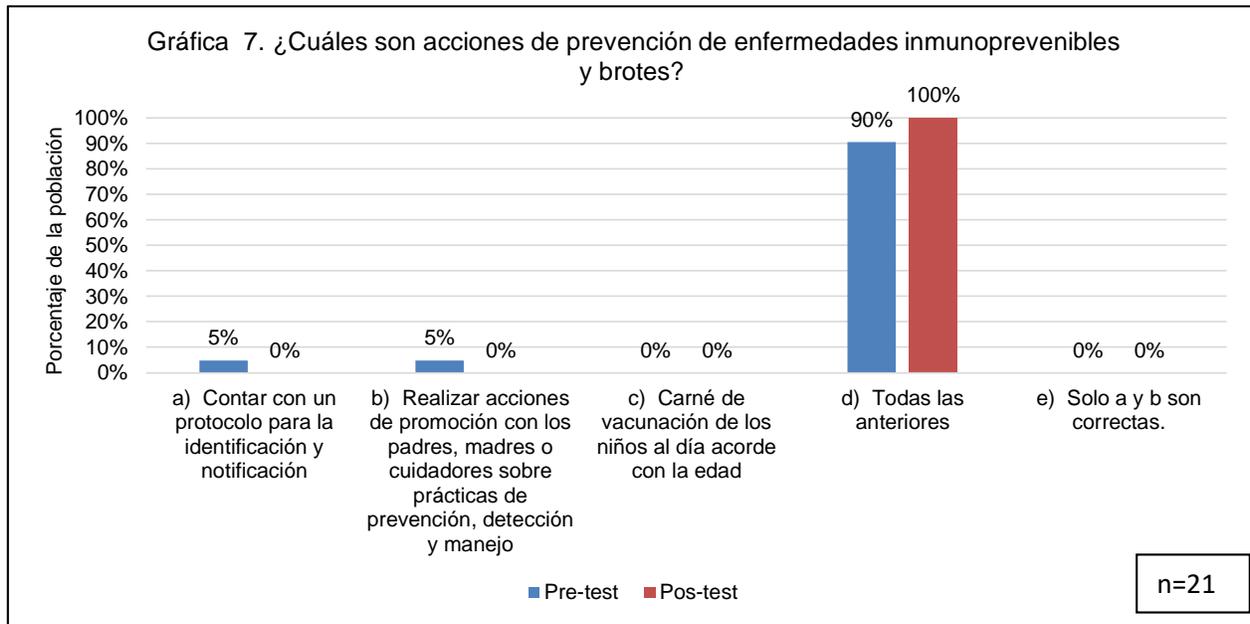
Opciones	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Presencia de signos y síntomas de una enfermedad contagiosa en más de 2 niños	18	21	86%	100%
b) Presencia de vómito y fiebre en un niño.	2	0	10%	0%
c) Salpullido en un niño	1	0	5%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta ¿Cuál de las siguientes opciones puede ser un posible brote en el HCB?" se pudo evidenciar que en el pre-test el 86% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción a) por lo que identificaban la diferencia de un brote, de la de un caso; y un 15% contestó incorrectamente por lo que no reconoce que es un brote, en el pos-test el 100% de las madres contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la exposición de la temática las madres prestaron atención y entendieron que es un brote a través de varios ejemplos realizados.

Tabla 7. ¿Cuáles son acciones de prevención de enfermedades inmunoprevenibles y brotes?

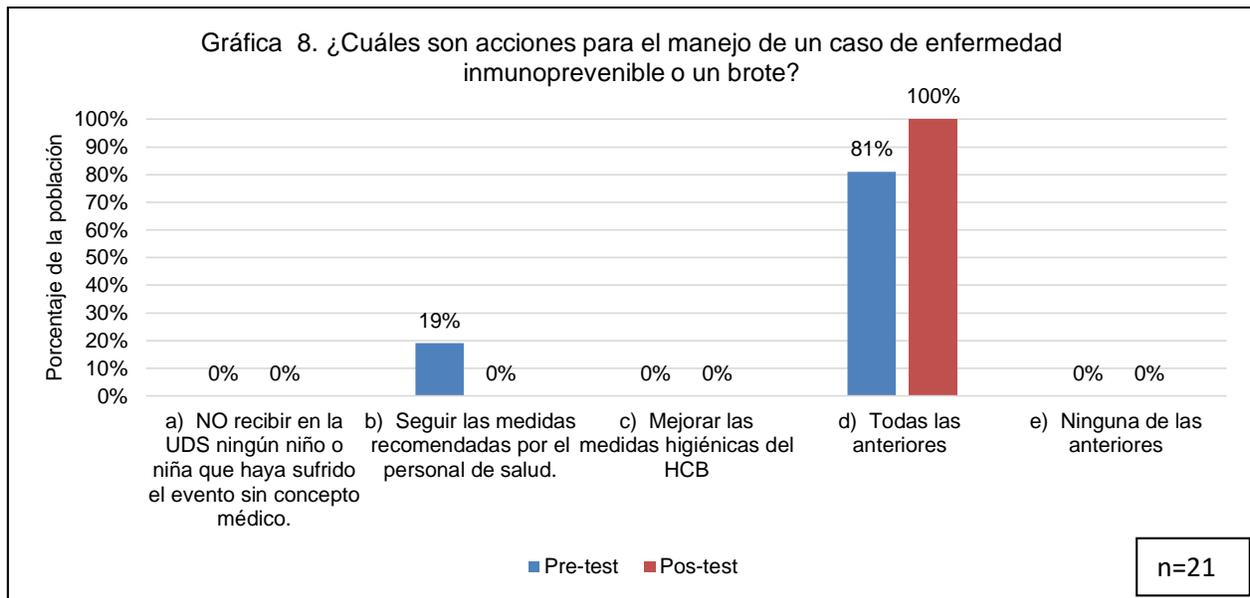
Opciones	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Contar con un protocolo para la identificación y notificación	1	0	5%	0%
b) Realizar acciones de promoción con los padres, madres o cuidadores sobre prácticas de prevención, detección y manejo	1	0	5%	0%
c) Carné de vacunación de los niños al día acorde con la edad	0	0	0%	0%
d) Todas las anteriores	19	21	90%	100%
e) Solo a y b son correctas.	0	0	0%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿Cuáles son acciones de prevención de enfermedades inmunoprevenibles y brotes?” se pudo evidenciar que en el pre-test el 90% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción d) por lo que identificaban las acciones que se deben tener en cuenta para prevenir un brote o una enfermedad inmunoprevenibles, y un 10% desconocía dichas acciones, en el pos-test el 100% de las madres comunitarias contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la actividad arma tu ruta, comprendieron que acciones se deben tener en cuenta para su prevención.

Tabla 8 ¿Cuáles son acciones para el manejo de un caso de enfermedad inmunoprevenible o un brote?

Opciones	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) NO recibir en la UDS ningún niño o niña que haya sufrido el evento sin concepto médico.	0	0	0%	0%
b) Seguir las medidas recomendadas por el personal de salud.	4	0	19%	0%
c) Mejorar las medidas higiénicas del HCB	0	0	0%	0%
d) Todas las anteriores	17	21	81%	100%
e) Ninguna de las anteriores		0	0%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿Cuáles son acciones para el manejo de un caso de enfermedad inmunoprevenible o un brote?” se pudo evidenciar que en el pre-test el 81% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción d) por lo que identificaban las acciones que se deben tener en cuenta para el manejo de un caso de brote o una enfermedad inmunoprevenibles, y un 10% desconocía dichas acciones, en el pos-test el 100% de las madres comunitarias contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la actividad arma tu ruta, comprendieron que acciones se deben tener en cuenta para su manejo.

Tercera temática: Estandarización de porciones servidas

- ✓ Estrategia: Taller teórico práctico de estandarización de porciones servidas
- ✓ Población objeto: Madres comunitarias de la Asociación San Martín.
- ✓ Fecha de ejecución: 13 de noviembre.
- ✓ Lugar: Unidad de servicio El principito
- ✓ Metodología implementada:

Se realizó el desplazamiento a la Unidad de servicio el principito, donde primeramente se adecuó el espacio físico con los utensilios y alimentos llevados por las madres comunitarias, con la balanza pesa alimentos y un vaso medidor, distribuidos en tres mesas; para dar inicio al taller se realizó el saludo y la presentación de la ND en formación con las madres comunitarias de la asociación San Martín y se socializó el motivo de la capacitación; el cual es implementar un taller de estandarización de porciones servidas con el fin de realizar el servido de los alimentos cumpliendo con el gramaje establecido en la minuta patrón del ICBF para cada grupo de alimentos

Para el desarrollo del taller, se inició con la implementación de un pre-test con 4 preguntas para conocer los conocimientos de las madres sobre la temática abordada “estandarización de porciones servidas”.

Previo al taller práctico la ND en formación socializó a las madres comunitaria lo relacionado con la fundamentación teórica de: la estandarización de porciones servidas, la minuta patrón, la aplicabilidad de los resultados de los talleres de estandarización, seguido de la socialización de como es el proceso para estandarizar un alimento, que alimentos se estandarizan con un instrumento porcionador, (liquidos y solidos no compactos ej arroz, ensalada, bienestariana) que alimentos se estandarizan por tamaño y no por instrumento porcionador (alimentos compactos ej papa, plátano, queso, pan) y que alimentos se estandarizan en crudo (carne y pollo teniendo en cuenta el factor de conversión.).

Seguidamente se dio inicio con el taller práctico de estandarización de porciones para lo cual la ND en formación hizo la entrega a cada madre comunitaria del formato tabla control de porciones para alimentos servidos, establecido por el ICBF y se explicó cómo diligenciarlo, y cada madre comunitaria registró los resultados obtenidos en la estandarización; se comenzó con la estandarización, para las preparaciones que necesitaban un instrumento porcionador, para lo cual cada madre en compañía de la ND en formación realizó la estandarización de los instrumentos que utilizan en su servicio de alimentación y para los alimentos que no se utilizan instrumento porcionador se realizó una estandarización en general para todas las madres comunitarias.

Seguidamente se realizó un postest con las mismas 4 preguntas del pre-test con el fin de establecer si la temática abordada fue comprendida por las madres comunitarias.

Indicador

$$\frac{\text{No de jornadas desarrolladas}}{\text{Total de jornadas programadas}} \times 100 = \frac{1 \text{ jornadas desarrolladas}}{1 \text{ jornadas programadas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las jornadas sobre la estrategia reto saludable se ejecutaron de acuerdo a lo planificado.

Indicador de la jornada

$$\frac{\text{No de madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{\text{No de madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100$$

$$\frac{21 \text{ madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{21 \text{ madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100 = 100\%$$

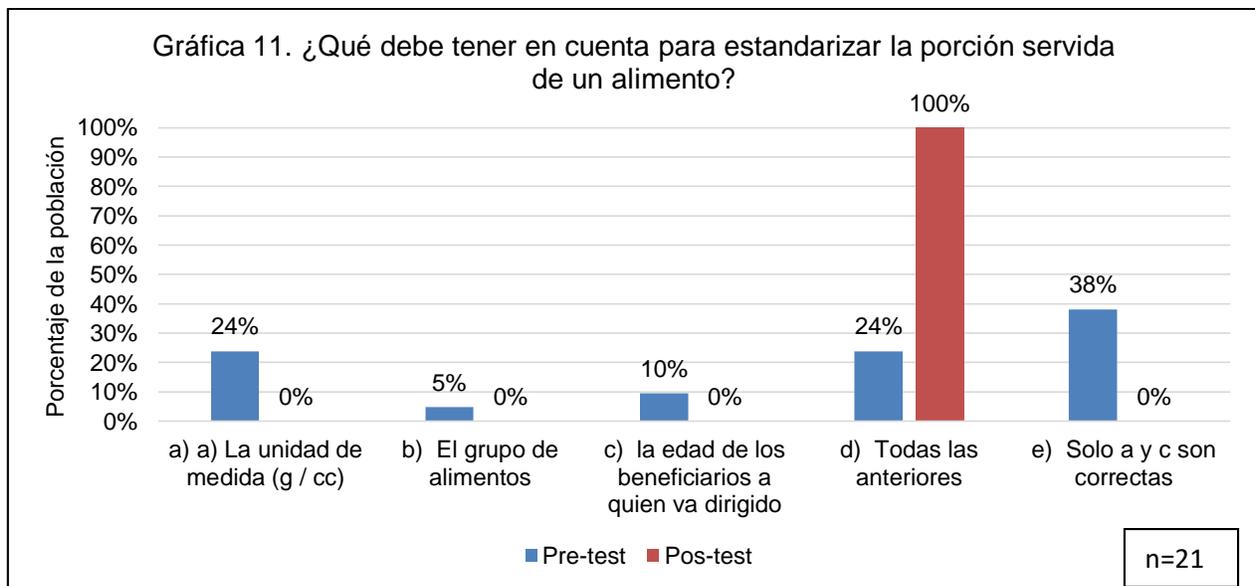
Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las madres comunitarias de la asociación san Martín asistieron a la jornada sobre taller de estandarización de porciones servidas

Análisis comparativo de los pre-test y pos-test.

A continuación se presenta los resultados de las tablas y gráficas de las cuatro preguntas establecidas en el pre-test y en el pos-test para el taller teórico práctico de estandarización de porciones servidas

Tabla 11. ¿Qué debe tener en cuenta para estandarizar la porción servida de un alimento?

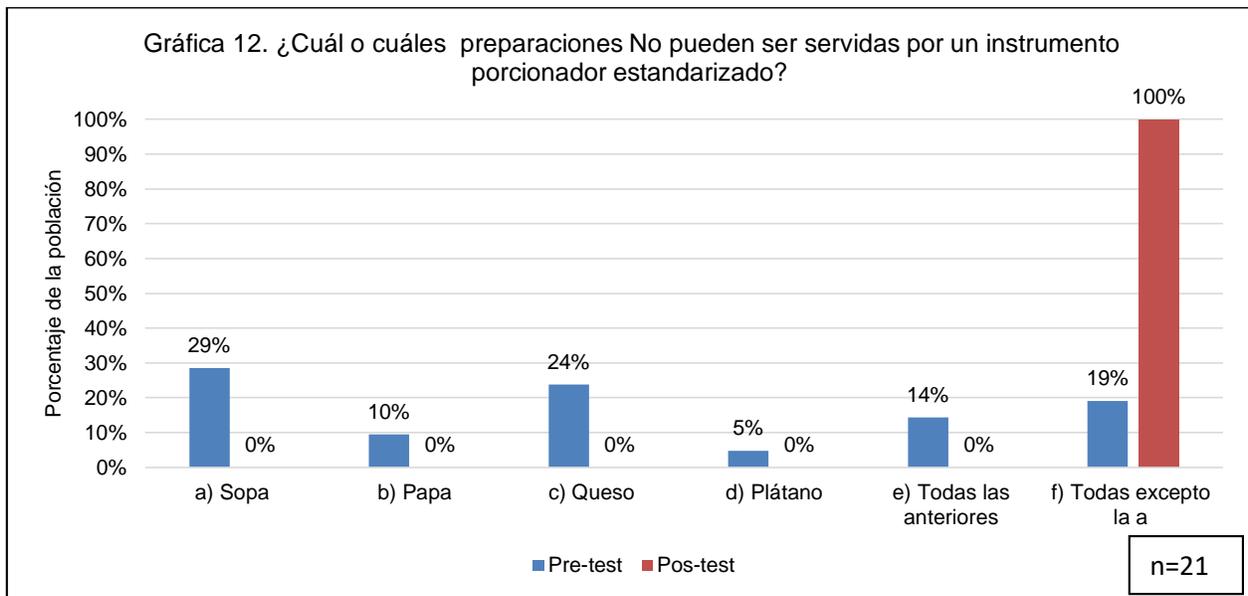
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) a) La unidad de medida (g / cc)	5	0	24%	0%
b) El grupo de alimentos	1	0	5%	0%
c) la edad de los beneficiarios a quien va dirigido	2	0	10%	0%
d) Todas las anteriores	5	21	24%	100%
e) Solo a y c son correctas	8	0	38%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿Qué debe tener en cuenta para estandarizar la porción servida de un alimento?” se pudo evidenciar que en el pre-test el 24% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción d) y el 76% contestó de forma incorrecta por lo que no identificaban las pautas mínimas para una estandarización de porciones ya que no conocían como se desarrollaba este proceso, en el pos-test el 100% de las madres comunitarias contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la parte teórica y la parte práctica del taller identificaron estas condiciones.

Tabla 12. ¿Cuál o cuáles preparaciones No pueden ser servidas por un instrumento porcionador estandarizado?

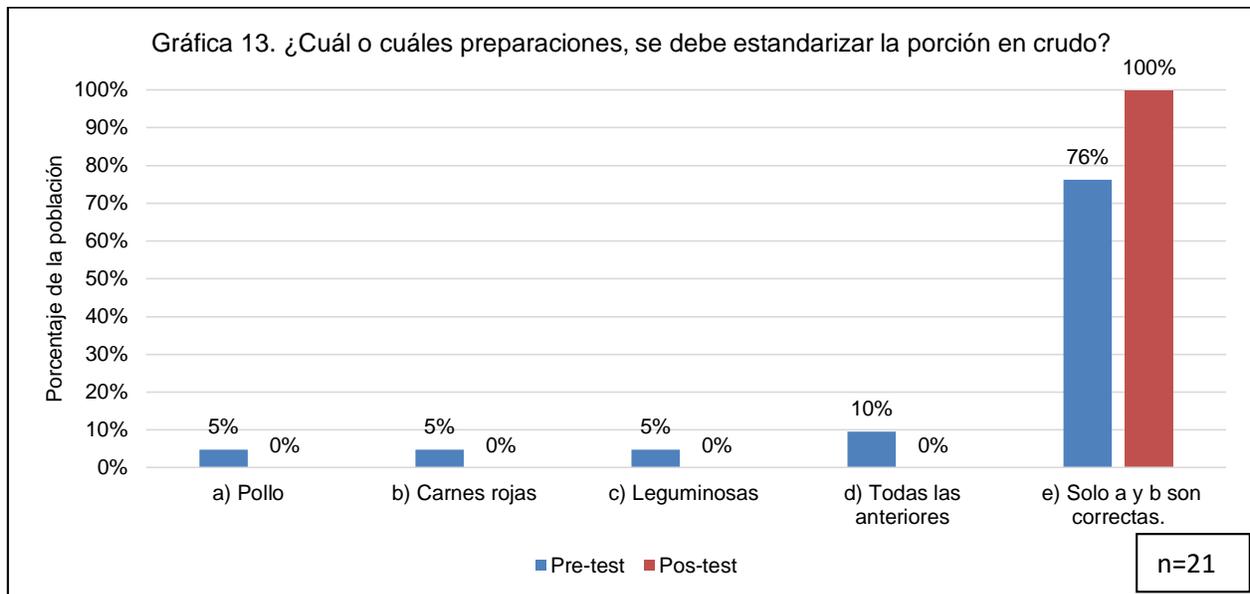
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Sopa	6	0	29%	0%
b) Papa	2	0	10%	0%
c) Queso	5	0	24%	0%
d) Plátano	1	0	5%	0%
e) Todas las anteriores	3	0	14%	0%
f) Todas excepto la a	4	21	19%	100%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿Cuál o cuáles preparaciones No pueden ser servidas por un instrumento porcionador estandarizado?” se pudo evidenciar que en el pre-test el 19% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción f) y el 89% contestó de forma incorrecta por lo que no conocían la diferencia en estandarizar un alimento que se sirve por unidad y un alimento que se sirve con un utensilio, en el pos-test el 100% de las madres comunitarias contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la parte teórica y la parte práctica del taller identificaron que alimentos se sirven sin instrumento porcionador.

Tabla 13. ¿Cuál o cuáles preparaciones, se debe estandarizar la porción en crudo?

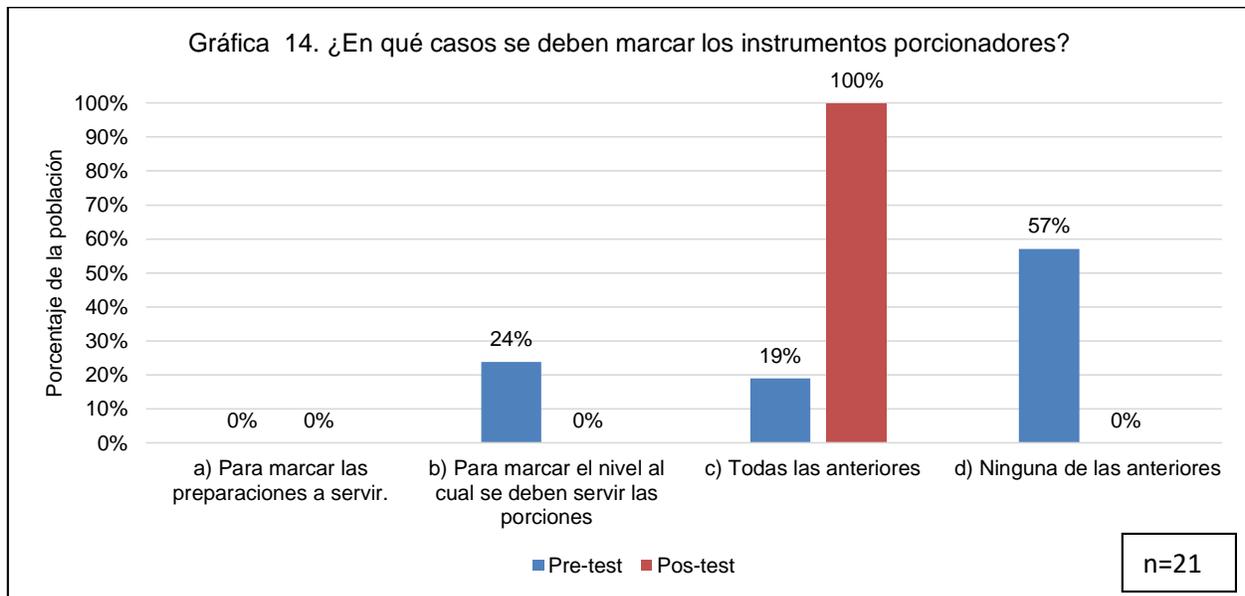
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Pollo	1	0	5%	0%
b) Carnes rojas	1	0	5%	0%
c) Leguminosas	1	0	5%	0%
d) Todas las anteriores	2	0	10%	0%
e) Solo a y b son correctas.	16	21	76%	100%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿Cuál o cuáles preparaciones, se debe estandarizar la porción en crudo?” se pudo evidenciar que en el pre-test el 76% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción e) pollo y carnes y el 24% contestó de forma incorrecta por lo que no tenían claridad que para garantizar el tamaño de porción servida del pollo y la carne se debe preparar mayor cantidad teniendo en cuenta el factor de conversión, en el pos-test el 100% de las madres comunitarias contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la parte teórica y la parte práctica del taller identificaron que alimentos se deben estandarizar en crudo y debido a que se realizó énfasis en este proceso.

Tabla 14. ¿En qué casos se deben marcar los instrumentos porcionadores?

Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Para marcar las preparaciones a servir.	0	0	0%	0%
b) Para marcar el nivel al cual se deben servir las porciones	5	0	24%	0%
c) Todas las anteriores	4	21	19%	100%
d) Ninguna de las anteriores	12	0	57%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿En qué casos se deben marcar los instrumentos porcionadores?” se pudo evidenciar que en el pre-test el 19% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción c) y el 81% contestó de forma incorrecta por lo que no tenían claridad en la utilidad de marcar un instrumento porcionador, en el pos-test el 100% de las madres comunitarias contestaron correctamente por lo que se atribuye a que durante la parte teórica y la parte práctica del taller identificaron las utilidades que se le dan a un utensilio marcado con la preparación y el nivel al cual se sirve si este no se usa hasta el tope.

Evidencias fotográficas del taller teórico práctico de estandarización de porciones.



Fotos: María Angélica Peñaranda/ 13 de Noviembre del 2018/ Unidad de servicio el Principito / Taller teórico práctico de estandarización de porciones servidas.

Cuarta temática: Técnica de medidas antropométricas

- ✓ Estrategia: Taller teórico práctico de técnica de medidas antropométricas
- ✓ Población objeto: Madres comunitarias de la Asociación San Martín.
- ✓ Fecha de ejecución: 19 de noviembre.
- ✓ Lugar: Unidad de servicio El principito
- ✓ Metodología implementada:

Se realizó el desplazamiento a la Unidad de servicio el principito, primeramente se adecuó el espacio físico bombas para el desarrollo de una actividad recreativ, las bombas contenían las diferentes técnica a abordar durante el taller y se colocó debajo de las sillas 4 fichas con las técnicas para realizar una actividad de retroalimentación al finalizar el taller; para dar inicio al taller, la docente Andreina Vega realizó la presentación como supervisora de la ND en formación, y realizó una breve introducción sobre la temática abordar, para posteriormente cederle la palabra a la ND en formación, quien realizó el saludo con las madres comunitarias de la asociación San Martín e inicio de la actividad.

Se socializó el motivo de la reunión el cual era implementar un taller teórico práctico de técnica de medidas antropométricas con el fin de que las madres comunitarias realicen de manera correcta la toma de peso y talla de los beneficiarios, además de un correcto diligenciamiento del formato captura de datos antropométricos.

Se realizó un un pre-test con 4 preguntas, para conocer los conocimientos de las madres sobre la temática a abordar “técnica de medidas antropométricas”. seguidamente por medio de un juego se conforman 4 equipos, a los cuales seleccionaron las bombas de colores en las que se encontraban las técnicas de medidas antropométricas: desarrollar la técnica antropométrica para toma de: peso en menores de 2 años; peso en mayores de 2 años; talla en menores de 2 años y talla en mayores de 2 años, para lo cual cada grupo se reunió a establecer cómo iban a realizar la explicación de la técnica, previo a la explicación, se socializó a las madres comunitarias las condiciones de uso de los equipos antropométricos que se deben tener en cuenta antes, durante y después de su utilización, y ya después de terminada esta parte se procedió a la explicación por parte de cada equipo y teniendo en cuenta las falencias observadas en la explicación realizada, la ND en formación explicó la técnica de cada medida para que las madres comunitarias comprendieran la forma de como la deben realizarla; adicionalmente la docente supervisora realizó una intervención durante la explicación de la técnica de toma de la talla en menores de 2 años, haciendo énfasis en las formas más adecuadas de realizar la toma si no se cuenta con el infantómetro.

La ND en formación realizó la socialización de cómo se debe diligenciar el formato de captura de datos antropométricos de las niñas y niños, y qué documentos oficiales establecen la técnica de medidas antropométricas y las condiciones de uso de los equipos antropométricos los cuales pueden consultar y tener como referentes. Al terminar la explicación se realizó una actividad de retroalimentación donde las madres comunitarias observaban si tenían una ficha pegada debajo de la silla donde se encontraban ubicadas, las madres que la tenían pasaron al frente a explicar la técnica que establecía la ficha, en la técnica de peso por diferencia en menores de 2 años se presentó nuevamente confusión y se hizo énfasis para que identificaran la forma en que se debe realizar, para lo cual realizando un ejemplo en apoyo de las madres.

Después de dado terminado el taller se procedió a realizar un postest con las mismas 4 preguntas del pre-test, con el fin de establecer si la temática abordada fue comprendida por las madres comunitarias y para finalizar se incentivó a las madres comunitarias que Implementen la técnica de medidas antropométricas durante la toma de peso y talla de los niños y niñas y que lleven un correcto registro del formato captura de datos antropométricos.

Indicador

$$\frac{\text{No de jornadas desarrolladas}}{\text{Total de jornadas programadas}} \times 100 = \frac{1 \text{ jornadas desarrolladas}}{1 \text{ jornadas programadas}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las jornadas sobre la estrategia reto saludable se ejecutaron de acuerdo a lo planificado.

Indicador de la jornada

$$\frac{\text{No de madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{\text{No de madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100 = \frac{21 \text{ madres comunitarias asistentes a la jornada en la UDS El Principito}}{21 \text{ madres comunitarias programadas para la jornada en la UDS El Principito}} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que el 100% de las madres comunitarias de la asociación san Martín asistieron a la jornada sobre taller de técnica de medidas antropométricas

Análisis comparativo de los pre-test y pos-test.

A continuación se presenta los resultados de las tablas y gráficas de las cuatro preguntas establecidas en el pre-test y en el pos-test para el taller teórico práctico de técnica de medidas antropométricas.

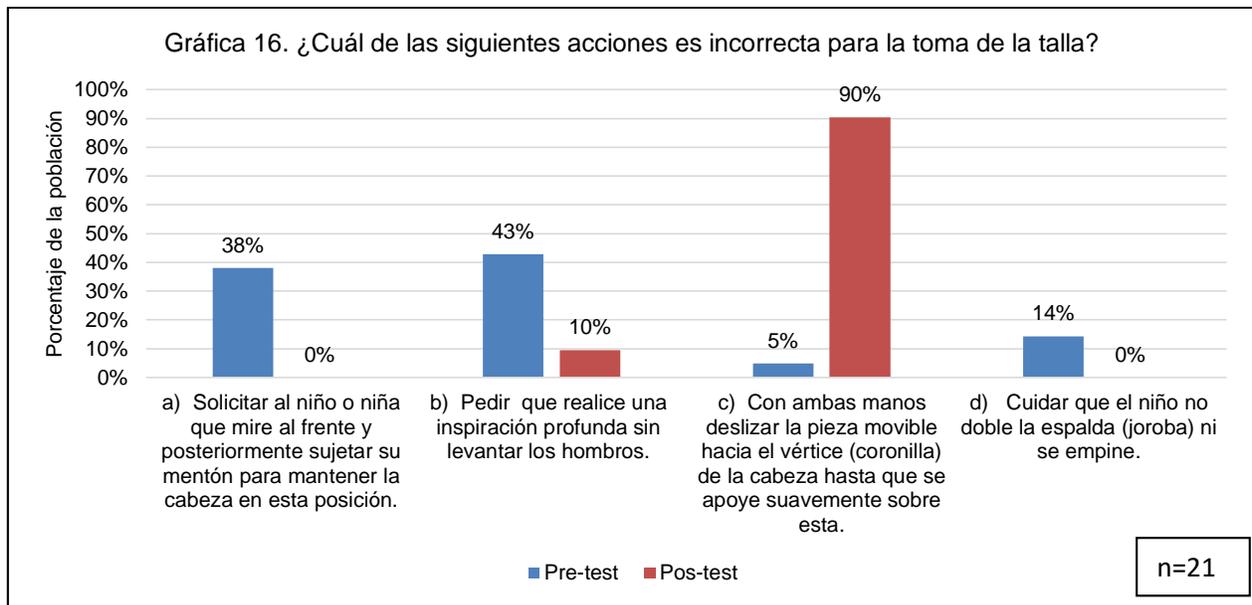
Tabla 15. ¿Cuál de los equipos es el apropiado para tomar la longitud de los niños menores de 2 años?

Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) infantometro	21	21	100%	100%
b) estadiómetro	0	0	0%	0%
c) cinta métrica	0	0	0%	0%
d) todas las anteriores	0	0	0%	0%
e) ninguna de las anteriores	0	0	0%	0%
Total	21	21	100%	100%

De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta “¿Cuál de los equipos es el apropiado para tomar la longitud de los niños menores de 2 años?” se pudo evidenciar que tanto en el pre-test como en el pos-test las madres comunitarias contestaron correctamente (opción a), por lo que se atribuye a que las madres si tenían en claro con que instrumento se debe realizar la longitud de los niños menores de 2 años, lo cual se evidenció durante la explicación de la técnica ya que de inmediato refirieron que el instrumento es infantómetro pero que este es de difícil disposición por lo que explicaron la técnica como lo realizan ellas a través de una mesa y una cinta métrica.

Tabla 16. ¿Cuál de las siguientes acciones es incorrecta para la toma de la talla?

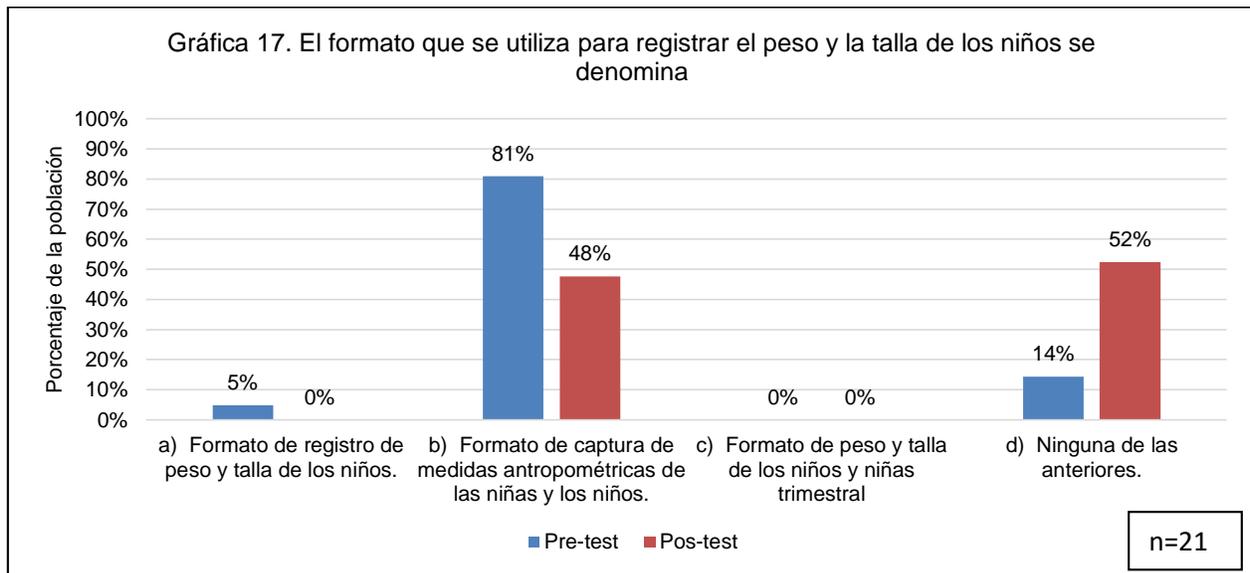
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Solicitar al niño o niña que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición.	8	0	38%	0%
b) Pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros.	9	2	43%	10%
c) Con ambas manos deslizar la pieza movable hacia el vértice (coronilla) de la cabeza hasta que se apoye suavemente sobre esta.	1	19	5%	90%
d) Cuidar que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.	3	0	14%	0%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para la pregunta ¿Cuál de las siguientes acciones es incorrecta para la toma de la talla?. Se pudo evidenciar que en el pre-test solo el 5% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción c), por lo que se debe a que las madres no conocen como se realiza la técnica para la toma de medidas antropométricas, en el pos-test el 90% de las madres contesto correctamente, ya que la gran mayoría de las madres presentaron disposición de aprender sobre cómo se debe realizar la técnica; por otro lado solo el 10% de las madres comunitarias no respondieron correctamente , por lo que se debe a que al momento se la explicación se encontraban dispersas y distraídas.

Tabla 17. El formato que se utiliza para registrar el peso y la talla de los niños se denomina

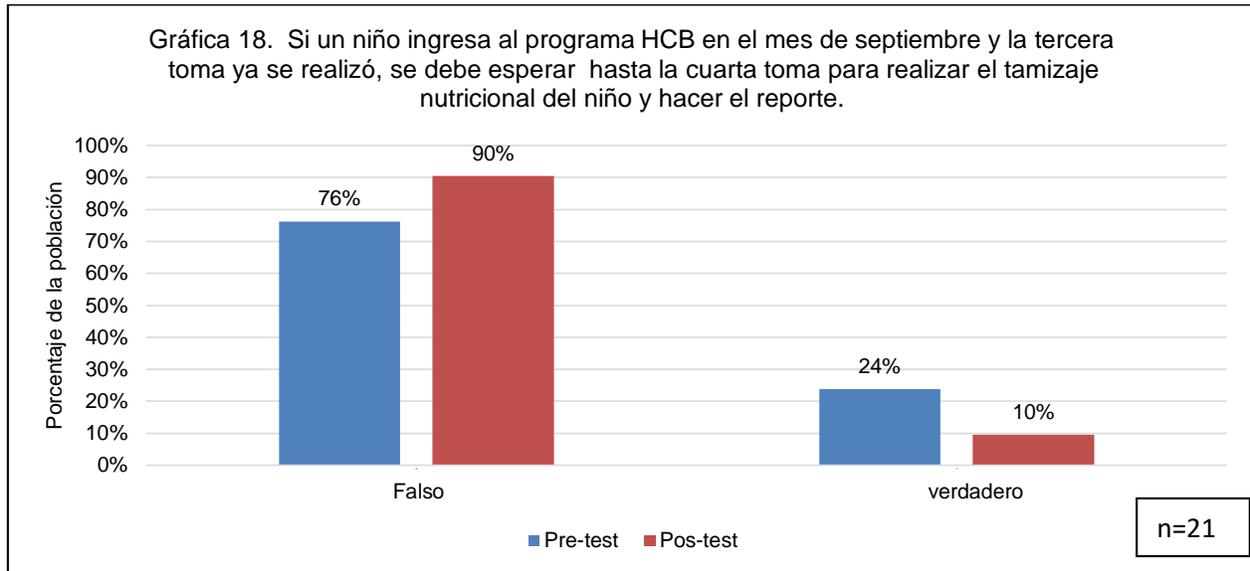
Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Pos-test	Pre-test	Pos-test
a) Formato de registro de peso y talla de los niños.	1	0	5%	0%
b) Formato de captura de medidas antropométricas de las niñas y los niños.	17	10	81%	48%
c) Formato de peso y talla de los niños y niñas trimestral		0	0%	0%
d) Ninguna de las anteriores.	3	11	14%	52%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para el enunciado “formato que se utiliza para registrar el peso y la talla de los niños se denomina”. Se pudo evidenciar que en el pre-test solo el 14% de las madres comunitarias contestaron correctamente (opción d) por lo que no sabían con claridad cuál es el nombre exacto, en el posttest el 52% de las madres contestaron correctamente, pero un 48% contestó de forma incorrecta, aunque se resaltó en repetidas veces el nombre del formato, las madres confundieron la palabra datos por medida, ya que lo dirigen como la acción que van a realizar, por lo contrario el formato expresa es el resultado obtenido a través de la palabra datos.

Tabla 18. Si un niño ingresa al programa HCB en el mes de septiembre y la tercera toma ya se realizó, se debe esperar hasta la cuarta toma para realizar el tamizaje nutricional del niño y hacer el reporte

Opciones	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-tes	Pos-tes	Pre-test	Pos-test
Falso	16	19	76%	90%
Verdadero	5	2	24%	10%
Total	21	21	100%	100%



De acuerdo con los resultados obtenidos para el enunciado. Si un niño ingresa al programa HCB en el mes de septiembre y la tercera toma ya se realizó, se debe esperar hasta la cuarta toma para realizar el tamizaje nutricional del niño y hacer el reporte. Se pudo evidenciar que en el pre-test solo el 76% de las madres comunitarias contestaron correctamente (falso) y un 24% contestó de forma incorrecta por lo que no tenían en claro que se debe realizar la toma de peso y talla del niño apenas ingrese al servicio; en el postes el 90% de las madres contestó de forma correcta, y un 10% contestó de forma incorrecta, lo que se puede deber a que las madres comunitarias no prestaron atención cuando se explicó la temática.

Evidencias fotográficas de la estrategia de intervención



Fotos: María Angélica Peñaranda/ 19 de Noviembre del 2018/ Unidad de servicio el Principito /Taller de técnica de medidas antropométricas.



CONCLUSIONES

Durante la ejecución de las estrategias de intervención se identificó que >80% de las madres comunitarias fueron participativas y mostraron disposición de aprender las temáticas abordadas y en menor medida algunas madres comunitarias se distraían fácilmente, por lo que se presentaron confusiones en la respuesta del pos-test.

La participación de las 4 estrategias de intervención fue del 100% de las madres comunitarias de la asociación San Martín por lo que se evidencio la disposición de aprender las temáticas a abordar.

En la capacitación de enfermedades prevalentes de la infancia se identificó que las madres comunitarias tenían conocimientos previos a la socialización de la temática ya que las madres ya habían realizado acciones de mejora, teniendo en cuenta los compromisos que se establecieron en la primera visita de supervisión para dar cumplimiento a los criterios de verificación.



BIBLIOGRAFÍA

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Lineamiento técnico para la atención a la primera infancia*. p. 8.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2018). *Manual operativo de la modalidad comunitaria para la atención a la primera infancia*. pp. 89-96.

Ministerio de protección social (2010). Guía para madres comunitarias, *Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI*. P24-31

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2018). *Evaluación y Seguimiento al Estado Nutricional*. P1-6



PROGRAMA EDUCATIVO CONMEMORACIÓN DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN

Presentado por:
Ximena Sarasty Ordoñez
Diego Sarabia Pérez
Cameli Sayago Rodriguez
Jesica Sanchez Gómez
Nataly Abril Ferrer
Nutricionistas Dietistas en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
N.D. Esp. Nancy Milena Duarte.
Docentes supervisoras Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**



CONMEMORACIÓN DEL DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN.

❖ OBJETIVO GENERAL

Contribuir a la promoción de acciones en alimentación mediante la planificación y ejecución de estrategias de intervención en el marco de la conmemoración del Día Mundial de la Alimentación en 15 UDS del programa HCB-Familiares pertenecientes a los centros zonales Uno, Dos y Tres, del municipio san José de Cúcuta, octubre de 2018.

❖ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Promover la participación activa de las familias de 15 UDS del programa HCB-Familiares pertenecientes a los centros zonales Uno, Dos y Tres, mediante el establecimiento de acciones de convocatoria efectivas.
- ✓ Implementar estrategias lúdico recreativas para la promoción de acciones en alimentación en las familias de las 15 UDS del programa HCB-Familiares pertenecientes a los centros zonales Uno, Dos y Tres.
- ✓ Efectuar una presentación formal de los resultados de las estrategias de intervención implementadas a los actores partícipes de la conmemoración del Día Mundial de la Alimentación.

❖ ESTRATEGIAS

1. Tarjetas de Invitación.
2. Feria de la alimentación.
3. Material educativo.
4. Estrategia evaluativa: pre-tes, pos-tes
5. Relaciones interpersonales.
6. Salidas de campo.

❖ METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la conmemoración del día mundial de la alimentación, se realiza una serie de actividades, las cuales se describen a continuación:

1. Actividades para la convocatoria de las familias de las 15 UDS del programa HCB-Familiares pertenecientes a los centros zonales Uno, Dos y Tres.
 - ✓ Coordinar con las madres comunitarias de las 15 UDS del programa HCB-Familiares pertenecientes a los centros zonales Uno, Dos y Tres, las fechas de ejecución.
 - ✓ Diseño de las tarjetas de invitación (**ver Anexo 1.**)
 - ✓ Impresión de las tarjetas de invitación.
 - ✓ Entrega de invitaciones a las madres de familia cuando reciban a sus hijos, en las 15 UDS del programa HCB-Familiares pertenecientes a los centros zonales Uno, Dos y Tres.
2. Actividades para la ejecución de la Feria de la alimentación
 - ✓ Adecuación del espacio asignado con carteles alusivos a la temática y la posterior ubicación de una serie de stands para la realización de la feria.

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

- ✓ Saludo inicial a la población asistente a la conmemoración del día mundial de la alimentación.
- ✓ Desarrollo de la estrategia evaluativa inicial- pre-tes (**Ver Anexo 2.**)
- ✓ Introducción sobre la conmemoración del día mundial de la alimentación, dando a conocer la siguiente información

Cada 16 de octubre de cada año, se celebra el Día Mundial de la Alimentación. Este día fue proclamado en 1979 por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación, (FAO). La finalidad de conmemorar este día es concientizar a los pueblos del mundo sobre el problema alimentario mundial y fortalecer la solidaridad en la lucha contra el hambre, la desnutrición y la pobreza.

Por lo que la conmemoración del Día Mundial de la Alimentación, se encuentra articulada con los Objetivos del Desarrollo Sostenible principalmente el objetivo Hambre Cero ya que estos buscan terminar con todas las formas de hambre y desnutrición para 2030 y velar por el acceso de todas las personas, en especial los niños, a una alimentación suficiente y nutritiva durante todo el año, gestionadas de forma adecuada, la agricultura, la silvicultura y la acuicultura pueden suministrar comida nutritiva a todo el planeta, así como generar ingresos decentes, apoyar el desarrollo centrado en las personas del campo y proteger el medio ambiente, pero ahora mismo, los suelos, océanos, bosques y el agua potable y biodiversidad están sufriendo un rápido proceso de degradación debido a procesos de sobreexplotación, a esto se añade el cambio climático, que repercute sobre los recursos de los que dependemos y aumenta los riesgos asociados a los desastres naturales tales como las sequías y las inundaciones. (FAO, 2018)

En concordancia con lo anterior la FAO establece para el año 2018 el lema:



Es por esto que se estableció una serie de acciones tales como no tirar comida; producir mas, con menos; adoptar una dieta más saludable y sostenible y defender el #HambreCero, ya que Hambre Cero significa trabajar unidos para garantizar que todos, en todas partes, tengan acceso a los alimentos seguros, saludables y nutritivos que se necesiten, para lograrlo, se deben adoptar estilo de vida más sostenible, trabajar con otros, compartir conocimiento y estar dispuestos a ayudar a cambiar el mundo para mejor. (FAO, 2018)

- ✓ Seguidamente se distribuirá a la población asistente en 4 grupos, cada grupo se dirigirá a un stand (stand del 1 al 4) planificando un tiempo entre 10 a 15 minutos por stand, cuando roten los 4 grupos en los cuatro stand, se dirigirán al stand 5 donde se realizará la actividad programada con todos los asistentes. Dependiendo del stand se darán puntos a los participantes y al final el participante que acumule más puntos ganará un premio.



Descripción de las actividades a desarrollar por cada stand

Stand N°1: Juego “Apuntale a tu región”

- ✓ El stand estará adecuado con un cartel con el nombre de la temática



- ✓ Además, se dispondrán los elementos necesarios para el desarrollo de esta actividad, tales como:
 - Tablero de tiro al blanco
 - Imágenes impresas de los alimentos
 - Dardos
 - Mesa
- ✓ Descripción del juego:

Esta actividad es un juego sencillo, de pocas reglas, cuyo fin es identificar los alimentos autóctonos de la región Norte Santandereana y Cucuteña. El tablero de tiro al blanco tendrá diferentes imágenes alusivas a los alimentos disponibles y al alcance diario de las familias cucuteñas que sean autóctonos de la región y alimentos autóctonos de otros sectores del país, las cuales se distribuirán en todo el tablero.

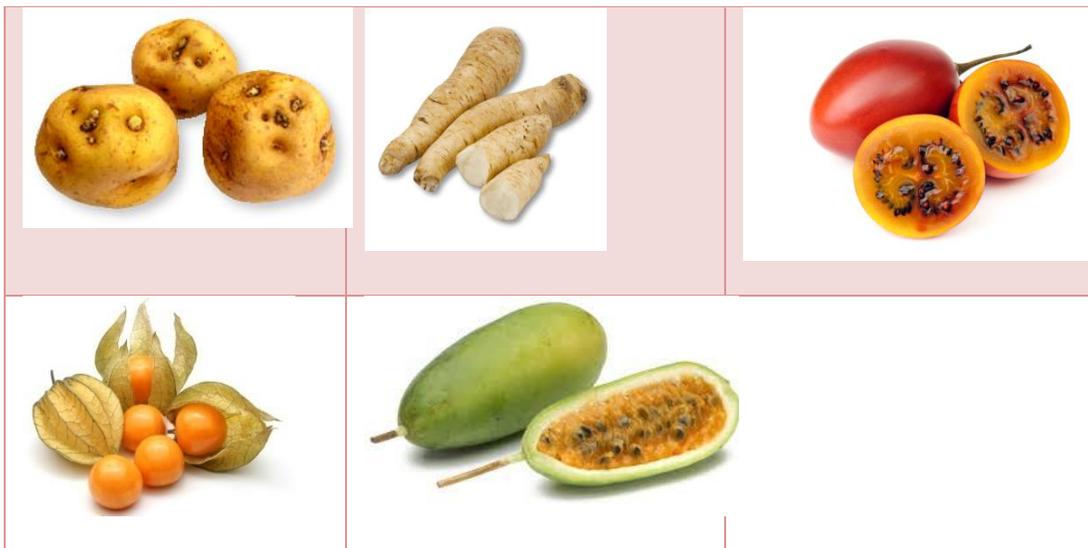
De acuerdo a la cantidad de participantes de cada grupo, se turnarán para el lanzamiento de los dardos, los cuales tendrán tres intentos de lanzamiento. Ganará la persona que logre apuntar al mayor número de alimentos originarios de la región. Las personas que no logren el objetivo deberán mencionar tres alimentos que consumen comúnmente y que sean autóctonos de la región Norte Santandereana y Cucuteña.

Alimentos autóctonos de Cúcuta



Alimentos autóctonos de la región Norte santandereana





Alimentos nativos de otras regiones del país



- ✓ Después de terminada la serie de tiros, se les dará puntos a los participantes que hayan acertado.
- ✓ Seguidamente se les explicará a los participantes la importancia de consumir alimentos autóctonos de la región:

Comprar productos de agricultores locales, apoya el crecimiento económico local y el viaje entre las personas y los productos es más corto, por lo tanto, hay menos emisiones, menos contaminación, un mundo más saludable, agricultores más felices y una ¡Excelente relación calidad-precio!, obteniendo alimentos frescos y variados. Además el “El Plato saludable de la Familia Colombiana”, invita a la población a consumir alimentos autóctonos, que se producen y preparan en las regiones de nuestro país y hacen parte de la cultura colombiana, especialmente cuando están en cosecha y se consiguen a mejor precio, pudiendo acceder a una alimentación saludable y sostenible.

Stand N°2: "Creando mi Huerta Colgante"

- ✓ El stand estará adecuado con un cartel con el nombre de la temática



- ✓ Además, se dispondrán los elementos necesarios para el desarrollo de esta actividad, tales como:

- Botellas de Plástico.
- Tornillo o algo para hacer hoyos.
- Pita o cuerda.
- Tijeras, Regla y Plumón o lápiz.
- Plástico resistente al agua y encendedor o fósforos.
- Tierra
- Semillas de lechuga.

- ✓ Descripción del juego:

En esta actividad se les explicará a los participantes como crear sus propias huertas colgantes en casa a partir de materiales reciclables, para lo cual se conformarán grupos de 3-4 personas.

Procedimiento

1. Marcar con un plumón la zona que se le cortara a las botellas y los agujeros por donde pasará la cuerda o pita.



2. Cortar un rectángulo en la parte de la botella con ayuda de las tijeras.



3. Hacer dos hoyos con un tornillo de un diámetro de 5mm, a lado y lado de la botella, por los cuales se introducirá posteriormente la pita.



4. Seleccionar la pita y cortar dos tiras del largo que se requiera. Luego quemar los bordes y aplastarlos, para que estos no se deshilen con el tiempo de uso.



5. Pasar la pita por los agujeros de la botella, lo cual que permita colgarla.



6. Para la parte inferior de la botella, cortar un pequeño pedazo de plástico e incrustarlo, luego hacerle nudos a la pita esto con el fin de dar más resistencia y soporte.





7. En la parte superior de la botella hacer otro nudo que brinde soporte y estabilidad.



8. Hacer el mismo proceso con el otro extremo de la botella.



9. Llenar la botella de tierra dejando libre 2 cm antes de llegar a la superficie.

10. Hacer un agujero en la tierra a aproximadamente 3cm de profundidad y depositar la semilla de lechuga.

“Ahora a tener paciencia y regar con amor cada día.”

Después de realizar la explicación, los grupos previamente conformados deberán realizar cada uno de los pasos anteriormente mencionados, para crear su propia huerta colgante.

- ✓ Después de terminada la actividad, se entregara puntos a cada persona que haya hecho bien la huerta colgante con todos sus pasos.
- ✓ Seguidamente se les explicará a los participantes la importancia de las huertas caseras:

Se puede consume verduras saludables de cosecha propia construyendo y cuidando una huerta en la escuela, en la comunidad local, en terrenos baldíos, en la azotea o incluso en el balcón del apartamento.

Tener plantas en todas partes crea sombra, limpia el aire, enfría el paisaje urbano y reduce la contaminación del agua.

Beneficios de tener una huerta:

- a) Proporciona alimentos variados para toda la familia, durante todo el año o por varios meses.
- b) La huerta le ayudará a tener una familia mejor alimentada y más sana
- c) Mejora o mantiene el estado nutricional de toda la familia.
- d) Fortalece la integración familiar.
- e) Permite una producción segura y sana de alimentos.
- f) Se fomenta la diversidad de cultivos de hortalizas, leguminosas y otros alimentos.

Stand N° 3: Juego “Nutriaros”

- ✓ El stand estará adecuado con un cartel con el nombre de la temática



- ✓ Además, se dispondrán los elementos necesarios para el desarrollo de esta actividad, tales como:
 - Conos
 - Aros
 - Cartel con los alimentos.
- ✓ Descripción del juego:

Primero se socializará a los participantes la siguiente información, con la ayuda de un cartel que contenga ejemplos de alimentos densamente energéticos vs alimentos naturales. **(Ver Anexo 3.)**

Temática alimentos densamente energéticos vs alimentos naturales.

Clasificación de los alimentos y sus implicaciones en la salud

La nueva clasificación incluye según **PEÑA M. (2014)**:

- ✓ *Grupo 1*: alimentos naturales y mínimamente procesados.
- ✓ *Grupo 2*: ingredientes culinarios.
- ✓ *Grupo 3*: productos comestibles listos para el consumo: procesados y altamente procesados (ultraprocesados).

Grupo 1. Alimentos naturales y mínimamente procesados

- a. Alimentos naturales (no procesados): son de origen vegetal (verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, nueces, semillas) o de origen animal (pescados, mariscos, carnes de bovino, aves de corral, animales autóctonos, así como huevos, leche, entre otros). Una condición necesaria para ser considerados como no procesados es que estos alimentos no contengan otras sustancias añadidas como son: azúcar, sal, grasas, edulcorantes o aditivos.
- b. Alimentos mínimamente procesados: son alimentos naturales que han sido alterados sin que se les agregue o introduzca ninguna sustancia externa. Usualmente se sustrae partes mínimas del alimento, pero sin cambiar significativamente su naturaleza o su uso.

Estos procesos "mínimos" (limpiar, lavar, pasteurizar, descascarar, pelar, deshuesar, rebanar, descremar, esterilizar, entre otros) pueden aumentar la duración de los alimentos, permitir su almacenamiento, ayudar a su preparación culinaria, mejorar su calidad nutricional, y tornarlos más agradables al paladar y fáciles de digerir.

En combinaciones adecuadas, todos los alimentos de este grupo forman la base para una alimentación saludable.

Grupo 2. Ingredientes culinarios

Los ingredientes culinarios son sustancias extraídas de componentes de los alimentos, tales como las grasas, aceites, harinas, almidones y azúcar; o bien obtenidas de la naturaleza, como la sal.

La importancia nutricional de estos ingredientes culinarios no debe ser evaluada de forma aislada, sino en combinación con los alimentos.

Grupo 3. Productos comestibles listos para el consumo: procesados y altamente procesados (ultra procesados).

- a. Productos comestibles procesados: se refieren a aquellos productos alterados por la adición o introducción de sustancias (sal, azúcar, aceite, preservantes y/o aditivos) que cambian la naturaleza de los alimentos originales, con el fin de prolongar su duración, hacerlos más agradables o atractivos.

Ejemplos: verduras o leguminosas enlatadas o embotelladas y conservadas en salmuera, frutas en almíbar, pescado conservado en aceite, y algunos tipos de carne y pescado procesados, tales como jamón, tocino, pescado ahumado; queso, al que se le añade sal.

Los productos procesados generalmente conservan la identidad básica y la mayoría de los componentes del alimento original, pero los métodos de procesamiento usados hacen que sean desbalanceados nutricionalmente, debido a la adición de aceite, azúcar o sal.

- b. Productos comestibles altamente procesados (ultraprocesados): son elaborados principalmente con ingredientes industriales, que normalmente contienen poco o ningún alimento entero. Los productos ultraprocesados se formulan en su mayor parte a partir de ingredientes industriales, y contienen poco o ningún alimento natural.

El objetivo del *ultraprocesamiento* es elaborar productos durables, altamente apetecibles, y lucrativos. La mayoría están diseñados para ser consumidos como "snacks" y bebidas, por sí solos o en combinaciones con otros productos ultraprocesados.

Ejemplos: sopas enlatadas o deshidratadas, sopas y fideos empaquetados "instantáneos", margarinas, cereales de desayuno, mezclas para pastel, papas fritas, bebidas gaseosas, jugos, galletas, caramelos, mermeladas, salsas, helados, chocolates, fórmulas infantiles, leches para niños pequeños y productos para bebés, barras de "energía", muchos tipos de panes, tortas, postres, pasteles, productos "listos para calentar", y muchos otros tipos de productos de bebidas y "snacks".

Algunos simulan platos caseros pero se diferencian debido a la naturaleza de la mayoría de sus constituyentes, y a las combinaciones de preservantes y otros aditivos utilizados en su elaboración.

Varias características nutricionales, metabólicas, sociales, económicas y ambientales de los productos ultraprocesados afectan la salud. A continuación las principales razones:

1. Son nutricionalmente desequilibrados.
2. Son de alta densidad energética.
3. Puedan crear hábitos de consumo y adicción.
4. Son fáciles de consumir por lo que pueden fácilmente desplazar comidas y platos preparados a partir de alimentos que son nutritivos.
5. Se promueven y se ofrecen por mecanismos que son engañosos, pretendiendo imitar a los alimentos naturales o platos tradicionales, usando aditivos que reproducen aromas, sabores y colores.
6. Crean una falsa impresión de ser saludables, mediante la adición de vitaminas sintéticas, minerales y otros compuestos, lo que permite a los fabricantes hacer 'alegaciones de salud', que son falsas.
7. La mayoría de estos productos son altamente rentables porque son producidos por empresas transnacionales y otras grandes corporaciones que operan economías de



escala, comprando o manufacturando a precios muy bajos los ingredientes de su composición.

8. Las apreciables ganancias obtenidas son parcialmente invertidas en propaganda y mercadeo con el objetivo de tornar estos productos más atractivos y hasta glamorosos, especialmente para los consumidores vulnerables, como los niños y los jóvenes. **PEÑA M. (2014)**

- ✓ Luego de realizar la socialización, se contara con cuatro conos y se ubicará un participante por cada cono, se le entregará 3 aros a insertar en los conos y tendrá 8 intentos para insertar los 3 aros, si el participante no inserta todos los aros deberá responder a una de las siguientes preguntas.

Preguntas

Falso verdadero

1. Los alimentos industrializados tienen bajo contenido de sodio, grasas y azúcares. **(F)**
2. Las bebidas industrializadas, con alta densidad energética, han desplazado el agua. **(V)**
3. Los alimentos procesados pueden crear hábitos de consumo y adicción **(V)**

4. ¿Qué alimentos hacen parte de la primera clasificación?

RTA: **La primera clasificación corresponde a alimentos naturales y mínimamente procesados**

5. ¿Qué alimentos hacen parte de la segunda clasificación?

RTA: **Ingredientes culinarios**

6. ¿Qué alimentos hacen parte de la tercera clasificación?

RTA: **Productos comestibles listos para el consumo: procesados y altamente procesados (ultra procesados).**

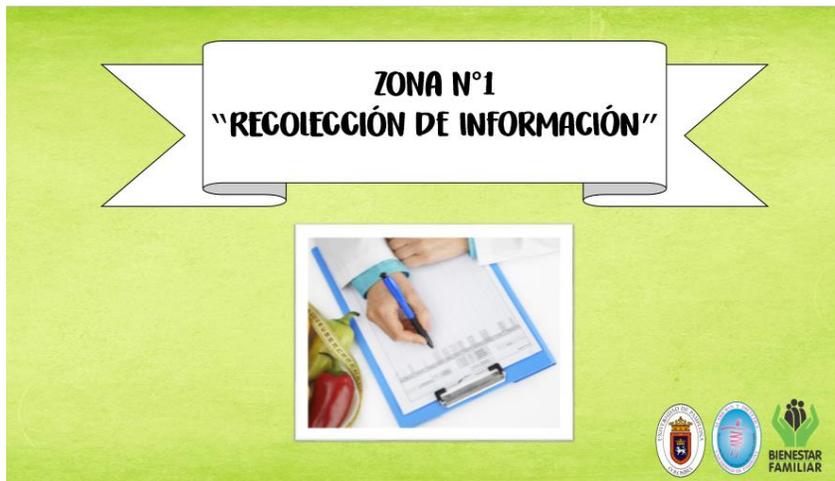
7. ¿Cuál de las clasificaciones se considera base para una alimentación saludable?

RTA: clasificación número 1: **Alimentos naturales y mínimamente procesados**

- ✓ Se le entregará los puntos a los participantes dependiendo del número de aciertos.

Stand N° 4 "Tamizaje nutricional de las madres de familia.

- ✓ El stand estará adecuado con 3 carteles con el nombre de 3 zonas.



En esta zona se realizará la recolección de la información inicial de las madres de familia objeto de valoración antropométrica.

Primero se les explicándose que el tamizaje nutricional tiene como objetivo obtener la información pertinente para el proyecto de investigación doble carga nutricional en hogares comunitarios de bienestar familiar-tradicional del municipio de San José de Cúcuta, que el proyecto es con fines académicos y que la información no será divulgada.

Para lo cual se les pedirá que firmen un consentimiento informado, además se les solicitará la información establecida en el formato de recolección de la información del proyecto y adicional se les pedirá que registren y firmen la hoja de asistencia.



En esta zona se realizará la toma de medidas antropométricas correspondientes a peso y talla con base en lo descrito en la resolución 2465 de 2016. (Ver anexo 4.)



En esta zona se realizará la clasificación nutricional de acuerdo a las mediciones obtenidas y se suministrará educación nutricional de acuerdo con el diagnóstico nutricional por antropometría según corresponda, el cual será registrado en el carné de valoración nutricional por antropometría. (Ver Anexo 5.)

Stand N°5: “Piñata de la Alimentación”

- ✓ El stand estará adecuado con un cartel con el nombre de la temática



- ✓ Además, se dispondrán los elementos necesarios para el desarrollo de esta actividad, tales como:
 - Piñata con los módulos de los alimentos
 - Tablero del plato saludable de la familia colombiana.

- Infografía del plato saludable. **(Ver Anexo 6.)**

- ✓ Descripción del juego:

Se sorteará entre los 4 equipos quien iniciará partiendo la piñata, después de establecer qué equipo inicia, se entregará al primer participante un palo y se le vendarán los ojos. Cada participante tendrá la oportunidad de dar 3 golpes y al finalizar su turno continuará un participante de otro equipo hasta que la piñata se parta.

Una vez partida la piñata, cada uno de los participantes tomará un alimento, seguidamente los ND en formación dirigirán a la población hacia el cartel del plato saludable, donde se les explicará el gráfico que representa las guías alimentarias para la población colombiana y la distribución de los alimentos en este:

El plato saludable de la familia colombiana tiene como propósito ayudar a recordar fácilmente cuáles alimentos debe incluir en la alimentación diaria; así como transmitir el mensaje de variedad y proporcionalidad de esos alimentos.

El plato ayuda a elegir una alimentación para cada tiempo de comida, indicando que se deben incluir alimentos frescos y variados de todos o la mayoría de los grupos en porciones adecuadas, también, invita a consumir alimentos autóctonos, que se producen y preparan en las regiones de nuestro país y hacen parte de la cultura colombiana, especialmente cuando están en cosecha y se consiguen a mejor precio.

En cuanto a la distribución por grupos de alimentos, se realizó de acuerdo a su comprensión por parte de la población, su aporte nutricional y su papel en la alimentación de las personas.

Los colores identificados en el icono del plato saludable de la familia colombiana hacen referencia a los grupos de alimentos y los subgrupos de cada uno

Grupo 1. (Color amarillo): Cereales, raíces, tubérculos y plátanos; derivados

Comúnmente llamados harinas, son necesarias ya que le dan al cuerpo la energía que necesita para funcionar adecuadamente. Los cereales son el arroz, el maíz, el trigo, la avena, la cebada, la quinua y los productos que se elaboran a partir de estos como las arepas, el pan, las galletas y la pasta.

Grupo 2. (Color verde): Frutas y verduras.

Las frutas y verduras constituyen una fuente disponible y muy variada de vitaminas y minerales.

Las verduras también son fuente importante de vitaminas y minerales, que contribuyen a la regulación de diferentes procesos vitales. Son la base de las ensaladas y al ser alimentos con una amplia gama de colores y sabores, permiten construir platos llamativos y agradables, más aún cuando son combinadas con frutas.

Grupo 3. (Color azul): Leche y productos lácteos.

Este grupo invita a consumir todos los días leche y productos provenientes de la leche como yogurt, kumis y todos los tipos de queso, excepto aquellos de alto contenido graso como los

de untar (mantequilla, queso crema, crema de leche). Incluir en la alimentación como mínimo dos (2) vasos de leche o productos lácteos cada día.

Grupo 4. (Color naranja): Carnes, Huevos, Leguminosas secas.

Los alimentos de este grupo sirven para formar y mantener huesos y músculos, participan en procesos de cicatrización y son básicos en el crecimiento y desarrollo de los niños. Incluye todos los tipos de carnes: rojas, blancas, peces, mariscos, etc.

Si se quiere reemplazar la proteína por leguminosas como frijol, lenteja, arveja o garbanzo, hay que acompañarlas con arroz para que cumplan la misma función y tengan el mismo valor nutricional.

Entre los frutos secos y semillas se encuentran las nueces, el maní, el ajonjolí, las almendras, las avellanas y otras, que son ricas en grasas de muy buena calidad nutricional y además aportan proteínas.

Grupo 5. (Color Rojo): Grasas.

Son necesarias para la salud y se pueden usar en la preparación de los alimentos, pero evitando freír todos los alimentos. Existen, de origen animal como la manteca de cerdo y la mantequilla, que son sólidas; las vegetales como las margarinas; grasas líquidas de origen vegetal como los aceites de maíz, soya y canola, entre otros. Los alimentos de este grupo se deben consumir en pequeñas cantidades.

Grupo 6. (Color Morado): Azúcares.

En este grupo están el azúcar común, la miel, la panela y los productos procesados que se deriven del azúcar común como los dulces, gaseosas y bebidas azucaradas. Con respecto a este grupo, conviene preferir siempre alimentos bajos en azúcar y sin azúcar añadida. Los alimentos de este grupo también se deben consumir en pequeñas cantidades.

Posterior a la explicación se les solicitará a los participantes que ubiquen el alimento que les correspondió en el área del plato en la cual considere que pertenece según lo explicado anteriormente, los participantes que acierten ganaran un punto y los que no, se reiterará a que grupo pertenecen con un explicación breve.

Agua.

Es el ideal como acompañante para un plato saludable, pues es un regulador natural del metabolismo: hidrata y ayuda a mantener la temperatura corporal ideal y a facilitar el proceso de la respiración y la transpiración. Por todo esto es importante incluirla durante el día, sea pura o en bebidas naturales como jugos de frutas.

Cubiertos

Los cubiertos invitan a la familia colombiana a consumir los alimentos en familia, así como los buenos modales, higiene y prevención en la transmisión de enfermedades. De esta manera los cubiertos dan el mensaje de hábitos saludables al momento de consumir los alimentos..

La actividad física

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

Hace referencia a aquellas actividades que implican movimiento del cuerpo, distinta de las labores rutinarias. Mínimo 30 minutos días para adultos y una hora para niños.

Cereales, raíces, tubérculos y plátanos				
				
Frutas y Verduras				
				
Leches y derivados lácteos				
				
Carnes, huevos y leguminosas secas				
				
Grasas				



- ✓ Después de finalizada la actividad en el stand 5 se procederá a realizar un pos-tes.
- ✓ Seguidamente se entregara un refrigerio el cual contará de un vaso de yogurt con granola y se entregará una ancheta saludable al participante que haya acumulado más puntos durante las estaciones.

❖ **POBLACIÓN OBJETO:** Madres de familia de 15 UDS del programa HCB-F de los centros zonales uno, dos y tres.

❖ **RECURSOS**

Recursos humano:

- ❖ Madres de familia de 15 UDS del programa HCB-F de los centros zonales uno, dos y tres.
- ❖ Docentes supervisora Andreina Vega Mendoza y Nancy Milena Duarte.

Recursos materiales: Los establecidos en la descripción de cada stand.

Recursos equipos: Cámara fotográfica, computador, parlantes.

- ❖ **RESPONSABLES:** Nutricionistas Dietistas en formación Ximena Sarasty Ordoñez, Diego Sarabia, Cameli Sayago, Jesica Gómez y Nataly Abril.



ANEXOS

Anexo 1. Modelo Tarjeta de invitación

Los estudiantes de Práctica Campos de Acción Profesional de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona, se complacen en invitarle a participar de:

CONMEMORACIÓN DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN
"Feria de la Alimentación"

Día: Jueves 25 de octubre.
Lugar: Centro Zonal Cúcuta Dos.
Hora: 2:00pm a 4:00pm.

"NUESTRAS ACCIONES SON NUESTRO FUTURO"

¡Ven, acompáñanos, disfruta y aprende!



DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



Anexo 2. Pre-tes –Pos-tes

Fecha: _____ Asociación: _____

PRE-TEST	
POS-TEST	

Marque con una x la opción de respuesta correcta

- ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación?
 - 26 de octubre de cada año.
 - 29 de septiembre de cada año.
 - 16 de octubre de cada año.
 - 2 de noviembre de cada año.
- ¿Cuál es el lema del día mundial de la alimentación para este año?
 - El clima esta cambiando, la agricultura y la alimentación también.
 - Nuestras acciones son nuestro futuro
 - Todos unidos por el hambre cero
 - Por un mundo sin hambre y sin pobreza
- El modelo de la alimentación saludable para las familias colombianas esta representado por
 - El tren de los alimentos.
 - La pirámide de los alimentos
 - El plato saludable.
 - La rueda de los alimentos.
- ¿Cuáles son los grupos de alimentos que componen la alimentación saludable de la familia colombiana?
 - Cereales, raíces, tubérculos y plátanos.
 - Frutas y verduras.
 - Leche y productos lácteos.
 - carnes, huevos y leguminosas secas
 - Harinas y derivados.
 - Grasas.
 - Azucares.
 - Todas las anteriores
 - Todas excepto la e.
 - Todas excepto la f y g.
- ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible?
 - Disminuir los desperdicios de alimentos.
 - Comprar alimentos autóctonos.
 - Realizar huertas caseras.
 - Consumir alimentos naturales.
 - Todas las anteriores.
 - Solo a y c son correctas



DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

Anexo 3. Modelo cartel alimentos densamente energéticos vs alimentos



Anexo 4. Especificaciones para la toma de medidas antropométricas.

Tabla 1. Equipos antropométricos para el tamizaje nutricional

<p style="text-align: center;">Báscula de Pie</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Balanza digital marca SECA • Modelo 876 • Capacidad de 200 kilos • Precisión de 50 gramos. 	<p style="text-align: center;">Tallimetro portátil</p>  <ul style="list-style-type: none"> • Modelo 213 • Capacidad: 205 cm • Sensibilidad: 1 mm
--	--

Tabla 2. Técnica para la toma de medidas antropométricas de peso y talla con base en lo descrito en la resolución 2465 de 2016.

EQUIPO	VARIABLE	TÉCNICA
Báscula	Peso	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Poner la báscula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que esté tarada o en cero (0). ✓ Solicitar al usuario que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible y que esté en posición recta y erguida. ✓ Si la balanza es mecánica ubicar las piezas móviles a fin de obtener el peso exacto o si es electrónica o digital, simplemente leer el resultado. ✓ Anotar el peso exacto en kilogramos con una aproximación de 50 a 100 gramos, según la sensibilidad del equipo. ✓ Bajar al usuario de la báscula o balanza. ✓ Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula,



		<p>pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos</p>
Tallímetro	Talla	<ul style="list-style-type: none">✓ Poner el Tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas. Es importante que en la base estén dibujadas las plantillas o huellas de los pies para indicar mejor la posición en donde debe quedar el usuario.✓ Ubicar al usuario contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas. Pueden presentarse usuarios que probablemente no pueden juntar totalmente los pies. Verificar que no existan adornos puestos en la cabeza ni zapatos.✓ Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Los talones no debe estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos.✓ Solicitar al usuario que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros. Con la mano derecha deslizar la pieza móvil hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoye suavemente sobre ésta.✓ Una vez la posición del usuario esté correcta, leer rápidamente el valor que marca la pieza móvil ubicándose frente a ella y anotarlo con una aproximación de 0.1 cm. Retirar la pieza móvil de la cabeza del usuario y la mano del mentón.✓ Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm

Fuente: Resolución 2465 del 2016

Indicadores antropométricos para la clasificación del estado nutricional de las madres de familia.

Tabla 3. Clasificación antropométrica del estado nutricional para las madres de familia menores de 18 años

INDICADOR	PUNTO DE CORTE (DE)	CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1 ≥ -2 a < -1 < -2	Talla Adecuada para la Edad. Riesgo de Retraso en Talla. Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla
IMC para la Edad (IMC/E)*	$> +2$ $> +1$ a $\leq +2$ ≥ -1 a $\leq +1$ ≥ -2 a < -1 < -2	Obesidad Sobrepeso IMC Adecuado para la Edad Riesgo de Delgadez Delgadez

Fuente: Resolución 2465 del 2016

Tabla 4. Clasificación antropométrica del estado nutricional para madres de familia de 18 a 64 años de edad, según el Índice de Masa Corporal – IMC

CLASIFICACIÓN IMC Kg/m ²	
Delgadez	$< 18,5$
Normal	$\geq 18,5$ a < 25
Sobrepeso	≥ 25 a < 30
Obesidad	≥ 30

Fuente: Resolución 2465 del 2016

Tabla 5. Sub clasificación de la obesidad

Obesidad	≥ 30
Obesidad grado I	30 a 34,9
Obesidad grado II	35,0 a 39,9
Obesidad grado III	$\geq 40,0$

Fuente: Resolución 2465 del 2016



Anexo 5. Modelo de carné de valoración nutricional por antropometría.

RECOMENDACIONES NUTRICIONALES	
<p>*Consuma alimentos variados y nutritivos diariamente.</p> <p>*Disminuya el consumo de grasas saturadas y evite las comidas rápidas.</p> <p>*Aumente el consumo de frutas y verduras. "5 al día"</p> <p>*Evite el consumo de bebidas azucaradas.</p> <p>*Limite el consumo de sal en su alimentación.</p> <p>*Consuma agua diariamente.</p> <p>*Procure realizar actividad física al menos 3 veces por semana para ayudar a mantener un cuerpo sano.</p>	
Proyecto de investigación "Doble carga nutricional en hogares comunitarios de bienestar familiar-tradicional del municipio de San José de Cúcuta"	
CARNET DE VALORACIÓN NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRÍA	
Madres de familia menores de 18 años	
DATOS DE IDENTIFICACIÓN	
Nombres y Apellidos: _____	

Fecha de Nacimiento:	
Día: ____ Mes: ____ Año: ____	
Edad: Años: ____ Meses: ____	
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
DATOS ANTROPOMÉTRICOS	
Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____	
Talla para la Edad (T/E): _____	
Clasificación antropométrica: _____	

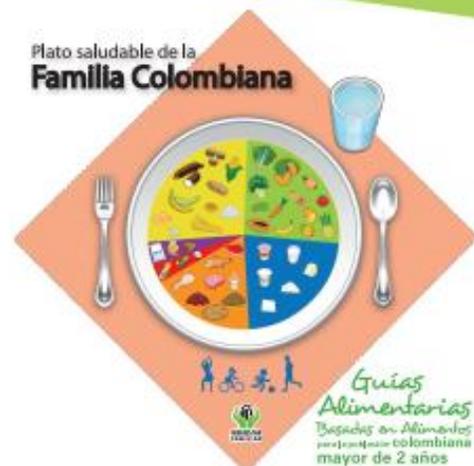
IMC para la edad (IMC/E): _____	
Clasificación antropométrica: _____	



RECOMENDACIONES NUTRICIONALES <ul style="list-style-type: none">*Consuma alimentos variados y nutritivos diariamente.*Disminuya el consumo de grasas saturadas y evite las comidas rápidas.*Aumente el consumo de frutas y verduras. "5 al día"*Evite el consumo de bebidas azucaradas.*Limite el consumo de sal en su alimentación.*Consuma agua diariamente.*Procure realizar actividad física al menos 3 veces por semana para ayudar a mantener un cuerpo sano.	<p>Proyecto de investigación "Doble carga nutricional en hogares comunitarios de bienestar familiar-tradicional del municipio de San José de Cúcuta"</p>  <p>CARNET DE VALORACIÓN NUTRICIONAL POR ANTROPOMETRÍA</p> <p>Madres de familia mayores de 18 años</p>
---	--

DATOS DE IDENTIFICACIÓN	DATOS ANTROPOMÉTRICOS
Nombres y Apellidos: _____ _____ _____	Peso (Kg): _____ Talla (cm): _____
Fecha de Nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____	Índice de Masa Corporal (Kg/m²): _____
Edad: Años: _____ Meses: _____	Clasificación antropométrica: _____ _____
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Sub clasificación de obesidad (únicamente si aplica) _____ _____

Anexo 6. Infografía Plato Saludable.



1 Consuma alimentos frescos y variados como lo indica el Plato saludable de la familia colombiana

2 Para favorecer la salud de músculos, huesos y dientes, consuma diariamente leche u otros productos lácteos y huevo

3 Para una buena digestión y prevenir enfermedades del corazón, incluya en cada una de las comidas frutas enteras y verduras frescas

4 Para complementar su alimentación consuma al menos dos veces por semana leguminosas como frijol, lenteja, arveja y garbanzo

5 Para prevenir la anemia, los niños, niñas, adolescentes y mujeres jóvenes deben comer vísceras una vez por semana

6 Para mantener un peso saludable, reduzca el consumo de "productos de paquete", comidas rápidas, gaseosas y bebidas azucaradas

7 Para tener la presión arterial normal, reduzca el consumo de sal y alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete altos en sodio

8 Cuide su corazón, consuma aguacate, maní y nueces, disminuya el consumo de aceite vegetal y margarina, evite grasas de origen animal como mantequilla y manteca

9 Por el placer de vivir saludablemente realice actividad física de forma regular.





Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

INFORME EVALUATIVO DEL PLAN EDUCATIVO FÉRIA DE LA ALIMENTACIÓN, CENTRO ZONAL CÚCUTA UNO, DOS Y TRES, SEGUNDO SEMESTRE ACADÉMICO DEL 2018.

Presentado por:
Cameli Sayago Rodriguez
Diego Sarabia Perez
Nataly Abri Ferrer
Yesica Sajary Góme Sanches
Ximena Sarasty Ordoñez
COD. 1094278690
Nutricionistas Dietistas en formación

Presentado a:
ND. Esp. Andreina Vega Mendoza
ND. Esp Nancy Milena Duarte
Docentes supervisoras Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SAN JOSE DE CÚCUTA
2018

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Establecer un análisis evaluativo de las jornadas de intervención realizadas en el marco de la conmemoración del día mundial de la alimentación, dirigido a las madres usuarias de las asociaciones de Hogares Comunitarios de Bienestar Familiares La ermita, El salado, Aguas calientes y San Martín.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la metodología implementada en la conmemoración del día mundial de la alimentación en las asociaciones la ermita, el salado, aguas calientes y san Martín.
- Identificar los cambios metodológicos efectuados para la conmemoración del día mundial de la alimentación en cada una de las jornadas realizadas.
- Determinar la receptividad de las madres usuarias respecto a la temática expuesta en la conmemoración del día mundial de la alimentación a través de la tabulación y análisis de los pre-test y post-test.
- Efectuar una presentación formal de los resultados obtenidos en la conmemoración del día mundial de la alimentación a los actores involucrados en el proceso.

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**



METODOLOGÍA

Con base en las estrategias de intervención planificadas para el programa educativo para la Conmemoración del Día Mundial de la Alimentación “feria de la alimentación”, se establecen en este informe los resultados obtenidos de la ejecución con las madres usuarias de las Asociaciones La Ermita, El Salado, Aguas Calientes y San Martín. A continuación, se describe la metodología de planificación, convocatoria y ejecución para las cuatro jornadas ejecutadas.

Fase de planificación y convocatoria.

Para efectos de la ejecución de la “feria de la alimentación”, se estableció la programación de cuatro jornadas, las cuales contaron con diferentes metodologías de planificación y convocatoria, descritas a continuación.

Jornada N°1:

Esta estrategia de intervención inicialmente fue revisada y aprobada por la docentes supervisoras de práctica Andreina Vega Mendoza y Nancy Milena Duarte y socializada a la N.D del Centro Zonal Cúcuta tres Sandra Echeverría. A quien se comunicó que la finalidad es conmemorar el día mundial de la alimentación y realizar la recolección de datos para el proceso de investigación que adelanta la Universidad de pamplona en el ICBF, la ND dio su aprobación para el desarrollo de la jornadas.

Para la primera jornada de intervención se estableció llevarla a cabo la asociación Aguas calientes, para lo cual se socializó la actividad con la representante legal de la asociación y se llegó al común acuerdo de realizarse en el espacio físico de la UDS Paraíso infantil y convocar la población de madres usuarias de los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiares Paraíso infantil, Yeyitos y Bulliciosos mediante la entrega de invitaciones previamente revisadas y aprobadas por las docentes supervisoras de práctica y socializadas a las nutricionistas dietistas a cargo del área de prevención de los centros zonales Cúcuta uno, dos y tres. Las invitaciones fueron entregadas por los ND en formación Diego Sarabia y Ximena Sarasty a las agentes educativas a cargo de cada uno de los hogares comunitarios participantes de la intervención socializando el objetivo de la conmemoración y describiendo la estrategia de intervención. Asimismo, se elaboró un acta en la cual se estableció el compromiso de hacer la entrega de una invitación a cada madre usuaria al momento del ingreso o salida de sus beneficiarios resaltando la importancia de la asistencia y participación en la intervención.

Jornada N°2:

Esta estrategia de intervención inicialmente fue socializada verbalmente a la N.D del Centro Zonal Cúcuta Dos Dayana Mojica, en donde se le comunicó que dentro de las actividades planificadas para el plan educativo se realizaría una actividad a las madres usuarias pertenecientes a la asociación El Salado y la Ermita con la finalidad de conmemorar el día mundial de la alimentación y realizar la recolección de datos para el proceso de investigación denominado “Doble carga nutricional en los Hogares Comunitarios de Bienestar Familiar”, la nutricionista Dietista a su vez se comunicó con la coordinadora Mabel Villamizar para solicitar el permiso para su ejecución en las instalaciones del Centro Zonal Cúcuta Dos, la cual fue aprobada. Con base en lo anterior, se determinó que la estrategia se realizaría el día 25 de octubre del presente año a las 2:00 pm.

Seguidamente las estudiantes se comunicaron por medio telefónico con las Sras. Doris Jiménez y Victoria Calderón, representantes legales de la asociación La Ermita y El Salado respectivamente, donde se les explicó la actividad a desarrollar para la conmemoración del

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



día mundial de la alimentación, ya aprobada por el Centro Zonal Dos. Así mismo, se les socializó el día, hora y lugar de ejecución establecido para el 25 de octubre a las 2:00 pm. Las representantes refirieron estar de acuerdo, y se estableció que se realizaría la entrega de las tarjetas de invitación personalmente a 30 madres usuarias en cada asociación al terminar el horario de atención en las UDS.

Finalmente se realiza la entrega de las tarjetas de invitación a cada una de las madres usuarias de la asociación, entregando 60 tarjetas de invitación, igualmente se incentivó a la asistencia de esta actividad.

Jornada N°3:

Para la jornada tres se realizó con las madres de familia de la asociación San Martín, también se solicitó el permiso para realizar la actividad en el centro zonal Cúcuta tres, para lo cual la Nutricionista Dietista extendió la solicitud a la coordinadora Iveth Cecilia Álvarez, quien dio la aprobación de realizar la jornada en el auditorio del centro zonal, seguidamente la ND en formación Ximena Sarasty socializó a la representante legal de la Asociación San Martín, dicha actividad y se programó una reunión con todas las madres comunitarias para la entrega de las tarjetas de invitación, ya en la reunión se entregó a cada madre comunitaria 5 invitaciones para que las extendieran a las madre usuarias, para un total de 75 invitaciones, además se solicitó que promovieran la participación para la actividad

Jornada N°4:

Para la ejecución de la cuarta jornada de conmemoración del día mundial de la alimentación se determinó inicialmente llevarse a cabo con las madres usuarias de la asociación Aguas calientes y La coralina por lo cual se socializó a la N.D del Centro Zonal Cúcuta tres Sandra Echeverría. Y se solicitó nuevamente el permiso para llevar a cabo la jornada en el auditorio del centro zonal Cúcuta tres, por lo que se verificó la disponibilidad del auditorio, quedando programada la estrategia el día 27 de noviembre del presente año a las 2:30 pm.

La convocatoria de las madres usuarias de la asociación se realizó de la siguiente manera: Se convocó mediante la representante legal de la asociación Aguas calientes una reunión con asistencia de todas las agentes educativas de la asociación y el nutricionista Dietista en formación Diego Sarabia socializó a las madres comunitarias que dentro de las actividades planificadas para el plan educativo se realizaría una actividad dirigida a las madres usuarias con la finalidad de conmemorar el día mundial de la alimentación, por lo que se entregó 40 invitaciones distribuidas a 10 unidades de servicio, cada unidad 4 invitaciones. Se enfatizó a las madres comunitarias la importancia de la asistencia y participación a la jornada de intervención de las madres usuarias. En la asociación la Coralina la nutricionista dietista en formación Cameli Sayago por medio de la representante legal entregó 11 invitaciones siendo una por unidad de servicio enfatizando en que por cada una debían asistir 4 madres, además, por vía whatsapp se compartió la invitación a las madres comunitarias y en cada visita de supervisión se recordó que se realizaría la actividad.

Fase de ejecución.

Por cada jornada, se estableció la misma metodología de ejecución. Los ND en formación realizaron la adecuación del espacio asignado con carteles alusivos a la temática y la posterior ubicación de una serie de stands para la realización de la feria.

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**

acceso a los alimentos seguros, saludables y nutritivos que se necesiten, para lograrlo, se deben adoptar estilos de vida más sostenible, trabajar con otros, compartir conocimiento y estar dispuestos a ayudar a cambiar el mundo para mejor. (FAO, 2018)”

Seguidamente, se distribuyó a la población asistente en 4 grupos, cada grupo se dirigió a un stand (stand del 1 al 4), estableciéndose un tiempo de 10 a 15 minutos por stand. Una vez los 4 grupos rotaron por cada stand, se dirigieron al stand 5, donde se realizó la actividad correspondiente a la piñata de la alimentación.

Stand N°1: “Apúntale a tu región”

Para el desarrollo de la actividad se adecuó el stand con material decorativo (cartel alusivo), y se dispuso de un lugar para la ubicación del tablero de la juego en cual se encontraban diferentes imágenes alusivas a los alimentos disponibles y al alcance diario de las familias cucuteñas que sean autóctonos de la región y alimentos autóctonos de otros sectores del país, las cuales se distribuyeron en todo el tablero., igualmente se dispuso del dardo.

Esta actividad estuvo dirigida por la N.D en formación Jessica Sajari Sánchez Gomes para las jornadas 1, 3 y 4, y por la N.D en formación Ximena Sarasty para la jornada 2.

Para el desarrollo de la actividad, se explicó al grupo de participantes que el está numerado del 1 al 10 en un orden no secuencial en todo el contorno, para jugar se debes lanzar un dardo pequeño hacia partes distintas del tablero, contando siempre los puntos que hicieron, para el efecto de la actividad los participantes tuvieron 10 tiros, los cuales se entregaban finalizaba la actividad, aquellos participantes que no obtuvieron puntos realizaron como penitencia mencionar 3 alimentos autóctonos de Cúcuta.

Seguidamente se les pregunto a los participantes si conocían cuales los alimentos autóctonos de la región, luego se explicó a los participantes la importancia de consumir alimentos autóctonos de la región, para lo cual se brindó la siguiente información.

Comprar productos de agricultores locales, apoya el crecimiento económico local y el viaje entre las personas y los productos es más corto, por lo tanto, hay menos emisiones, menos contaminación, un mundo más saludable, agricultores más felices y una ¡Excelente relación calidad-precio!, obteniendo alimentos frescos y variados. Además el “El Plato saludable de la Familia Colombiana”, invita a la población a consumir alimentos autóctonos, que se producen y preparan en las regiones de nuestro país y hacen parte de la cultura colombiana, especialmente cuando están en cosecha y se consiguen a mejor precio, pudiendo acceder a una alimentación saludable y sostenible.

Durante las diferentes ejecuciones que esta estrategia se pudo observar que hubo receptividad y participación de la población para la actividad.

Stand N°2: “Creando mi huerta colgante”

Para el desarrollo de la actividad se adecuó el stand con material decorativo (cartel alusivo), y se dispuso de una mesa con los elementos necesarios para crear la huerta, los cuales fueron botellas plásticas, abono, semillas y elementos como lapiceros, bisturí, punzón, pita, adhesivos, tijeras, entre otros.



Esta actividad estuvo dirigida por la N.D en formación Nathaly Abril para las jornadas 1, 3 y 4, y por el N.D en formación Diego Sarabia para la jornada 2.

Para el desarrollo de la actividad, se explicó al grupo de participantes los utensilios y los pasos para la creación de la huerta colgante. Una vez explicados los 10 pasos por el estudiante, se procedió a la construcción de una huerta en conjunto con los participantes, permitiendo la observación y aprendizaje del proceso.

Una vez construida la huerta, se dio la oportunidad a los participantes de colocar el abono y las semillas de lechuga y cilantro. Para este proceso, se observó un mayor grado de interés por parte de los participantes, quienes preguntaban la frecuencia de riego y la duración en la germinación de la planta; preguntas subsanadas por el estudiante, el cual explicó que el proceso de riego para el crecimiento de las plantas debía realizarse una vez al día, garantizando que sólo se humedezca la tierra; así mismo, se explicó que el tiempo de germinación que corresponde de 3 a 6 días.

Los participantes al ver la huerta colgante terminada, se incentivaron a realizar una propia para llevar a su hogar.

Seguidamente, se les explicó la importancia de tener huertas caseras:

La importancia de tener huertas caseras es el acceso a verduras saludables de cosecha propia en la escuela, en la comunidad local, en terrenos baldíos, en la azotea o incluso en el balcón del apartamento.

Tener plantas en todas partes crea sombra, limpia el aire, enfría el paisaje urbano y reduce la contaminación del agua.

Beneficios de tener una huerta:

Proporciona alimentos variados para toda la familia, durante todo el año o por varios meses.

La huerta le ayudará a tener una familia mejor alimentada y más sana

- c) Mejora o mantiene el estado nutricional de toda la familia.
- d) Fortalece la integración familiar.
- e) Permite una producción segura y sana de alimentos.
- f) Se fomenta la diversidad de cultivos de hortalizas, leguminosas y otros alimentos.

Después de terminada la actividad, se entregaron puntos a los participantes que se animaron a crear la huerta colgante con todos sus pasos establecidos.

Stand N° 3: Juego “Nutriaros”

Esta actividad estuvo dirigida en las 4 jornadas por la ND en formación Camili Sayago Rodrigiez.

Adecuación del espacio físico:

El stand se adecuó con un cartel con el nombre de la temática, además, se dispuso de elementos para el desarrollo de esta actividad, tales como aros, estructura para insertar los aros y un cartel de apoyo para la socialización de la temática.

Desarrollo del juego:

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

Inicialmente se explicó a los participantes en que consistía la actividad enfatizando en el objetivo de dicha actividad el cual es entender el por qué “Con menos podemos hacer más” para ello se les socializó la siguiente información, con la ayuda del cartel de alimentos densamente energéticos vs alimentos naturales.

Temática alimentos densamente energéticos vs alimentos naturales.

Clasificación de los alimentos y sus implicaciones en la salud

La nueva clasificación incluye según **PEÑA M. (2014)**:

Grupo 1: alimentos naturales y mínimamente procesados.

Grupo 2: ingredientes culinarios.

Grupo 3: productos comestibles listos para el consumo: procesados y altamente procesados (ultraprocesados).

Grupo 1. Alimentos naturales y mínimamente procesados

Alimentos naturales (no procesados): son de origen vegetal (verduras, leguminosas, tubérculos, frutas, nueces, semillas) o de origen animal (pescados, mariscos, carnes de bovino, aves de corral, animales autóctonos, así como huevos, leche, entre otros). Una condición necesaria para ser considerados como no procesados es que estos alimentos no contengan otras sustancias añadidas como son: azúcar, sal, grasas, edulcorantes o aditivos.

Alimentos mínimamente procesados: son alimentos naturales que han sido alterados sin que se les agregue o introduzca ninguna sustancia externa. Usualmente se sustrae partes mínimas del alimento, pero sin cambiar significativamente su naturaleza o su uso.

Estos procesos "mínimos" (limpiar, lavar, pasteurizar, descascarar, pelar, deshuesar, rebanar, descremar, esterilizar, entre otros) pueden aumentar la duración de los alimentos, permitir su almacenamiento, ayudar a su preparación culinaria, mejorar su calidad nutricional, y tornarlos más agradables al paladar y fáciles de digerir.

En combinaciones adecuadas, todos los alimentos de este grupo forman la base para una alimentación saludable.

Grupo 2. Ingredientes culinarios

Los ingredientes culinarios son sustancias extraídas de componentes de los alimentos, tales como las grasas, aceites, harinas, almidones y azúcar; o bien obtenidas de la naturaleza, como la sal.

La importancia nutricional de estos ingredientes culinarios no debe ser evaluada de forma aislada, sino en combinación con los alimentos.

Grupo 3. Productos comestibles listos para el consumo: procesados y altamente procesados (ultra procesados).

Productos comestibles procesados: se refieren a aquellos productos alterados por la adición o introducción de sustancias (sal, azúcar, aceite, preservantes y/o aditivos) que cambian la



naturaleza de los alimentos originales, con el fin de prolongar su duración, hacerlos más agradables o atractivos.

Ejemplos: verduras o leguminosas enlatadas o embotelladas y conservadas en salmuera, frutas en almíbar, pescado conservado en aceite, y algunos tipos de carne y pescado procesados, tales como jamón, tocino, pescado ahumado; queso, al que se le añade sal.

Los productos procesados generalmente conservan la identidad básica y la mayoría de los componentes del alimento original, pero los métodos de procesamiento usados hacen que sean desbalanceados nutricionalmente, debido a la adición de aceite, azúcar o sal.

Productos comestibles altamente procesados (ultraprocesados): son elaborados principalmente con ingredientes industriales, que normalmente contienen poco o ningún alimento entero. Los productos ultraprocesados se formulan en su mayor parte a partir de ingredientes industriales, y contienen poco o ningún alimento natural.

El objetivo del *ultraprocesamiento* es elaborar productos durables, altamente apetecibles, y lucrativos. La mayoría están diseñados para ser consumidos como "snacks" y bebidas, por sí solos o en combinaciones con otros productos ultraprocesados.

Ejemplos: sopas enlatadas o deshidratadas, sopas y fideos empaquetados "instantáneos", margarinas, cereales de desayuno, mezclas para pastel, papas fritas, bebidas gaseosas, jugos, galletas, caramelos, mermeladas, salsas, helados, chocolates, fórmulas infantiles, leches para niños pequeños y productos para bebés, barras de "energía", muchos tipos de panes, tortas, postres, pasteles, productos "listos para calentar", y muchos otros tipos de productos de bebidas y "snacks".

Algunos simulan platos caseros pero se diferencian debido a la naturaleza de la mayoría de sus constituyentes, y a las combinaciones de preservantes y otros aditivos utilizados en su elaboración.

Varias características nutricionales, metabólicas, sociales, económicas y ambientales de los productos ultraprocesados afectan la salud. A continuación las principales razones:

- Son nutricionalmente desequilibrados.
- Son de alta densidad energética.
- Puedan crear hábitos de consumo y adicción.
- Son fáciles de consumir por lo que pueden fácilmente desplazar comidas y platos preparados a partir de alimentos que son nutritivos.
- Se promueven y se ofrecen por mecanismos que son engañosos, pretendiendo imitar a los alimentos naturales o platos tradicionales, usando aditivos que reproducen aromas, sabores y colores.
- Crean una falsa impresión de ser saludables, mediante la adición de vitaminas sintéticas, minerales y otros compuestos, lo que permite a los fabricantes hacer 'alegaciones de salud', que son falsas.
- La mayoría de estos productos son altamente rentables porque son producidos por empresas transnacionales y otras grandes corporaciones que operan economías de escala, comprando o manufacturando a precios muy bajos los ingredientes de su composición.
- Las apreciables ganancias obtenidas son parcialmente invertidas en propaganda y mercadeo con el objetivo de tornar estos productos más atractivos y hasta glamorosos, especialmente para los consumidores vulnerables, como los niños y los jóvenes. **PEÑA**

M. (2014)

DQS is member of:



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz

Al finalizar la socialización, se solicitó a los participantes que se ubicaran formando una fila a una distancia prudencial del área donde se encontraba la mesa con la estructura para insertar los aros, seguido a ello se les entregaron 3 aros y se les explicó que tendrían 2 intentos para insertarlos; en el caso de aquellos que no insertaron algún aro se les realizó una de las siguientes preguntas y se determinó la puntuación a entregar siendo esta: 4 puntos por cada aro insertado, 3 puntos si no insertaba el aro pero respondía correctamente la pregunta y 2 puntos si no insertaba el aro pero la respuesta era incorrecta.

Falso verdadero

Los alimentos industrializados tienen bajo contenido de sodio, grasas y azúcares. **(F)**

Las bebidas industrializadas, con alta densidad energética, han desplazado el agua. **(V)**

Los alimentos procesados pueden crear hábitos de consumo y adicción **(V)**

¿Qué tipos de alimentos hacen parte de la primera clasificación?

RTA: **La primera clasificación corresponde a alimentos naturales y mínimamente procesados**

¿Qué tipos de alimentos hacen parte de la segunda clasificación?

RTA: **Ingredientes culinarios**

¿Qué tipos de alimentos hacen parte de la tercera clasificación?

RTA: **Productos comestibles listos para el consumo: procesados y altamente procesados (ultra procesados).**

¿Cuál de las clasificaciones se considera base para una alimentación saludable?

RTA: clasificación número 1: **Alimentos naturales y mínimamente procesados**

Se pudo observar que la receptibilidad de algunos de los participantes fue baja al momento de realizar las preguntas en cuanto a la clasificación de los alimentos, sin embargo, en cuanto a la diferenciación de aquellos alimentos que producen más beneficios a la salud y la economía de la familia la mayoría reconoció a los alimentos naturales y mínimamente procesados como los óptimos.

Al finalizar se realizó una retroalimentación en general de la temática destacando la importancia de adquirir alimentos naturales y mínimamente procesados respecto a los procesados y altamente procesados (ultra procesados) debido a que estos últimos afectan la salud y al tener un precio más elevado vamos a obtener menor productos y pocos beneficios a la salud respecto a la primera clasificación, al culminar la retroalimentación se distribuyeron los puntos y se agradeció la participación.

Stand N° 4: “Tamizaje nutricional”

El stand N°4 se encontró conformado por 3 zonas (recolección de información, toma de medidas antropométricas y educación nutricional), Inicialmente se adecuó el espacio físico ubicando carteles alusivos a cada zona para facilitar la identificación de estas.

Esta actividad estuvo dirigida por los N.D en formación Diego Sarabia y Ximena Sarasty en las jornadas 1, 3 y 4, y por las N.D en formación Nathaly Abril y Jesica Sanchez en la jornada 2.

Se suministró a las madres usuarias participantes el consentimiento informado para la toma y uso de datos en el proyecto de investigación adelantado por la Universidad de Pamplona. El nutricionista dietista en formación a cargo del stand orientó el diligenciamiento del



consentimiento explicando a las madres usuarias la información solicitada y el objetivo de la toma de datos. Paralelamente se entregó un carné de valoración nutricional por antropometría compuesto por dos segmentos, el primero correspondiente a los datos de identificación de la madre usuaria diligenciados por la misma y el segundo referente a los datos antropométricos diligenciado posteriormente por el nutricionista dietista en formación.

Zona 1(Recolección de información): se realizó la recolección de la información inicial de las madres usuarias objeto de valoración antropométrica teniendo en cuenta los datos nombre, edad, fecha de nacimiento.

Zona 2(Toma de medidas antropométricas): se realizó la toma de medidas antropométricas correspondientes a peso, talla con base en lo descrito en la resolución 2465 de 2016.

Zona 3(Educación nutricional): se realizó la clasificación nutricional de acuerdo con las mediciones obtenidas y se suministró educación nutricional de acuerdo con el diagnóstico nutricional por antropometría según corresponda, el cual será registrado en el carné de valoración nutricional por antropometría.

Finalmente se recolectaron los datos de ocupación de la madre usuaria y nombre de hijo(a) beneficiario del HCB-F necesarios para la construcción de la base de datos de la investigación.

Stand N°5: “Piñata de la alimentación”

Para esta actividad se dispuso de los elementos necesarios para el desarrollo de la misma, tales como:

Piñata con los módulos de los alimentos.

Tablero del plato saludable de la familia colombiana.

Infografía del plato saludable.

Esta actividad estuvo dirigida por la N.D en formación Ximena Sarasty en las jornadas, quien socializó el Plato Saludable para la familia colombiana, los grupos de alimentos que lo conforman con los colores característicos y la proporción de los mismos.

La socialización fue la siguiente:

Las nuevas Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la población colombiana mayor de 2 años, están representadas a través del ícono “El Plato saludable de la Familia Colombiana”, el cual invita a la población a reunirse en familia para consumir alimentos frescos y variados de los 6 grupos de alimentos.

El plato saludable de la familia colombiana tiene como propósito ayudar a recordar fácilmente cuáles alimentos debe incluir en la alimentación diaria; así como transmitir el mensaje de variedad y proporcionalidad de esos alimentos.

El plato ayuda a elegir una alimentación para cada tiempo de comida, indicando que se deben incluir alimentos frescos y variados de todos o la mayoría de los grupos en porciones adecuadas, también, invita a consumir alimentos autóctonos, que se producen y preparan en las regiones de nuestro país y hacen parte de la cultura colombiana, especialmente cuando están en cosecha y se consiguen a mejor precio.

En cuanto a la distribución por grupos de alimentos, se realizó de acuerdo a su comprensión por parte de la población, su aporte nutricional y su papel en la alimentación de las personas. Los colores identificados en el icono del plato saludable de la familia colombiana hacen referencia a los grupos de alimentos y los subgrupos de cada uno.

Grupo 1. (Color amarillo): Cereales, raíces, tubérculos y plátanos; derivados



Comúnmente llamados harinas, son necesarias ya que le dan al cuerpo la energía que necesita para funcionar adecuadamente. Los cereales son el arroz, el maíz, el trigo, la avena, la cebada, la quinua y los productos que se elaboran a partir de estos como las arepas, el pan, las galletas y la pasta.

Grupo 2. (Color verde): Frutas y verduras.

Las frutas y verduras constituyen una fuente disponible y muy variada de vitaminas y minerales.

Las verduras también son fuente importante de vitaminas y minerales, que contribuyen a la regulación de diferentes procesos vitales. Son la base de las ensaladas y al ser alimentos con una amplia gama de colores y sabores, permiten construir platos llamativos y agradables, más aún cuando son combinadas con frutas.

Grupo 3. (Color azul): Leche y productos lácteos.

Este grupo invita a consumir todos los días leche y productos provenientes de la leche como yogurt, kumis y todos los tipos de queso, excepto aquellos de alto contenido graso como los de untar (mantequilla, queso crema, crema de leche). Incluir en la alimentación como mínimo dos (2) vasos de leche o productos lácteos cada día.

Grupo 4. (Color naranja): Carnes, Huevos, Leguminosas secas.

Los alimentos de este grupo sirven para formar y mantener huesos y músculos, participan en procesos de cicatrización y son básicos en el crecimiento y desarrollo de los niños. Incluye todos los tipos de carnes: rojas, blancas, peces, mariscos, etc.

Si se quiere reemplazar la proteína por leguminosas como frijol, lenteja, arveja o garbanzo, hay que acompañarlas con arroz para que cumplan la misma función y tengan el mismo valor nutricional.

Entre los frutos secos y semillas se encuentran las nueces, el maní, el ajonjolí, las almendras, las avellanas y otras, que son ricas en grasas de muy buena calidad nutricional y además aportan proteínas.

Grupo 5. (Color Rojo): Grasas.

Son necesarias para la salud y se pueden usar en la preparación de los alimentos, pero evitando freír todos los alimentos. Existen, de origen animal como la manteca de cerdo y la mantequilla, que son sólidas; las vegetales como las margarinas; grasas líquidas de origen vegetal como los aceites de maíz, soya y canola, entre otros. Los alimentos de este grupo se deben consumir en pequeñas cantidades.

Grupo 6. (Color Morado): Azúcares.

En este grupo están el azúcar común, la miel, la panela y los productos procesados que se deriven del azúcar común como los dulces, gaseosas y bebidas azucaradas. Con respecto a este grupo, conviene preferir siempre alimentos bajos en azúcar y sin azúcar añadida. Los alimentos de este grupo también se deben consumir en pequeñas cantidades.

DQS is member of:



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*

Posterior a la explicación se les solicitará a los participantes que ubiquen el alimento que les correspondió en el área del plato en la cual considere que pertenece según lo explicado anteriormente, los participantes que acierten ganaran un punto y los que no, se reiterará a que grupo pertenecen con una explicación breve.

Agua.

Es el ideal como acompañante para un plato saludable, pues es un regulador natural del metabolismo: hidrata y ayuda a mantener la temperatura corporal ideal y a facilitar el proceso de la respiración y la transpiración. Por todo esto es importante incluirla durante el día, sea pura o en bebidas naturales como jugos de frutas.

Cubiertos

Los cubiertos invitan a la familia colombiana a consumir los alimentos en familia, así como los buenos modales, higiene y prevención en la transmisión de enfermedades. De esta manera los cubiertos dan el mensaje de hábitos saludables al momento de consumir los alimentos.

La actividad física

Hace referencia a aquellas actividades que implican movimiento del cuerpo, distinta de las labores rutinarias. Mínimo 30 minutos días para adultos y una hora para niños.

Una vez finalizada la socialización del ícono, la estudiante escogió al azar 3 participantes, a uno de ellos le hizo entregó un palo y le vendó los ojos. Este participante tuvo la oportunidad de dar 3 golpes, si no se partía la piñata, se daba la oportunidad a otro para repetir el proceso, hasta que se partiera.

Ya partida la piñata, cada uno de los participantes tomaron las fichas de los alimentos, y las ubicaron en el ícono según lo aprendido en la socialización.

Se realizó una retroalimentación con respecto a la temática abordada, y la estudiante evaluó la ubicación de los alimentos, invitando a reubicar los alimentos que no correspondían a su grupo de alimento.

Para finalizar la actividad, se aplicó una evaluación final que permitió identificar los conocimientos aprendidos en la intervención realizada. Se entregó una infografía del plato saludable y se brindó un refrigerio (yogurt con granola) a los asistentes. La docente supervisora y los estudiantes agradecieron a los participantes por su asistencia y participación en la actividad.

Indicadores de ejecución:

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de jornadas realizadas}}{\text{Total de jornadas programadas}} \times 100 = \frac{4}{4} \times 100 = 100\%$$

Se cumplió satisfactoriamente la meta puesto que se logró realizar el 100% de las jornadas programadas para celebrar y día mundial de la alimentación

$$\text{jornada 1: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de asistentes a la jornada}}{\text{Total de asistentes programadas}} \times 100 = \frac{10}{36} \times 100 = 27,7\%$$

no se logró cumplir satisfactoriamente la meta puesto la asistencia de las madres usuarias de la asociación aguas calientes programadas fue del 27,7%.

$$\text{Jornada 2: } \frac{\text{N}^\circ \text{ de asistentes a la jornada}}{\text{Total de asistentes programadas}} \times 100 = \frac{40}{60} \times 100 = 66,6\%$$



No se logró cumplir satisfactoriamente la meta puesto que la asistencia de las madres usuarias de la asociación la Ermita y el Salado programadas fue del 66,6%.

$$\text{Jornada 3: } \frac{N^{\circ} \text{ de asistentes a la jornada}}{\text{Total de asistentes programadas}} \times 100 = \frac{24}{75} \times 100 = 33\%$$

No se logró cumplir satisfactoriamente la meta puesto que la asistencia de las madres usuarias de la asociación San Martín programadas fue del 33%.

$$\text{Jornada 4. } \frac{N^{\circ} \text{ de asistentes a la jornada}}{\text{Total de asistentes programadas}} \times 100 = \frac{19}{40} \times 100 = 47,5\%$$

No se logró cumplir satisfactoriamente la meta puesto que la asistencia de las madres usuarias de la asociación aguas calientes programadas fue del 47,5%.

Indicador según la meta del proyecto de investigación.

$$\frac{N^{\circ} \text{ de madres usuarias asistentes a las 4 jornadas}}{\text{Total de madres usuarias asistentes programadas}} \times 100 = \frac{93}{125} \times 100 = 74,4\%$$

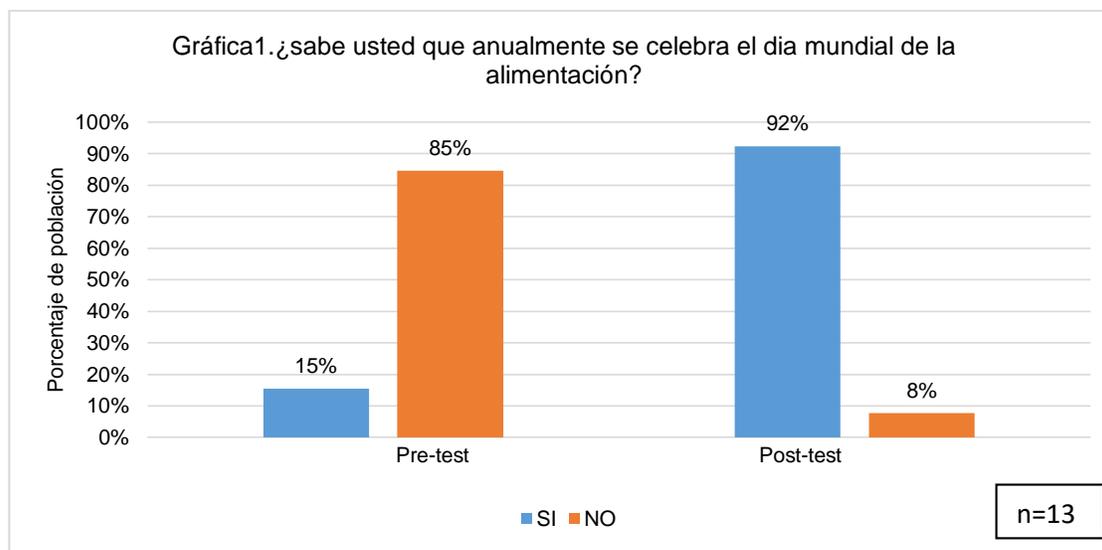
no se logró cumplir satisfactoriamente con la meta puesto que la asistencia de las madres usuarias programadas para la recolección de la información del proyecto de investigación fue del 74,4%.

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL PARA LA JORNADA 1

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación del pre test y post test, se pretende identificar la receptividad del programa educativo para la jornada 1, a través del análisis de las respuestas establecidas por los participantes para cada pregunta. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 1. ¿sabe usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación?

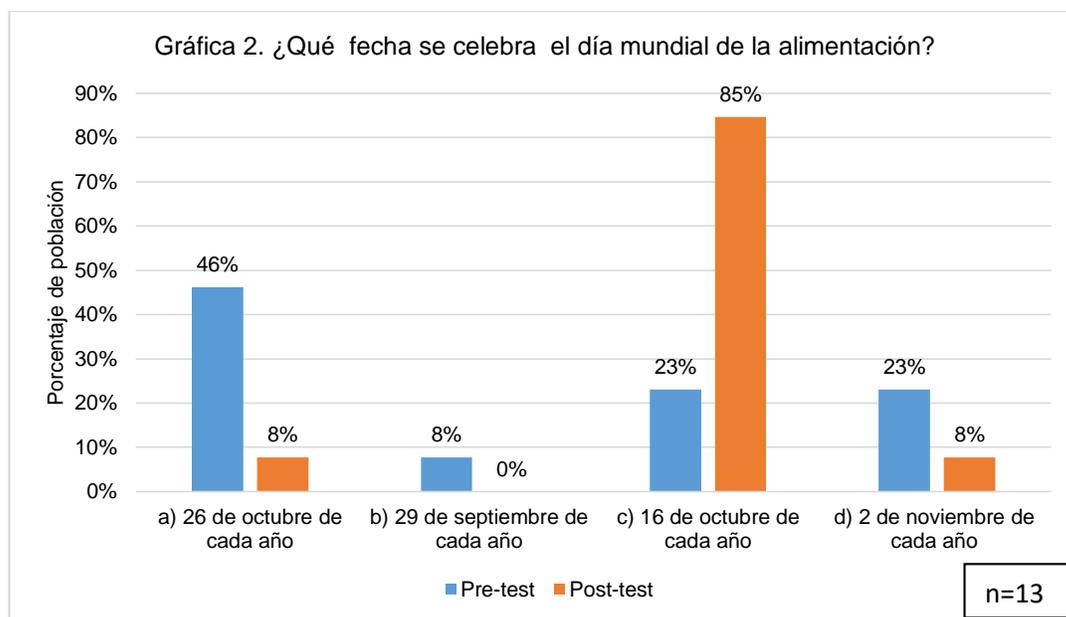
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
SI	2	12	15%	92%
NO	11	1	85%	8%
Total	13	13	100%	100%



Según los resultados obtenidos en la pregunta ¿Sabe usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 1 en la asociación Aguas Calientes, se puede evidenciar que en el pre test el 85% de los encuestados refieren no conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación mientras que el 15% manifestaron conocer la celebración, esto puede atribuirse a la falta de conocimiento acerca de esta celebración y que este no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración a nivel mundial que debe realizarse en cada país. En efecto, posterior a la intervención realizada y mediante la aplicación de un post test, se puede observar que el 92% de los encuestados refieren conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación, mientras que el 9% manifiesta no conocer sobre la celebración, esto principalmente se debe a la contextualización realizada mediante la intervención en el marco de la celebración del día mundial de la alimentación.

Tabla 2. ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación?

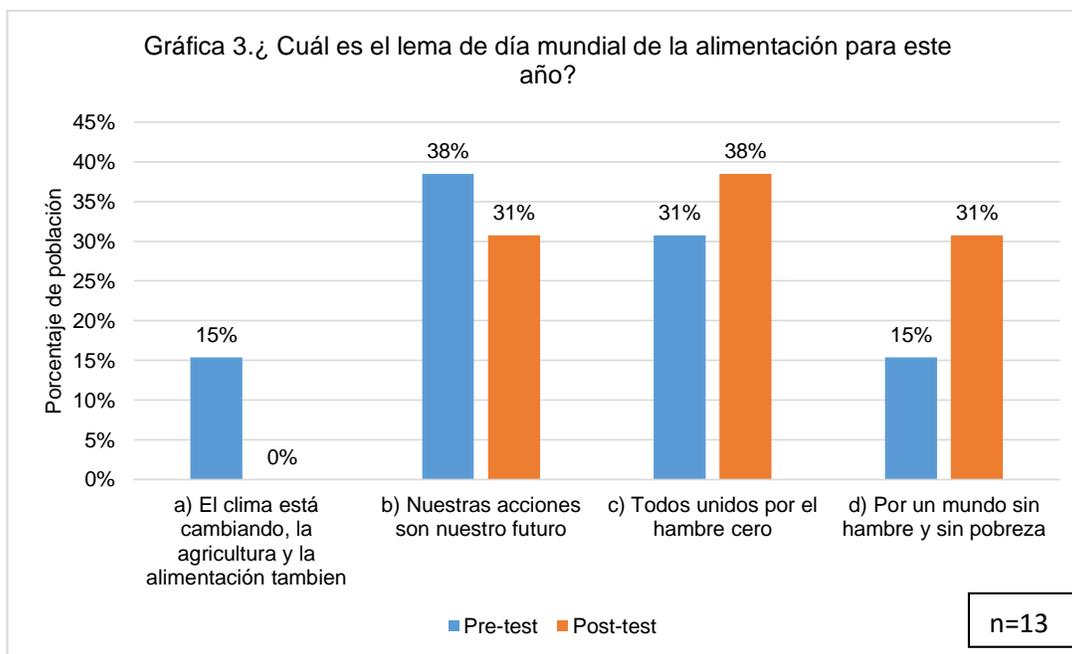
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) 26 de octubre de cada año	6	1	46%	8%
b) 29 de septiembre de cada año	1	0	8%	0%
c) 16 de octubre de cada año	3	11	23%	85%
d) 2 de noviembre de cada año	3	1	23%	8%
Total	13	13	100%	100%



Según los resultados obtenidos mediante la aplicación del pre test, en la pregunta ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 1 en la asociación Aguas Calientes, se puede observar que el 46% de los encuestados considera que la fecha es el 26 de octubre, mientras que otra parte los asistentes consideran que la fecha es el 16 y el 2 de noviembre en las mismas proporciones (23%), esto puede atribuirse a la falta de conocimiento acerca de esta celebración y que esta no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración importante a nivel mundial que debe realizarse en cada país. En este propósito, el 8% de los encuestados afirman que la fecha es el 29 de septiembre. Hechas las observaciones anteriores y mediante la aplicación del post test, se observa que el 85% de los encuestados afirman que la fecha corresponde al 16 de octubre de cada año, siendo esta la respuesta correcta, mientras que existe parte de los asistentes que consideran la fecha como el 26 de octubre y el 2 de noviembre en iguales proporciones (8%).

Tabla 3. ¿Cuál es el lema de día mundial de la alimentación para este año?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El clima está cambiando, la agricultura y la alimentación también	2	0	15%	0%
b) Nuestras acciones son nuestro futuro	5	4	38%	31%
c) Todos unidos por el hambre cero	4	5	31%	38%
d) Por un mundo sin hambre y sin pobreza	2	4	15%	31%
Total	13	13	100%	100%

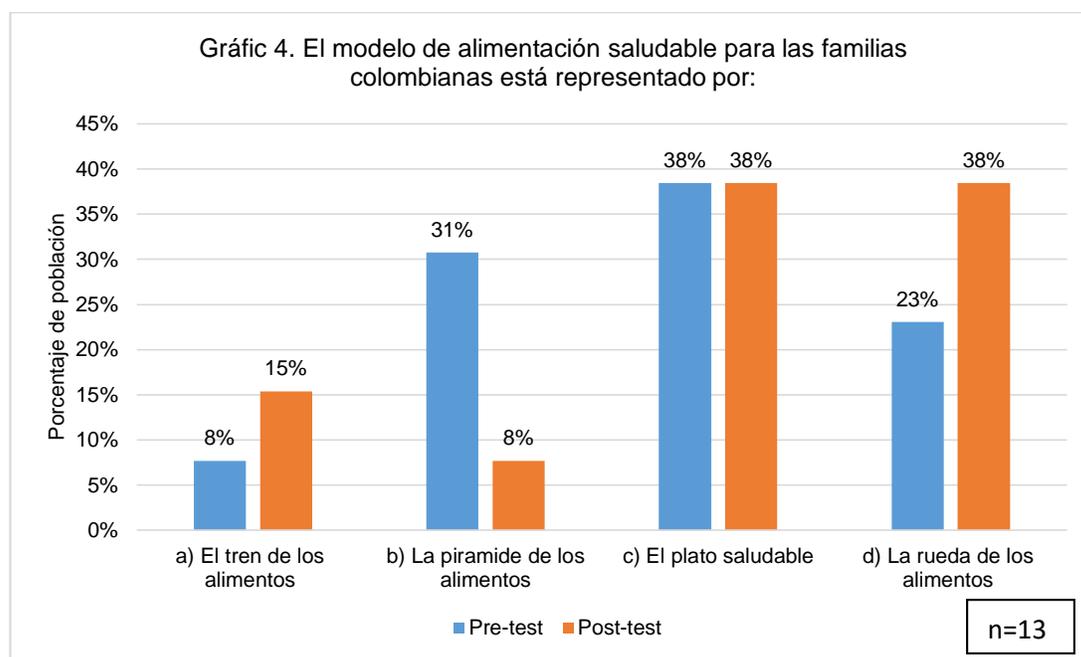


Según los resultados obtenidos para la pregunta ¿Cuál es el lema de día mundial de la alimentación para este año? , se pudo evidenciar en el pretest que el 61% no conocía el lema par este año y un 38% acertó en la respuesta, aunque esto pudo ser a causa de la adecuación del espacio físico que contaba con un cartel con la información solicitada en la pregunta. Por otro lado, se puede observar que la población aunque fue participativa en la jornada, fue poco receptiva con la temática expuesta, especialmente al inicio de la estrategia, momento en el que socializó el lema “Nuestras acciones son nuenrtro futuro” evidenciando en el post-test tan sólo un 38% acertó el lema del día mundial de la alimentación para el presente año y el 62% seleccionó una de las opciones incorrectas. Dichos resultados se deben principalmete a

que en la jornada número uno, se desarrolló la estrategia en la unidad de servicio paraíso infantil, en la cual las madres usuarias se encontraban con los niños y niñas beneficiarios del Hogar comunitario de Bienestar, hecho que dificultó la plena atención sobre la temática expuesta.

Tabla 4. El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por:

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El tren de los alimentos	1	2	8%	15%
b) La pirámide de los alimentos	4	1	31%	8%
c) El plato saludable	5	5	38%	38%
d) La rueda de los alimentos	3	5	23%	38%
Total	13	13	100%	100%

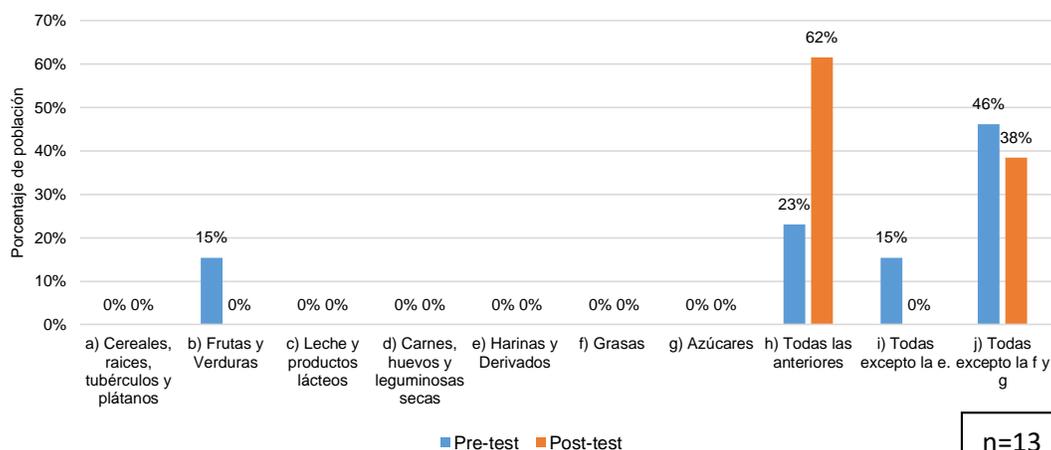


Según los resultados obtenidos para la pregunta El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por. se pudo evidenciar en el pretest que el 62% no conocía el modelo de alimentación saludable el cual es el plato saludable de la familias colombiana y un 38% acertó en la respuesta, en el postest la misma proporción que el pretest contestó de forma correcta y el 62% de forma incorrecta observando un aumento en la respuesta rueda de los alimentos; por lo que a pesar de que se recalcará que la representación esquemática es el plato saludable, la población se dejó guiar por lo visual ya que como el plato no contaba con cubiertos lo asemejaron a una rueda, esto debido a que en el momento de la explicación la población se encontraba dispersa y no prestó atención a lo socializado.

Tabla 5. ¿Cuáles son los grupos de alimentos que componen la alimentación saludable de la familia colombiana?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	0	0	0%	0%
b) Frutas y Verduras	2	0	15%	0%
c) Leche y productos lácteos	0	0	0%	0%
d) Carnes, huevos y leguminosas secas	0	0	0%	0%
e) Harinas y Derivados	0	0	0%	0%
f) Grasas	0	0	0%	0%
g) Azúcares	0	0	0%	0%
h) Todas las anteriores	3	8	23%	62%
i) Todas excepto la e.	2	0	15%	0%
j) Todas excepto la f y g	6	5	46%	38%
Total	13	13	100%	100%

Gráfica 5. ¿Cuáles son los grupos de alimentos que componen la alimentación saludable de la familia colombiana?



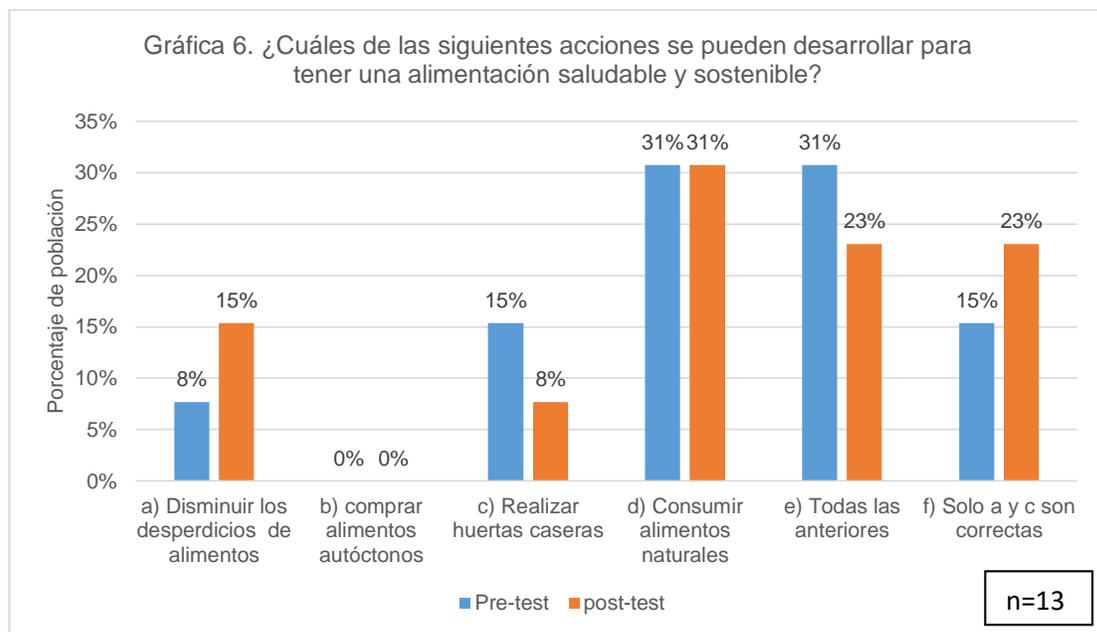
Respecto al pre-test sólo el 15% tenían conocimientos claros de la distribución de los alimentos y el 23% de la población contaban con algunos conocimientos previos respecto a cómo es la distribución según los grupos en la alimentación, sin embargo, el 46% seleccionaron la opción J siendo esta la que enuncia que a excepción de las grasas y los azúcares todos los grupos de alimentos forman parte de una alimentación saludable.

Una vez concluida la intervención, no se obtuvieron los resultados esperados en el pos-test puesto que ninguna persona seleccionó la opción correcta y al contrario aumento la cantidad de personas que seleccionaron la opción de todos los grupos, esto nos puede ayudar a

concluir que la receptibilidad de la población fue baja a pesar de que se utilizaron estrategias lúdicas para captar la atención de la población.

. Tabla 6. ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Disminuir los desperdicios de alimentos	1	2	8%	15%
b) comprar alimentos autóctonos	0	0	0%	0%
c) Realizar huertas caseras	2	1	15%	8%
d) Consumir alimentos naturales	4	4	31%	31%
e) Todas las anteriores	4	3	31%	23%
f) Solo a y c son correctas	2	3	15%	23%
Total	13	13	100%	100%



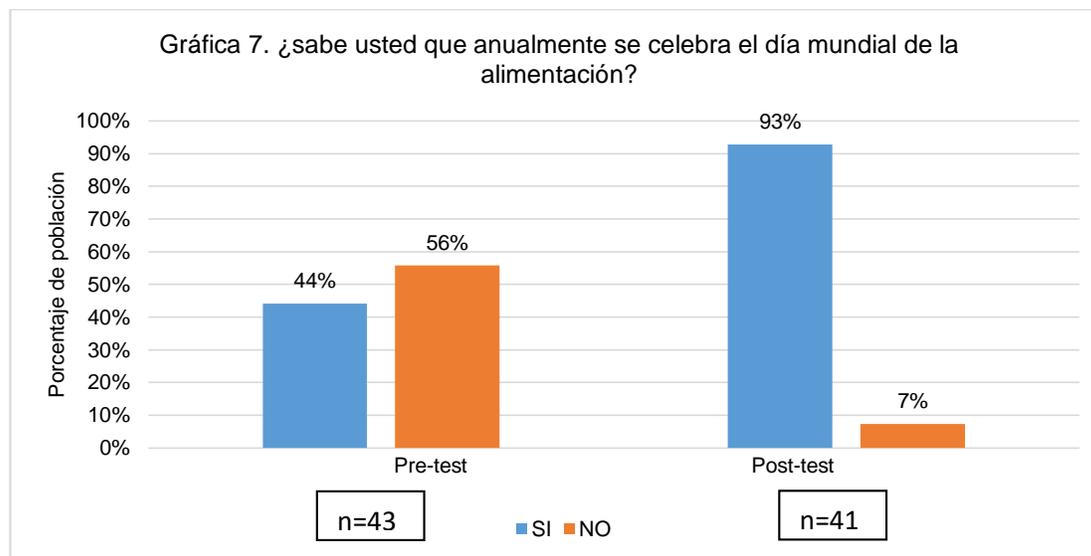
Con base en los resultados obtenidos en la pregunta ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible? Realizada en la jornada 1 en la asociación Aguas Calientes, se puede observar que mediante la aplicación del pre test a los asistentes, el 31% contestaron correctamente a la pregunta, sin embargo más de la mitad de la población 69% contestaron incorrectamente, este comportamiento se puede deber a la falta de conocimiento con el tema y que este no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional. Con respecto a la evaluación final, se un obtuvo una menor proporción de asistentes que respondió correctamente en relación con la primera siendo este un 23%, lo que pone en evidencia que la población no fue receptiva a la información brindada durante la capacitación.

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL PARA LA JORNADA 2

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación del pre test y post test, se pretende identificar la receptividad del programa educativo para la jornada 2, a través del análisis de las respuestas establecidas por los participantes para cada pregunta. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 7. ¿sabe usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación?

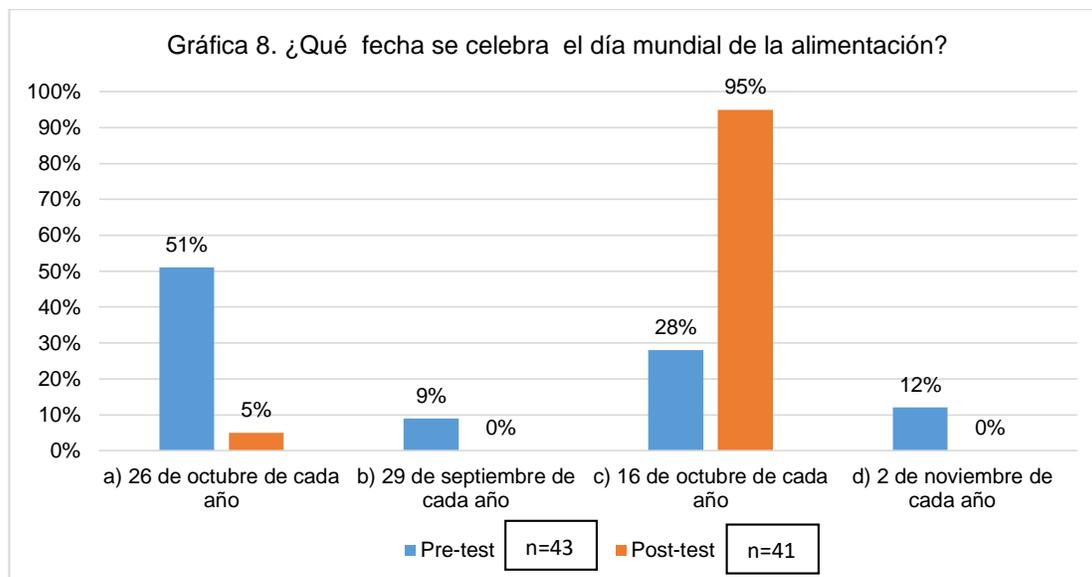
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test		Pre-test
SI	19	38	44%	93%
NO	24	3	56%	7%
Total	43	41	100%	100%



Con base en los resultados obtenidos en la pregunta ¿Sabe usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 2 en las asociaciones el Salado y la Ermita, se puede observar que mediante la aplicación del pre test a los asistentes, el 56% refiere no conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación, esto puede atribuirse a la falta de conocimiento acerca de esta celebración y que esta no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración importante a nivel mundial que debe realizarse en cada país; mientras que el 44% manifestaron conocer la celebración. En este orden de ideas, posterior a la intervención realizada y mediante la aplicación del post test, se puede evidenciar que el 93% de los encuestados refieren conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación, mientras que el 7% continúa manifestando no conocer sobre la celebración a pesar de estar presentes en la intervención.

Tabla 8. ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación?

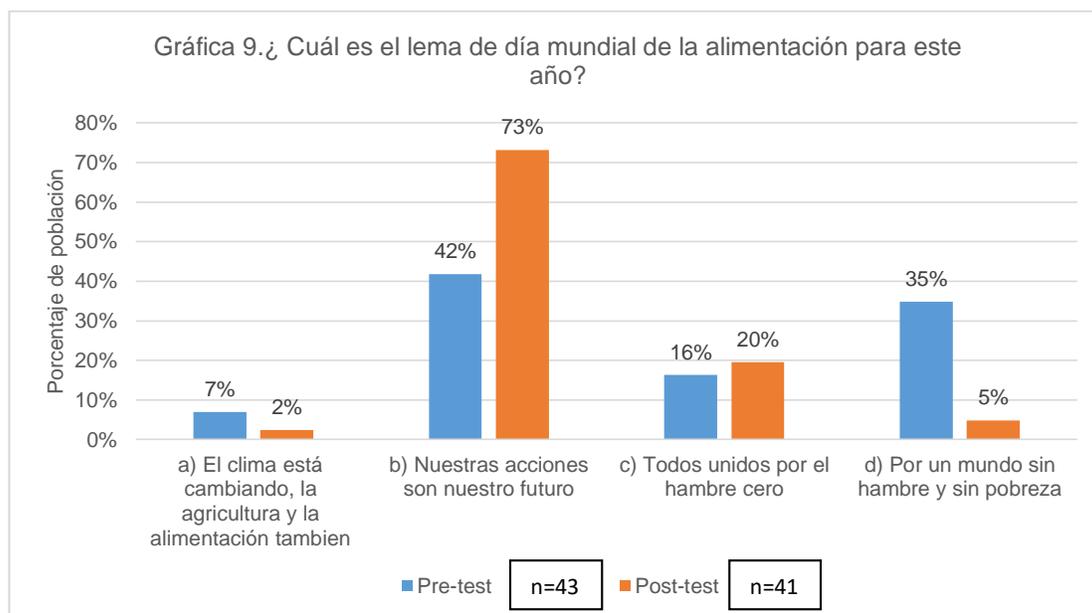
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) 26 de octubre de cada año	22	2	51%	5%
b) 29 de septiembre de cada año	4	0	9%	0%
c) 16 de octubre de cada año	12	39	28%	95%
d) 2 de noviembre de cada año	5	0	12%	0%
Total	43	41	100%	100%



Con base en los resultados obtenidos mediante la aplicación del pre test, en la pregunta ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 2 en la asociación El Salado y la Ermita, se puede observar que el 51% de los encuestados considera que la fecha es el 26 de octubre, mientras que el 28% de los asistentes consideran que la fecha es el 16 de octubre. Cabe agregar que el 12% de los encuestados afirman que la fecha es el 2 de noviembre y el 9% refieren la fecha de celebración el día 29 de septiembre, el desconocimiento de la conmemoración puede atribuirse a que esta no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración importante a nivel mundial que debe realizarse en cada país. De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando y mediante la aplicación del post test, se observa que el 95% de los encuestados afirman que la fecha corresponde al 16 de octubre de cada año, siendo esta la respuesta correcta, mientras que existe parte de los asistentes que consideran la fecha como el 26 de octubre (5%).

Tabla 9 ¿Cuál es el lema de día mundial de la alimentación para este año?

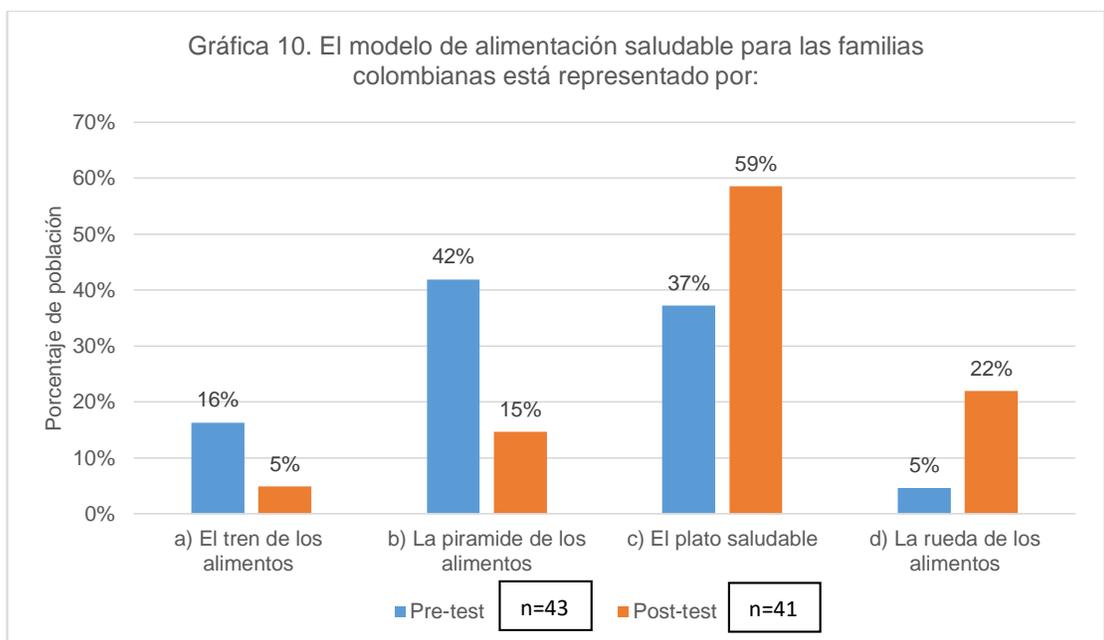
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El clima está cambiando, la agricultura y la alimentación también	3	1	7%	2%
b) Nuestras acciones son nuestro futuro	18	30	42%	73%
c) Todos unidos por el hambre cero	7	8	16%	20%
d) Por un mundo sin hambre y sin pobreza	15	2	35%	5%
Total	43	41	100%	100%



Según los resultados obtenidos para la pregunta N°3 referente al lema mundial de la alimentación para el año 2018, se pudo evidenciar en el pretest que más del 50% no conocía el lema del día mundial de la alimentación y un 41% acertó en la respuesta, aunque esto pudo ser a causa de la adecuación del espacio físico que contaba con un cartel con la información solicitada en la pregunta. Por otro lado, se puede observar que la población fue receptiva con la temática expuesta, especialmente al inicio de la estrategia, momento en el que socializó el lema “Nuestras acciones son nuestro futuro” logrando un 73% de acierto en el post-test. Sin embargo, un 27% de la población no acertó a la opción de respuesta correcta en el post-test, probablemente por que su tiempo de llegada y participación en la estrategia se dio cuando ya se había avanzado en la temática.

Tabla 10. El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por:

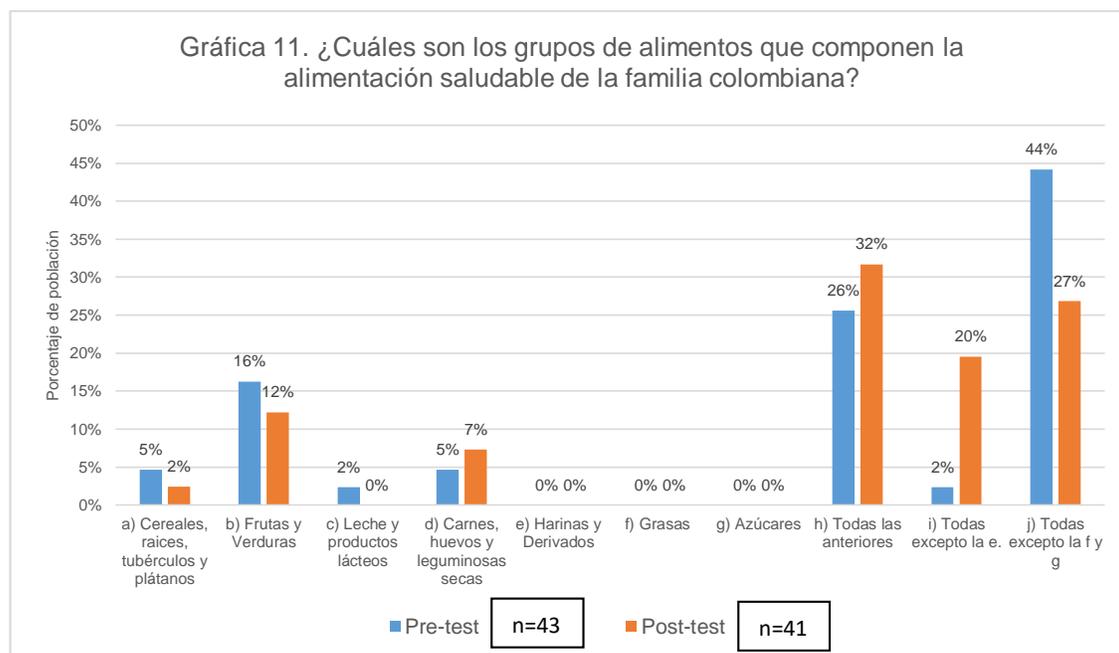
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El tren de los alimentos	7	2	16%	5%
b) La piramide de los alimentos	18	6	42%	15%
c) El plato saludable	16	24	37%	59%
d) La rueda de los alimentos	2	9	5%	22%
Total	43	41	100%	100%



Según los resultados obtenidos para la pregunta El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por. se pudo evidenciar en el pretest el 63% no conocía el modelo de alimentación saludable el plato saludable de la familias colombiana y un 37% acertó en la respuesta, en el postest el porcentaje de respuestas acertadas a un 59% por lo que la población que prestó atención a la explicación de la temática pudo contestar correctamente; e igualmente que en la primera jornada hubo un proporción de la población que se guiaron por lo visual lo que se debe a que como el plato no contaba con cubiertos lo asemejaron a una rueda, ya que el porcentaje de la respuesta la rueda de los alimentos paso de un 5% a un 22%. Y un 20% contesto en el postest el tren o la rueda de los alimentos, esto se atribuye a que se encontraba la población dispersa y no presto atención a lo socializado.

Tabla 11. ¿Cuáles son los grupos de alimentos que componen la alimentación saludable de la familia colombiana?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	2	1	5%	2%
b) Frutas y Verduras	7	5	16%	12%
c) Leche y productos lácteos	1	0	2%	0%
d) Carnes, huevos y leguminosas secas	2	3	5%	7%
e) Harinas y Derivados	0	0	0%	0%
f) Grasas	0	0	0%	0%
g) Azúcares	0	0	0%	0%
h) Todas las anteriores	11	13	26%	32%
i) Todas excepto la e.	1	8	2%	20%
j) Todas excepto la f y g	19	11	44%	27%
Total	43	41	100%	100%

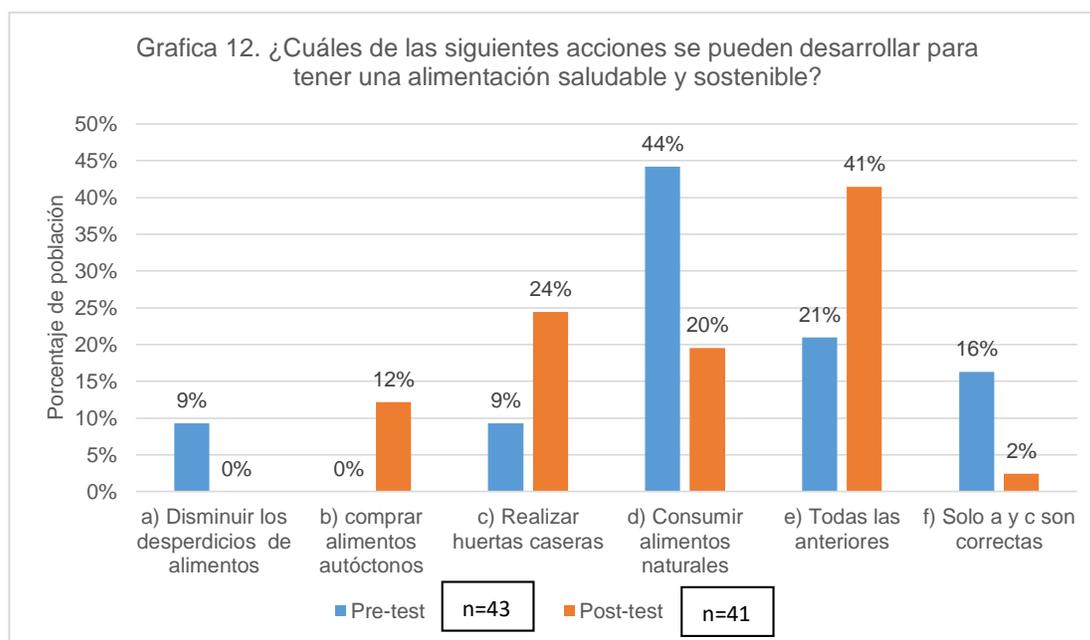


En la gráfica se puede observar que del total de personas encuestadas en el Pre-test el 2% de la población tiene conocimientos previos a la actividad respecto a la distribución correcta de los grupos de alimentos para tener una alimentación completa y balanceada, sin embargo, el 44% seleccionaron la opción **J** siendo esta la que enuncia que a excepción de las grasas y los azúcares todos los grupos de alimentos forman parte de una alimentación saludable.

En el Pos-test de un 2% paso a un 20% en cuanto a la receptibilidad de la población en cuanto a cómo están distribuidos los grupos de alimentos, sin embargo, disminuyo aquella población que considera que no se deben consumir los grupos de azúcares y grasas a un 27%, las demás opciones se mantuvieron.

Tabla 12. ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Disminuir los desperdicios de alimentos	4	0	9%	0%
b) comprar alimentos autóctonos	0	5	0%	12%
c) Realizar huertas caseras	4	10	9%	24%
d) Consumir alimentos naturales	19	8	44%	20%
e) Todas las anteriores	9	17	21%	41%
f) Solo a y c son correctas	7	1	16%	2%
Total	43	41	100%	100%



Con base en los resultados obtenidos en la pregunta ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible? Realizada en la jornada 2 en las asociaciones la Ermita y El salado, se pudo evidenciar que 21% contestaron correctamente a la pregunta, sin embargo gran parte de la población asistente contestó incorrectamente, este comportamiento se puede deber a la falta de conocimiento con la temática. Con respecto a la evaluación final, se un obtuvo que un 41% de la población contestó de forma correcta, de esta forma se pudo evidenciar que para esta jornada la población estuvo más receptiva a la información brindada por los estudiantes en los diferentes stands, sin

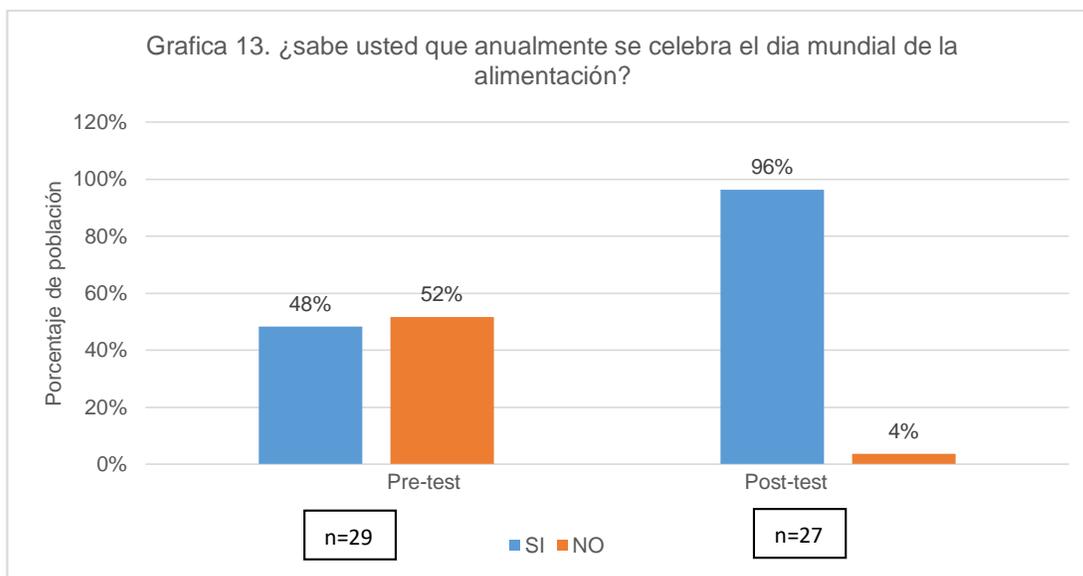
embargo, es necesario realizar este tipo de capacitaciones de forma periódica ya que el 49% de la población no tiene claro el tema.

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL PARA LA JORNADA 3

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación del pre test y post test, se pretende identificar la receptividad del programa educativo para la jornada 3, a través del análisis de las respuestas establecidas por los participantes para cada pregunta. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 13. ¿sabe usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación?

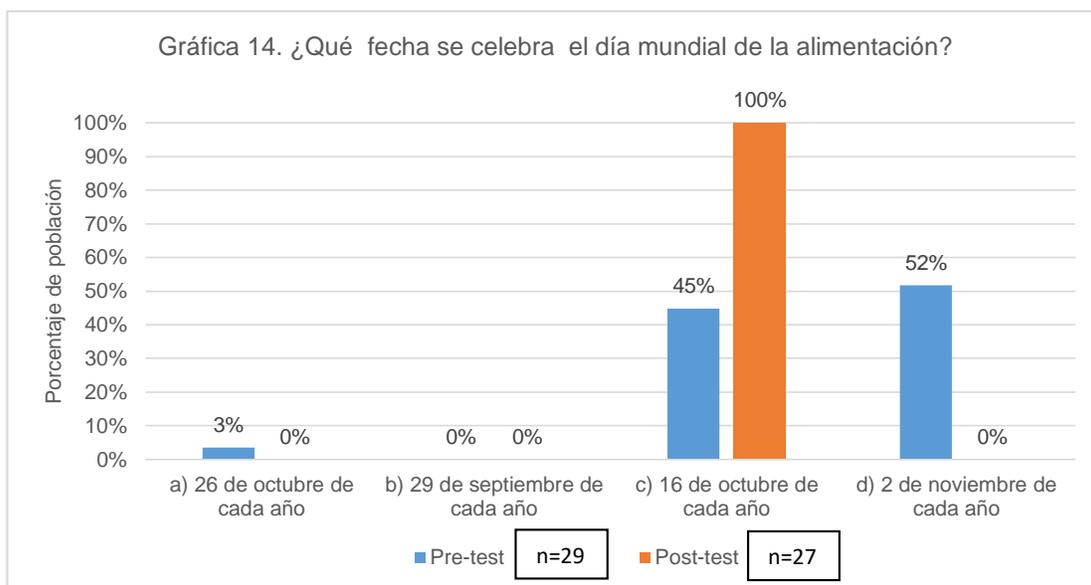
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test		Pre-test
SI	14	26	48%	96%
NO	15	1	52%	4%
Total	29	27	100%	100%



Considerando los resultados obtenidos en la pregunta ¿Sabe usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 3 en la asociación San Martín, se puede evidenciar mediante la aplicación del pre test a los asistentes, el 52% refiere no conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación, mientras que el 48% manifestaron conocer la celebración. El desconocimiento de la conmemoración puede atribuirse a que esta no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración importante a nivel mundial que debe realizarse en cada país. Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y posterior a la intervención realizada, se aplica el post test evidenciando que el 96% de los asistentes refieren conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación, mientras que el 4% continúa manifestando no conocer sobre la celebración a pesar de estar presentes en la intervención.

Tabla 14 ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación?

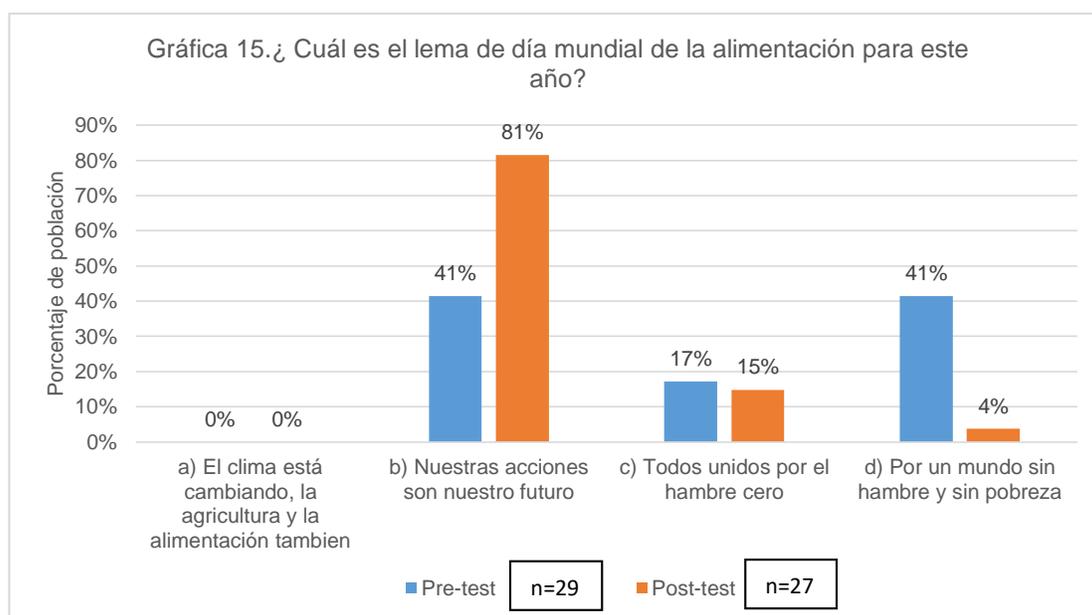
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) 26 de octubre de cada año	1	0	3%	0%
b) 29 de septiembre de cada año	0	0	0%	0%
c) 16 de octubre de cada año	13	27	45%	100%
d) 2 de noviembre de cada año	15	0	52%	0%
Total	29	27	100%	100%



Según los resultados obtenidos mediante la aplicación del pre test, en la pregunta ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 3 en la asociación San Martín, se puede evidenciar que el 52% de los encuestados considera que la fecha de celebración es el 2 de noviembre, mientras que el 45% de los asistentes afirman que la fecha es el 16 de octubre. El desconocimiento de la conmemoración puede atribuirse a que esta no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración importante a nivel mundial que debe realizarse en cada país. Cabe agregar que el 3% de los encuestados afirman que la fecha es el 26 de octubre. En este orden de ideas y mediante la aplicación del post test, se observa que el 100% de los encuestados afirman que la fecha corresponde al 16 de octubre de cada año, siendo esta la respuesta correcta.

Tabla 15. ¿Cuál es el lema de día mundial de la alimentación para este año?

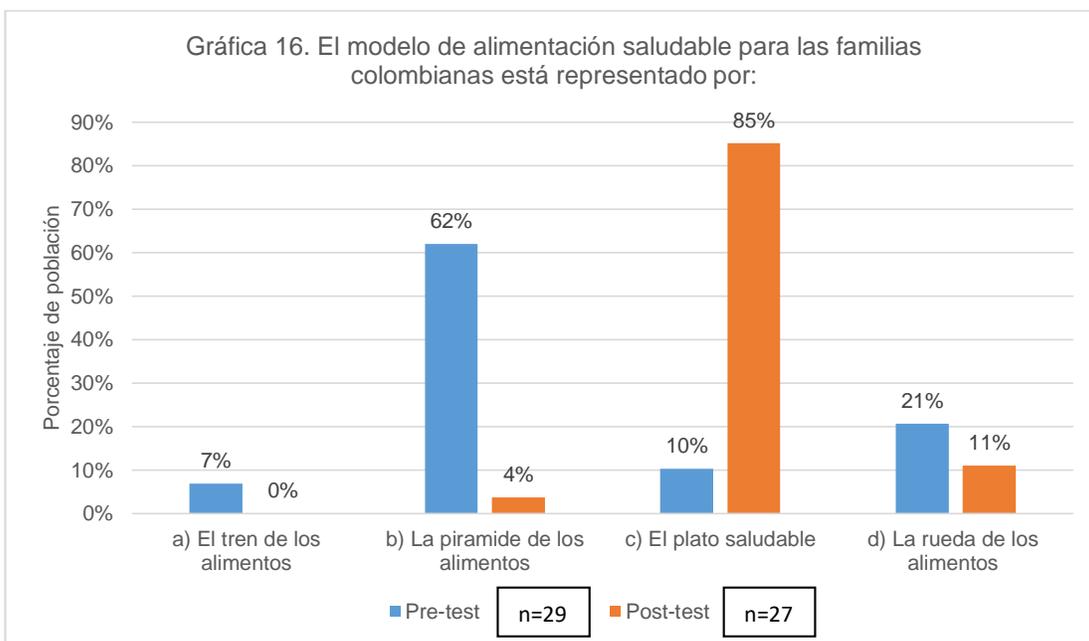
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El clima está cambiando, la agricultura y la alimentación también	0	0	0%	0%
b) Nuestras acciones son nuestro futuro	12	22	41%	81%
c) Todos unidos por el hambre cero	5	4	17%	15%
d) Por un mundo sin hambre y sin pobreza	12	1	41%	4%
Total	29	27	100%	100%



Según los resultados obtenidos para la pregunta N°3 referente al lema mundial de la alimentación para el año 2018, se pudo evidenciar en el pretest que más del 50% no conocía el lema y un 41% acertó en la respuesta, aunque esto pudo ser a causa de la adecuación del espacio físico que contaba con un cartel con la información solicitada en la pregunta. Por otro lado, se puede observar que la población fue receptiva con la temática expuesta, especialmente al inicio de la estrategia, momento en el que socializó el lema “Nuestras acciones son nuestro futuro” logrando un 81% de acierto en el post-test. Sin embargo, un 19% de la población no acertó a la opción de respuesta correcta en el post-test, probablemente por que su tiempo de llegada y participación en la estrategia se dio cuando ya se había avanzado en la temática.

Tabla 16. El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por:

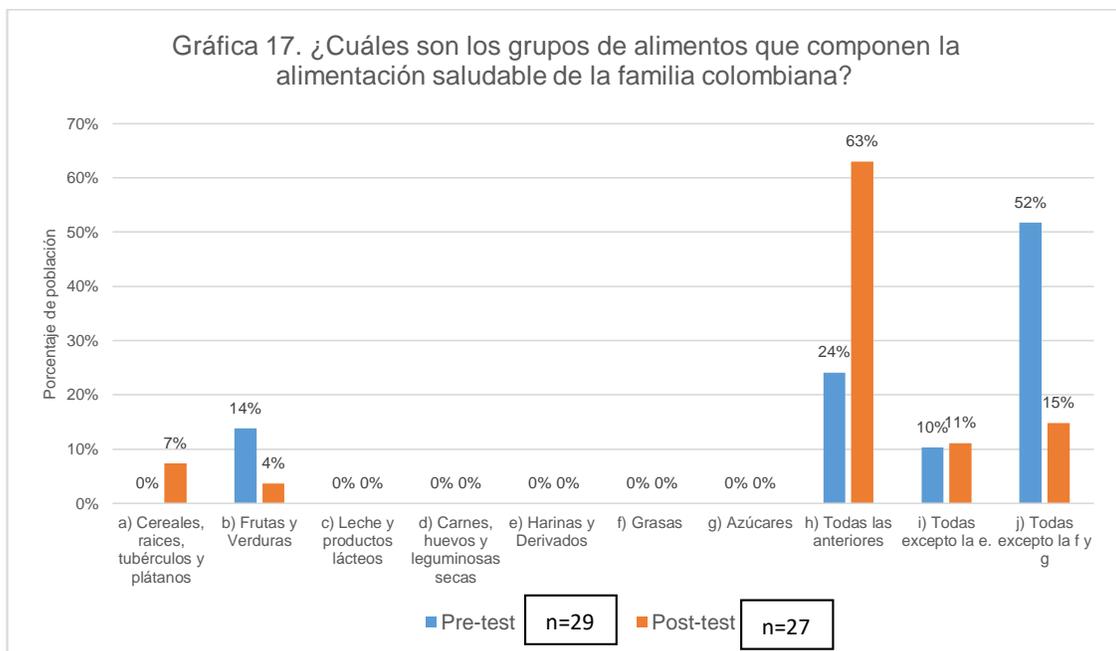
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El tren de los alimentos	2	0	7%	0%
b) La piramide de los alimentos	18	1	62%	4%
c) El plato saludable	3	23	10%	85%
d) La rueda de los alimentos	6	3	21%	11%
Total	29	27	100%	100%



Según los resultados obtenidos para la pregunta El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por. se pudo evidenciar en el pretest el 10% de la población acertó en la respuesta lo que se debe a que conocían el modelo de alimentación saludable el cual es el plato saludable de la familias colombiana, por otra parte un 62% contestó que era la pirámide de la alimentación, un 21% contestó que era la rueda de los alimentos y un 7% que era el tren de los alimentos; ya para el posttest un 85% contestó que era el plato saludable, por lo que la mayoría de la población estuvo atenta a la exposición de la temática, un 11% de la población contestó que era la rueda de los alimentos, por lo que se atribuye a que se guiaron por lo visual por lo que el plato no contaba con cubiertos lo asemejaron a una rueda, y un 4% contestó la pirámide, esto se atribuye a que se encontraba la población dispersa y no presto atención a lo socializado.

Tabla 17. ¿Cuáles son los grupos de alimentos que componen la alimentación saludable de la familia colombiana?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	0	2	0%	7%
b) Frutas y Verduras	4	1	14%	4%
c) Leche y productos lácteos	0	0	0%	0%
d) Carnes, huevos y leguminosas secas	0	0	0%	0%
e) Harinas y Derivados	0	0	0%	0%
f) Grasas	0	0	0%	0%
g) Azúcares	0	0	0%	0%
h) Todas las anteriores	7	17	24%	63%
i) Todas excepto la e.	3	3	10%	11%
j) Todas excepto la f y g	15	4	52%	15%
Total	29	27	100%	100%

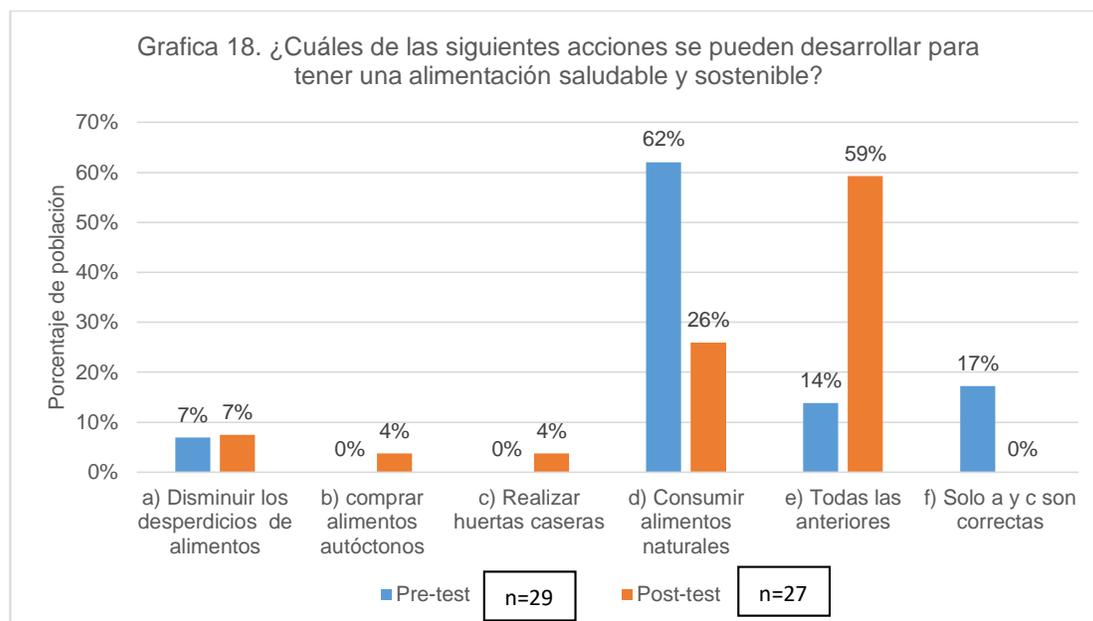


Respecto al pre-test sólo el 10% tenían conocimientos claros de la distribución de los alimentos y el 24% de la población contaban con algunos conocimientos previos respecto a cómo es la distribución según los grupos en la alimentación, sin embargo, el 52% seleccionaron la opción J siendo esta la que enuncia que a excepción de las grasas y los azúcares todos los grupos de alimentos forman parte de una alimentación saludable.

Al momento de aplicar el post-test se pudo evidenciar que la atención prestada por la población no fue la esperada, esto se puede concluir debido a que aumentó la proporción que considero a todos los grupos como parte de una alimentación saludable, pasando por desapercibido el grupo de las “harinas y derivados” el cual en ningún momento se mencionó y aquellos que en el pre-test respondieron correctamente se mantuvieron.

Tabla 18. ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Disminuir los desperdicios de alimentos	2	2	7%	7%
b) comprar alimentos autóctonos	0	1	0%	4%
c) Realizar huertas caseras	0	1	0%	4%
d) Consumir alimentos naturales	18	7	62%	26%
e) Todas las anteriores	4	16	14%	59%
f) Solo a y c son correctas	5	0	17%	0%
Total	29	27	100%	100%



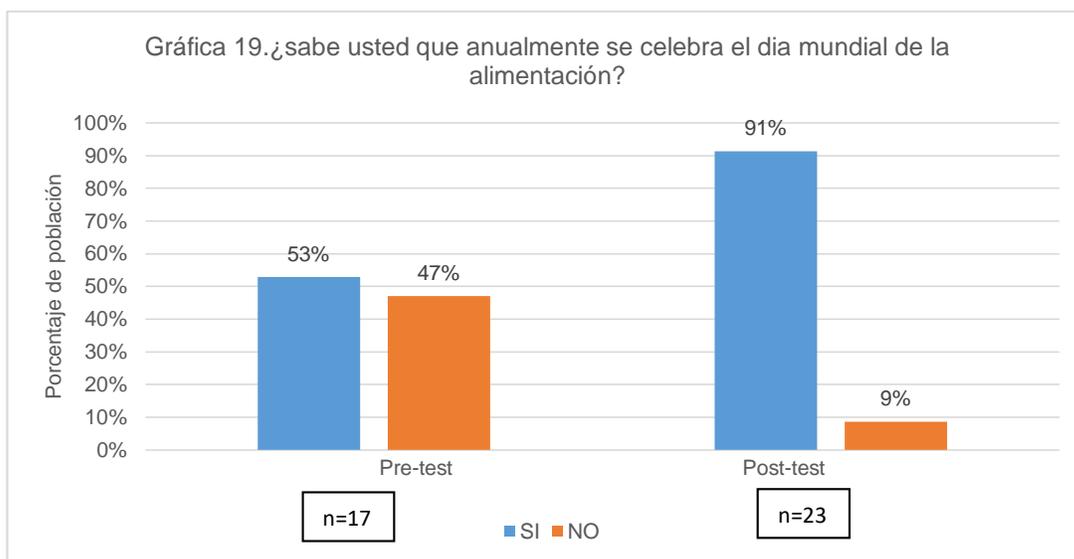
Con base en los resultados obtenidos en la pregunta ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible? Realizada en la jornada 3 en la asociación San Martín, se pudo evidenciar que el 14% contestó correctamente a la pregunta sin embargo gran parte de la población asistente 86% contestó incorrectamente, este comportamiento se puede deber a la falta de conocimiento con la temática. Con respecto a la evaluación final, se obtuvo que un 62% de la población contestó de forma correcta, de esta forma se puede evidenciar que para esta jornada la población estuvo más receptiva a la información brindada por los estudiantes en los diferentes stands, igualmente este comportamiento puede deberse a que los estudiantes tienen un mejor dominio del tema abordado.

ANÁLISIS DE LA EVALUACIÓN INICIAL Y FINAL PARA LA JORNADA 4

Con base en los resultados obtenidos de la aplicación del pre test y post test, se pretende identificar la receptividad del programa educativo para la jornada 4, a través del análisis de las respuestas establecidas por los participantes para cada pregunta. A continuación, se presentan los resultados obtenidos:

Tabla 19. ¿Sabe usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación?

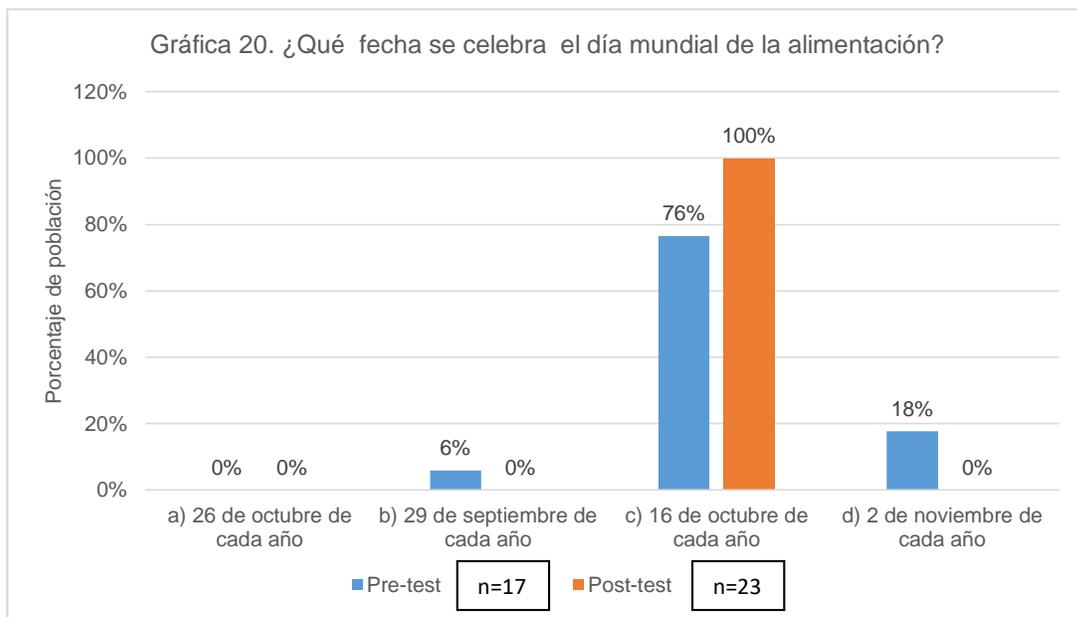
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
SI	9	21	53%	91%
NO	8	2	47%	9%
Total	17	23	100%	100%



Considerando los resultados obtenidos mediante la aplicación del pre-test en la pregunta ¿Sabía usted que anualmente se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 4 en la asociación Aguas Calientes 2, se puede evidenciar que el 53% de los encuestados refiere conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación, mientras que el 47% manifestaron no conocer celebración anual. El desconocimiento de la conmemoración puede atribuirse a que esta no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración importante a nivel mundial que debe realizarse en cada país. Hechas las consideraciones anteriores y posterior a la intervención realizada, se aplica el post test observando que el 91% de los asistentes refieren conocer sobre la celebración del día mundial de la alimentación, mientras que el 9% manifiesta no conocer sobre la celebración.

Tabla 20. ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación?

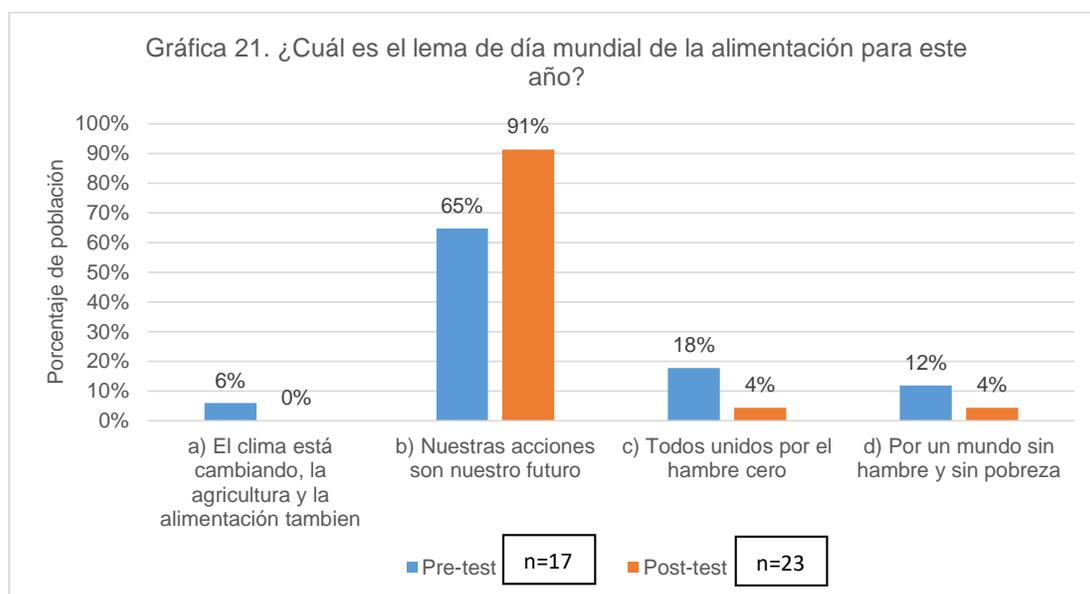
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) 26 de octubre de cada año	0	0	0%	0%
b) 29 de septiembre de cada año	1	0	6%	0%
c) 16 de octubre de cada año	13	23	76%	100%
d) 2 de noviembre de cada año	3	0	18%	0%
Total	17	23	100%	100%



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos mediante la aplicación del pre test, en la pregunta ¿Qué fecha se celebra el día mundial de la alimentación? Realizada en la jornada 4 en la asociación Aguas Calientes 2, se puede evidenciar que el 76% de los encuestados considera que la fecha de celebración es el 16 de octubre, siendo esta la respuesta correcta. Mientras que el 18% y 6% de los asistentes afirman que la fecha es el 2 de noviembre y 29 de septiembre respectivamente. El desconocimiento de la conmemoración puede atribuirse a que esta no tiene una difusión en los medios de comunicación nacional, pese a que la FAO la define como una celebración importante a nivel mundial que debe realizarse en cada país. Hechas las consideraciones anteriores, se aplica el post test observando que el 100% de los encuestados afirman que la fecha corresponde al 16 de octubre de cada año, siendo esta la respuesta correcta.

Tabla 21. ¿Cuál es el lema de día mundial de la alimentación para este año?

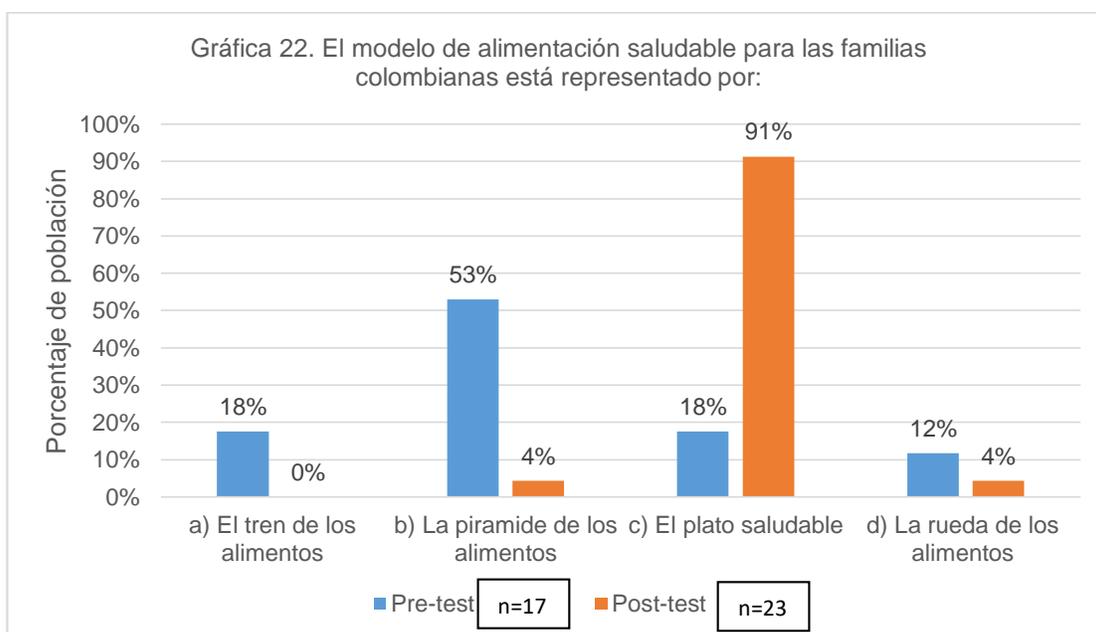
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El clima está cambiando, la agricultura y la alimentación también	1	0	6%	0%
b) Nuestras acciones son nuestro futuro	11	21	65%	91%
c) Todos unidos por el hambre cero	3	1	18%	4%
d) Por un mundo sin hambre y sin pobreza	2	1	12%	4%
Total	17	23	100%	100%



Según los resultados obtenidos para la pregunta N°3, se pudo observar que en el pretest 36% de la población no conocía el lema del día mundial de la alimentación y un 65% acertó en la respuesta, sin embargo esto pudo ser a causa del cartel ubicado en el espacio físico, el cual brindaba la información solicitada en la pregunta. Por otro lado, se puede observar que la población fue receptiva con la temática expuesta logrando un 91% de personas que acertaron la respuesta correcta en el post-test, esto se debe a que la población estuvo atenta desde el inicio de la estrategia y durante la ejecución de esta participaron de manera activa, por lo tanto lograron identificar en su mayoría el lema del día mundial de la alimentación 2018.

Tabla 22. El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por:

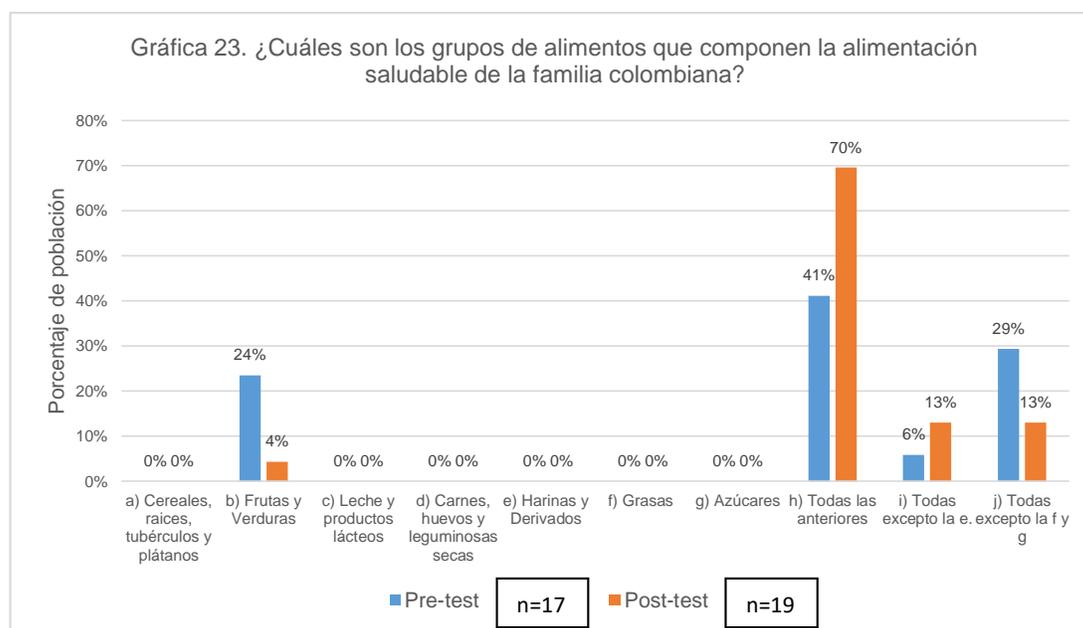
Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) El tren de los alimentos	3	0	18%	0%
b) La piramide de los alimentos	9	1	53%	4%
c) El plato saludable	3	21	18%	91%
d) La rueda de los alimentos	2	1	12%	4%
Total	17	23	100%	100%



Según los resultados obtenidos para la pregunta El modelo de alimentación saludable para las familias colombianas está representado por. se pudo evidenciar en el pre-test el 18% de la población acertó en la respuesta lo que se debe a que conocían el modelo de alimentación saludable el cual es el plato saludable de la familias colombiana, por otra parte un 53% contestó que era la pirámide de la alimentación, un 18% contestó que era la rueda de los alimentos y un 18% que era el tren de los alimentos; ya para el pos-test un 91% contestó que era el plato saludable, por lo que la mayoría de la población estuvo atenta a la exposición de la temática, y se enfatizó varias veces el nombre del plato saludable, pero de igual modo a las anteriores jornadas se presentó un porcentaje que contestó de forma incorrecta, un 4% de la población contestó que era la rueda de los alimentos, por lo que se atribuye a que se guiaron por lo visual por lo que el plato no contaba con cubiertos lo asemejaron a una rueda, y un 4% contestó la pirámide, esto se atribuye a que se encontraba la población dispersa y no presto atención a lo socializado.

Tabla 23. ¿Cuáles son los grupos de alimentos que componen la alimentación saludable de la familia colombiana?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Cereales, raíces, tubérculos y plátanos	0	0	0%	0%
b) Frutas y Verduras	4	1	24%	4%
c) Leche y productos lácteos	0	0	0%	0%
d) Carnes, huevos y leguminosas secas	0	0	0%	0%
e) Harinas y Derivados	0	0	0%	0%
f) Grasas	0	0	0%	0%
g) Azúcares	0	0	0%	0%
h) Todas las anteriores	7	16	41%	70%
i) Todas excepto la e.	1	3	6%	13%
j) Todas excepto la f y g	5	3	29%	13%
Total	17	23	100%	100%

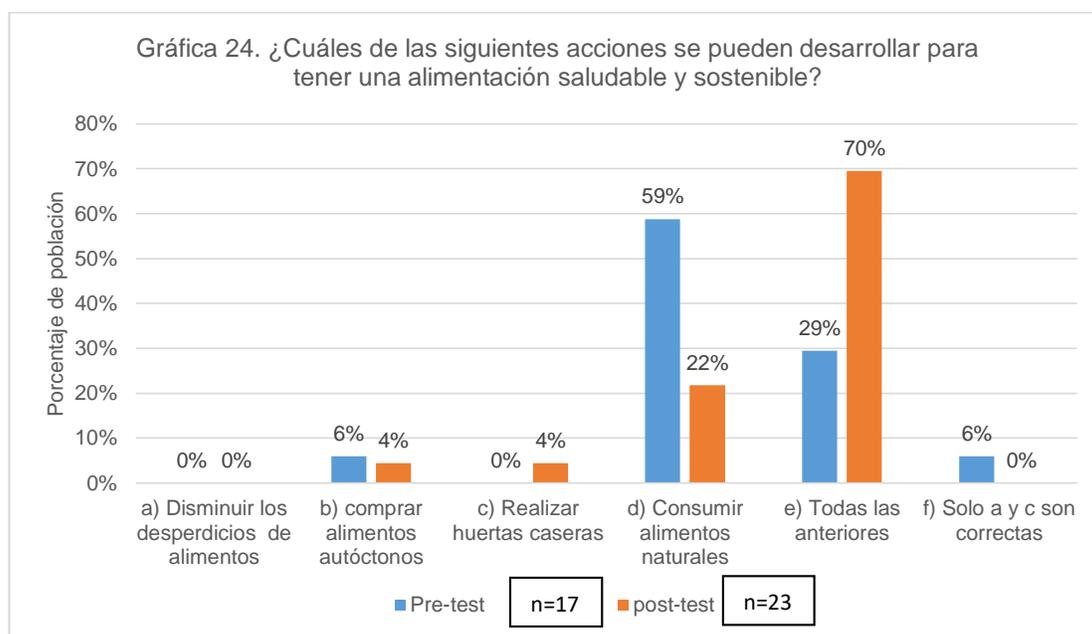


Respecto al pre-test el 6% de la población contaban con conocimientos previos respecto a cómo es la distribución según los grupos en la alimentación, el 29% excluyeron de una alimentación saludable a las grasas, azúcares y el 41% aunque seleccionaron que todos los grupos forman parte no tuvieron en cuenta que el grupo de Harinas y derivados no existe, además una proporción considerable determinó que sólo las frutas y verduras forman parte de una alimentación saludable, todo esto posible a la poca y mala receptibilidad de la educación nutricional en la población, sin embargo, al finalizar la intervención los resultados obtenidos en el post-test se evidenció que la población no captó la información de forma adecuada e identificó que todos los grupos de alimento son necesarios para tener una

alimentación saludable y sólo el 13% de la población presto atención ya sea al test o la explicación sobre la distribución de los alimentos.

Tabla 24. ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible?

Opción de respuesta	Frecuencia		Porcentaje	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
a) Disminuir los desperdicios de alimentos	0	0	0%	0%
b) comprar alimentos autóctonos	1	1	6%	4%
c) Realizar huertas caseras	0	1	0%	4%
d) Consumir alimentos naturales	10	5	59%	22%
e) Todas las anteriores	5	16	29%	70%
f) Solo a y c son correctas	1	0	6%	0%
Total	17	23	100%	100%



Con base en los resultados obtenidos en la pregunta ¿Cuáles de las siguientes acciones se pueden desarrollar para tener una alimentación saludable y sostenible? Realizada en la jornada 3 en la asociación San Martín, se puede evidenciar que 14% contestó correctamente a la pregunta sin embargo gran parte de la población asistente 86% contestó incorrectamente, este comportamiento se puede deber a la falta de conocimiento con la temática. Con respecto a la evaluación final, se obtuvo que un 62% de la población contestó de la forma correcta, de esta forma se puede evidenciar que para esta jornada la población estuvo más receptiva a la información brindada por los estudiantes en los diferentes stands, igualmente este comportamiento puede deberse a que los estudiantes tienen un mejor dominio del tema abordado.



CONCLUSIONES

Para la convocatoria se evidenció mayor asistencia de la población al invitar a las madres usuarias que tenía mayor probabilidad de asistir por cada unidad de servicio de las asociaciones, en comparación de la convocatoria que se invitó todas las madres de solo tres hogares, ya que la mayoría no asistía por motivos laborales.

Durante las jornadas ejecutadas, una gran proporción de la población asistente mostró interés en cada una de las actividades realizadas, por lo que se puede concluir que hubo apropiación de las temáticas y finalmente se contribuyó en el fortalecimiento de los conocimientos en materia de la Conmemoración del Día Mundial de la Alimentación y las acciones establecidas por la FAO para la erradicación del hambre, la pobreza y la desnutrición en todas sus formas.

Considerando el análisis de las evaluaciones iniciales y finales, se pudo evidenciar la efectividad en el proceso de enseñanza aprendizaje realizado durante las estrategias de intervención, encontrándose mayor porcentaje de respuestas correctas en la evaluación final con respecto a la inicial por cada jornada.

A pesar de reiterar en varias ocasiones cuales son los grupos de alimentos que conforman la alimentación saludable, una gran proporción de la población escribió incorrectamente la respuesta en el pos-test, por lo que se concluye que se encontraban dispersos y no prestaron atención.

En cuanto a la actividad de la piñata de los alimentos, se pudo evidenciar que un gran porcentaje de la población confundió el plato saludable por una rueda de la alimentación, debido a que el plato no contenía cubiertos y se guiaban por lo que observaban.

El realizar las jornadas facilitó la recolección de información para el proyecto de investigación del escenario de práctica del ICBF.

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

EVIDENCIAS FOTOGRAFICAS



*Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz*



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co



Fotos: Andreina Vega/ 24-octubre-2018/Asociación Aguas Calientes/Conmemoración día mundial de la alimentación



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



Fotos: Andreina Vega/ 13-noviembre-2018/Centro Zonal 3 /Conmemoración día mundial de la alimentación



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co



Fotos: Nancy Duarte/ 25-octubre-2018/Centro Zonal Cúcuta Dos /Conmemoración día mundial de la alimentación



Formando líderes para la construcción de un nuevo país en paz



Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750 - www.unipamplona.edu.co

DQS is member of:



**Formando líderes para la construcción de un
nuevo país en paz**