EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES TÉCNICO ADMINISTRATIVO EN APOYO A LA OPERACIÓN DE LAS UNIDADES DE BÚSQUEDA ACTIVA DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR OPERADAS POR LA IGLESIA CENTRO CRISTIANO EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER

PRESENTADO POR:

DANNY PAOLA GELVEZ GELVEZ

Nutricionista Dietista en formación de X semestre

PRESENTADO A:

YOHANNA GARCÍA QUINTERO

Nutricionista Dietista – Docente supervisora de prácticas CAP

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

CÚCUTA, NORTE DE SANTANDER

2021-2

INTRODUCCIÓN

La Universidad de Pamplona como institución pública de orden departamental, asume su compromiso social educativo con las nuevas generaciones, a partir del desarrollo de las funciones de docencia, investigación y extensión, brindando los entornos adecuados para el desarrollo integral de los futuros profesionales, por esta razón durante los últimos semestres de cada carrera permite mediante los convenios interinstitucionales que los estudiantes lleven a cabo las prácticas formativas teniendo la capacidad de cada perfil profesional para afianzar los conocimientos y habilidades de cada uno de los estudiantes.

Las prácticas profesionales son actividades que hacen parte de la formación académica de los estudiantes del Departamento de Nutrición y Dietética, las cuales brinden la posibilidad de afianzar los conocimientos adquiridos durante el transcurso de la carrera y ponerlas en práctica en ámbito laboral sumando experiencias que permitan avanzar en el crecimiento personal y profesional desempeñando acciones comunitarias, educativas, administrativas, investigativas y académicas en un campo específico.

En este caso, la Universidad de Pamplona genera un convenio con la Iglesia Centro Cristiano el cual se desempeña como un operador del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar con el objetivo de llevar a cabo su labor social con las comunidades especialmente las más vulnerable, por lo cual, brinda apoyo en la ejecución de estrategias, programas y proyectos del ICBF. Una de las estrategias de las que el operador Centro Cristiano esta encargado son las Unidades de Búsqueda Activa las cuales hacen parte de la estrategia de atención y prevención de la desnutrición la cual está enmarcada en el Plan Nacional de la lucha contra la desnutrición “Ni 1+” ; las Unidades de Búsqueda Activa tiene por objetivo fortalecer la identificación, captación y gestionar la atención oportuna de las niñas y niño con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda, así como mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, en zonas rurales y rurales dispersa, donde los estudiantes de Nutrición y Dietética de X semestre desarrollaron sus prácticas campos de acción profesional.

Este informe consolidado contiene todas las actividades desarrolladas durante el segundo semestre del año 2021 por los Nutricionistas Dietistas en formación de la Universidad de Pamplona.

La estructura de las prácticas campo de acción profesional se desarrollaron en diferentes áreas, en el área comunitaria se ejecutaron actividades concernientes a la caracterización familiar, diagnostico nutricional de la población objeto de niños y niñas de 0-59 meses y mujeres gestantes focalizados en las zonas rurales y rurales dispersas priorizados en el departamento, así mismo se desarrollaron actividades de verificación de cumplimento de las Unidades de búsqueda Activa mediante la revisión de las obligaciones contractuales.

En lo que respecta al área educativa se desarrollaron actividades que permitieron contribuir a la promoción de estilos de vida saludable mediante un programa educativo dirigido a la población objeto y al talento humano que labora en el Operador Centro Cristiano. Así mismo, en el área académica se hicieron actividades que permitieron el fortalecimiento de actividades y destrezas en lo que respecta a la recolección de datos de la población objeto. En cuanto al área investigativa se realizó la formulación de una propuesta de investigación en temas relacionados con alimentación y nutrición según las necesidades presentadas en la población objeto y por último, lo correspondiente con el área administrativa se hizo apoyo en importantes actividades como la revisión del formato de focalización que consiste en verificar la información diligenciada por el equipo interdisciplinario de las UBA, el seguimiento de entrega de alimento listo para el consumo (ALC) y la verificación de la vinculación a modalidades del ICBF, para gestionar y brindar acompañamiento a la población objeto para mejorar el estado nutricional

Todas estas actividades se realizan en pro del fortalecimiento en la formación de Nutricionistas Dietistas íntegros capaces de dar solución a problemáticas que se puedan evidenciar en la población teniendo en cuenta que de esta manera se ponen en práctica todos los conocimientos obtenidos durante la academia y complementado con la práctica profesional.

JUSTIFICACIÓN

Los estudiantes de Nutrición y Dietética se encuentran capacitados como profesionales con competencias, habilidades y actitudes que son necesarias para identificar las necesidades nutricionales de la población, evaluar el estado nutricional de las personas y hacer las recomendaciones apropiadas para los individuos y las comunidades. Este profesional también podrá desempeñarse en el ámbito de la alimentación colectiva, el fuerte énfasis en su formación estará dado en la seguridad alimentaria y en la alimentación saludable, además, brinda atención integral a la población, especialmente a grupos vulnerables como mujeres gestantes, niños de 0 a 59 meses de edad y adultos mayores a través de la promoción de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables.

Las Unidades de Búsqueda Activa tienen como objetivo fortalecer la identificación, captación y gestionar la atención oportuna de las niñas y niños con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda, así como de mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, en zonas rurales y rurales dispersas; por esta razón, se considera entorno propicio para que los Nutricionistas Dietistas en formación desarrollen sus prácticas campos de acción profesional gracias a los convenios interinstitucionales que realiza la Universidad de Pamplona con el fin de los estudiantes tengan un acercamiento con el ambiente laboral para así mismo afianzar los conocimientos y generar nuevas habilidades o capacidades para que los estudiantes se formen como profesionales integrales.

El convenio interinstitucional brindado por el programa de Nutrición y Dietética es de vital importancia para los estudiantes ya que de esta manera permite fortalecer los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes del futuro profesional en el desempeño laboral, teniendo en cuenta que es importante el tacto frente a las diferentes situaciones que se presentan con la comunidad ya que de esta manera se puede alcanzar un mayor impacto en la resolución de problemas, propiciando de un adecuado desarrollo en la población.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Efectuar acciones encaminadas al desarrollo de las prácticas campos de acción profesional a través de apoyo administrativo a las actividades de las Unidades de Búsqueda Activa (UBA) del ICBF en el operador centro cristiano, durante el segundo semestre del 2021.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la situación sociodemográfica, familiar y de seguridad alimentaria mediante la revisión de formatos de caracterización familiar de los niños y niñas de 0 a 59 meses con desnutrición aguda o en riesgo de desnutrición aguda y mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional focalizadas por las UBA en las zonas rurales y rurales dispersas.
- Establecer acciones de vigilancia alimentación y nutrición en los niños y niñas de 0 a 59 meses y mujeres gestantes de las zonas rurales y rurales dispersas del municipio de Cúcuta encaminadas al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional.
- Desarrollar un programa de educación en temas de salud, alimentación y nutrición que promuevan estilos de vida saludables en los niños y niñas de 0 a 59 meses y mujeres gestantes de la zona rural y rural dispersa del municipio de Cúcuta, según la necesidad de la población y el escenario.
- Fortalecer el proceso de investigación mediante el planteamiento de una propuesta investigativa en temas de alimentación y nutrición según la necesidad de la población y/o escenario.
- Fortalecer habilidades y destrezas académicas en temas de alimentación y nutrición mediante el desarrollo de las prácticas campos de acción profesional en el marco del programa Unidades de Búsqueda Activa del operador Centro Cristiano.

AREA COMUNITARIA

En el desarrollo de las competencias correspondientes al área comunitaria durante el segundo semestre del año 2021 se logró determinar la situación sociodemográfica, familiar y de seguridad alimentaria de los niños y niñas con riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda, así como de las mujeres gestantes con bajo peso para la gestacional; por otro lado, se establecieron acciones de vigilancia en alimentación y nutrición mediante el diagnóstico nutricional de los niños y niñas de 0-59 meses, así como, mujeres gestantes focalizados por las Unidades de Búsqueda Activa.

CARACTERIZACIÓN FAMILIAR DE LA POBLACIÓN FOCALIZADA POR LAS UNIDADES DE BÚSQUEDA ACTIVA DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA EN LOS MESES DE ENERO A SEPTIEMBRE DEL AÑO 2021

A continuación en este apartado se describen las características sociodemográficas y familiares de la población objeto focalizada por las Unidades de Búsqueda Activa durante los meses de enero a septiembre para reconocer las características del entorno en el que normalmente se desenvuelven los niños y niñas de 0-59 meses con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda y las mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional de la zona rural y rural dispersa de las zonas rurales y rurales dispersas del municipio de Cúcuta.

La población objeto de la caracterización fueron los Niños y niñas de 0 a 59 meses con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional de la zona rural y rural dispersa del municipio de San José de Cúcuta.

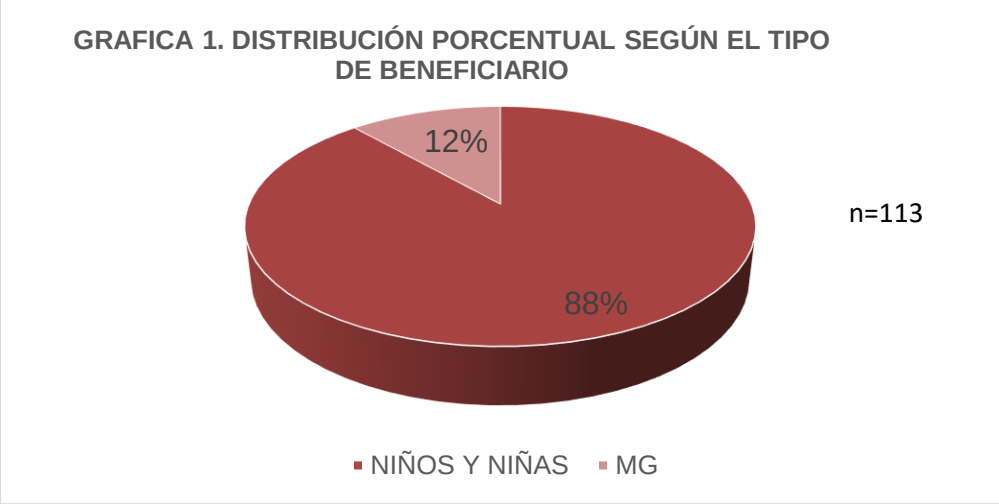
Para la realización de la caracterización familiar se tuvo en cuenta el método descriptivo-retrospectivo para reconocer las condiciones sociodemográficas, familiares y de seguridad alimentaria de la población de niñas y niños de 0-59 meses con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda, así como, las mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional y sus familias, mediante el análisis de las variables contenidas en el Formato De Caracterización Familiar, el cual es utilizado por las Unidades de Búsqueda Activa del municipio de San José de Cúcuta

como herramienta para la caracterización familiar de la población objeto, en este formato se encuentran variables las cuales están distribuidas en cuatro módulos diferentes: módulo 1. estructura familiar, módulo 2. vivienda, módulo 2. Vivienda módulo 4. mapa de pertenencia y redes de apoyo familiar y por último el módulo 5. personas presentes en el momento de la visita. Durante este proceso se obtuvieron los siguientes resultados:

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TIPO DE BENEFICIARIO

TIPO DE BENEFICIARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NIÑOS Y NIÑAS	100	88%
MUJERES GESTANTES(MG)	13	12%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



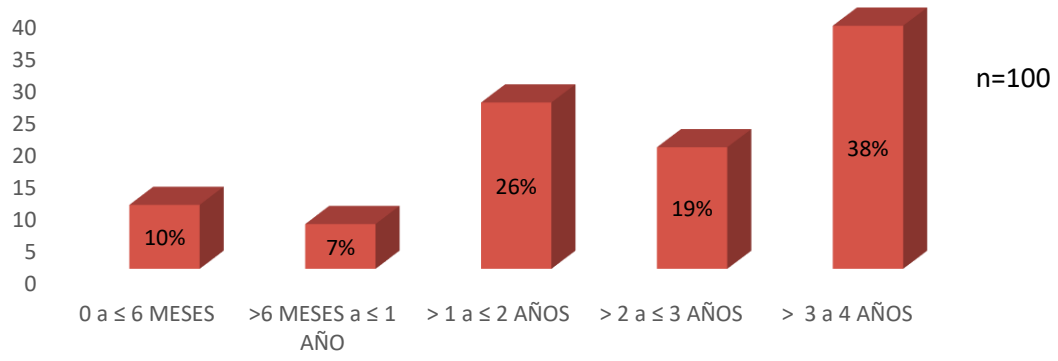
En el municipio de Cúcuta para el año 2018 la población fue de 629.414 habitantes, según las cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas donde, además se mostró que la población de mujeres gestantes fue de 15.802 correspondiente al 25,1% del total de los habitantes, y la población de niños de 0-4 años fue de 48.966 correspondiente 7,7% del total de los habitantes(Tomás Yáñez et al., s.f.). Al igual que en el municipio de Cúcuta, en la gráfica se evidencia que gran parte de la población que fue focalizada por las UBA en la zona rural del San José de Cúcuta, es decir, 100 usuarios son niños y niñas de 0-59 meses que corresponde al 88% de los beneficiarios focalizados por presentar riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda; por otro lado, se evidencia que el 12% de los beneficiarios eran mujeres gestantes que corresponden a 13 gestantes con bajo peso para la edad gestacional.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN DE NIÑOS Y NIÑAS SEGUN LA EDAD

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
0 a ≤ 6 MESES	10	10%
>6 MESES a ≤ 1 AÑO	7	7%
> 1 a ≤ 2 AÑOS	26	26%
> 2 a ≤ 3 AÑOS	19	19%
> 3 a 4 AÑOS	38	38%
TOTAL	100	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRAFICA 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGUN LA EDAD



El ciclo de vida permite identificar las necesidades a lo largo de las etapas del desarrollo humano generando intervenciones que repercutirán en el trascurso de la vida, así mismo, ayuda a comprender las vulnerabilidades producidas por situaciones como el desplazamiento, la pobreza, la enfermedad que pueden afectar a las personas en cualquier edad. (Ministerio de salud y protección social, s.f).

Según el Boletín epidemiológico de la semana 31 del Instituto Nacional de Salud, en Colombia, el 17,1 % de los casos notificados por desnutrición aguda son de niños y niñas menores de 6 meses, el 19,2 % de menores de 6 a 12 meses y el 63,7 % mayores de 1 año hasta 5 años (Semana Epidemiológica 31, 2021). En la gráfica número dos correspondiente a la edad de los niños y niñas con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda se pudo evidenciar que el 38% de la población caracterizada de niños y niñas, se encuentra en el rango de edad de > 3 a 4 años esto posiblemente porque en este grupo de edad los niños son más activos y requieren de más nutrientes para el correcto funcionamiento y desarrollo del organismo, los cuales puede que no sean proporcionados ya que las condiciones socioeconómicos de las familias no lo permiten. En menor proporción se encuentran los niños y niñas caracterizados con un rango de edad de 0 a ≤ 6 meses que corresponden al 10% de la población, esto posiblemente porque se proporcionó lactancia materna exclusiva, la práctica de lactancia materna fue exitosa o que la duración de lactancia materna exclusiva fue proporcionada hasta los 6 meses de

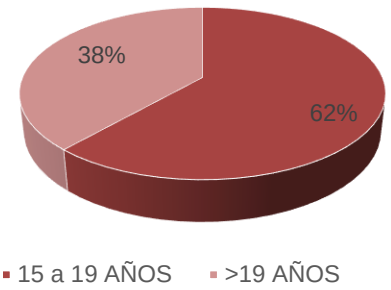
edad, lo cual los convierte en factores protectores para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas; por otro lado, se encuentran los niños y niñas con un rango de edad de > 6 y ≤ 1 año que corresponden al 7% esto debido posiblemente a que la introducción de la alimentación complementaria se realizó de manera adecuada cumpliendo con todas las recomendaciones para este grupo etario. En esta gráfica también podemos observar que el 26% de los niños y niñas se encuentran en el rango de edad de 1 a ≤ 2 años y el 19% de los niños y niñas se encuentran en un rango de edad de > 2 a ≤ 3 años, entre los factores que pueden influir para que se presente el riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda en este grupo de edad pueden estar incluidos cambios en los hábitos alimentarios, por las condiciones socioeconómicas, la ausencia de agua potable para consumo humano en los hogares lo que pueden causar episodios diarreicos por periodos mayores a 3 días que a su vez conllevan a perdidas excesivas de peso, presencia de fiebre o falta de apetito; por otro lado, la falta de educación de los cuidadores podría considerarse como otro factor de riesgo, ya que, cuando esta es insuficiente o nula, no van a tener conocimientos acerca de la importancia de una correcta alimentación en esta población. Según Hernández & Vargas, debemos tener en cuenta que la etapa de la vida de los menores de 5 años, es crítica para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas por lo cual se debe asegurar que estos cuenten con buenas condiciones de vida que proporcionen seguridad alimentaria y nutricional necesaria para permitir un óptimo desarrollo y bienestar físico, mental y social. (Hernández & Vargas, s.f.)

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EDAD DE LAS MUJERES GESTANTES

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 a 19 AÑOS	8	62%
>19 AÑOS	5	38%
TOTAL	13	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA EDAD DE LAS MUJERES GESTANTES



n=13

El embarazo a temprana edad es un problema de salud pública que trae consigo múltiples consecuencias ya que puede poner en riesgo la salud tanto del niño como de la madre, además el embarazo adolescente puede significar un gran obstáculo en las posibilidades de construir un proyecto de vida por parte de los adolescentes. Ser madre antes de desarrollar los recursos y habilidades personales en cuanto a la educación, conocimientos adecuados sobre salud, trabajo estable y participación en la comunidad restringe las opciones de vida de las adolescentes, llevando posiblemente a condenarlas a la pobreza y poniendo en peligro a sus niños. (Rodríguez, s.f.)

Según la ENSIN 2015, el 21,4% de las mujeres adolescentes menores de 18 años que refirieron estar embarazadas presentaban bajo peso para su edad gestacional(ENSIN 2015). En la gráfica se evidencia que el porcentaje de mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional menores de 19 años es de 62%, esta situación posiblemente debida por la inmadurez fisiológica de la gestante que le puede generar un desequilibrio en su bienestar integral, ya que estas además de satisfacer sus necesidades de energía y nutrientes deben cubrir las demandas propias del embarazo; por esta razón, se debe prestar una particular atención con el fin de prevenir esta situación mediante educación sexual y reproductiva; por otro lado, se evidencia que las gestantes con bajo peso para la edad gestacional mayores de 19 años equivalen al 38% del total de gestantes, aunque se considere que las mujeres mayores de edad tienen mayor conocimiento en salud y además una estabilidad económica, lo cual les permite ofrecer una adecuada calidad de vida a sus hijos, este hecho se ve poco evidenciado en el área rural ya que en esta la

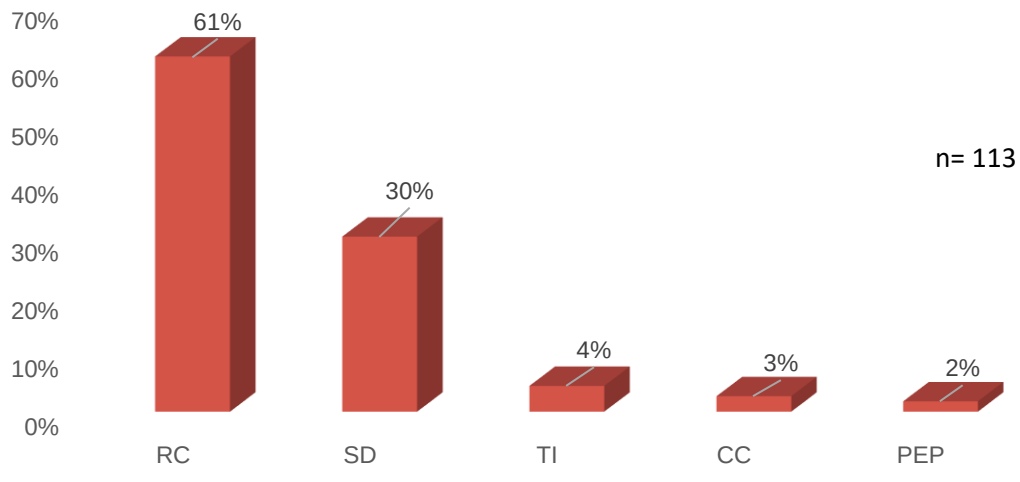
mayoría de la población cuenta con escaso nivel educativo y bajos ingresos económicos que se vuelven un factor de riesgo para ofrecer adecuadas condiciones de vida a sus familias.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TIPO DE IDENTIDAD

TIPO DE IDENTIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Registro Civil - RC	69	61%
Sin Documento – SD	34	30%
Tarjeta de Identidad - TI	5	4%
Cedula de Ciudadanía - CC	3	3%
Permiso Especial de Permanencia - PEP	2	2%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TIPO DE IDENTIDAD



Todo colombiano, desde su nacimiento tiene derecho a su registro e individualización por parte del Estado, trámite que permite el reconocimiento de sus derechos y hacer efectivo el cumplimiento de sus deberes. El Registro e Identificación de los colombianos se hace a través del Registro Civil, la Tarjeta de Identidad y la Cédula de Ciudadanía (Registraduría Nacional del Estado Civil, s.f.). En la gráfica anterior podemos observar que el 61% de los beneficiarios caracterizados por las UBA cuenta con registro civil esto debido a que gran parte de la población son niños y niñas de 0 – 59 meses, igualmente se evidencia que el 30% de la población caracterizada no cuenta con un documento que los identifique posiblemente a causa de que no se han realizado el debido trámite para generar el documento de identidad lo cual es una señal de alerta en cuanto al cumplimiento de la garantía de derechos de los niños y niñas, además este hecho se ve puede ver evidenciado por la condición de irregularidad en la que viven algunas familias debido a que no son ciudadanos colombianos. En la proporción más baja encontramos a los que cuentan con Permiso Especial de Permanencia (PEP), cedula de ciudadanía colombiana o tarjeta de identidad estas dos últimas corresponden a las mujeres gestantes captadas por las UBA.

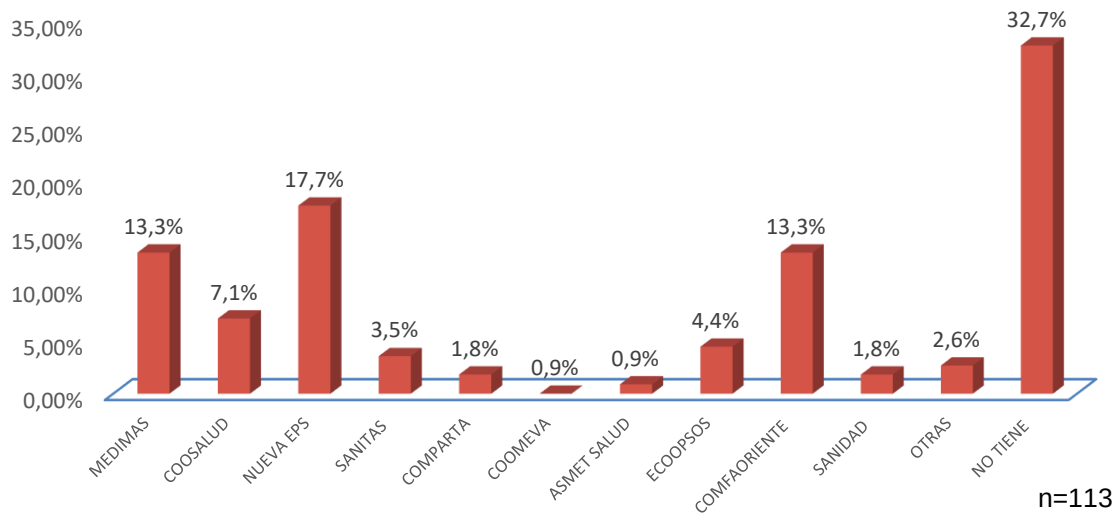
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA AFILIACIÓN A SALUD

AFILIACIÓN A SALUD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MEDIMAS	15	13,3%
COOSALUD	8	7,1%
NUEVA EPS	20	17,7%
SANITAS	4	3,5%
COMPARTA	2	1,8%
COOMEVA	1	0.9%
ASMET SALUD	1	0,9%
ECOOPSOS	5	4,4%
COMFAORIENTE	15	13,3%
SANIDAD	2	1,8%
OTRAS	3	2,6%

NO TIENE	37	32,7%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA AFILIACIÓN A SALUD



Es posible acceder a los beneficios de la salud mediante 4 maneras, a través de la afiliación al régimen contributivo, afiliación a régimen subsidiado, atención directa en hospitales o empresas sociales del estado. (Ministerio de Salud y Protección Social, s.f.)

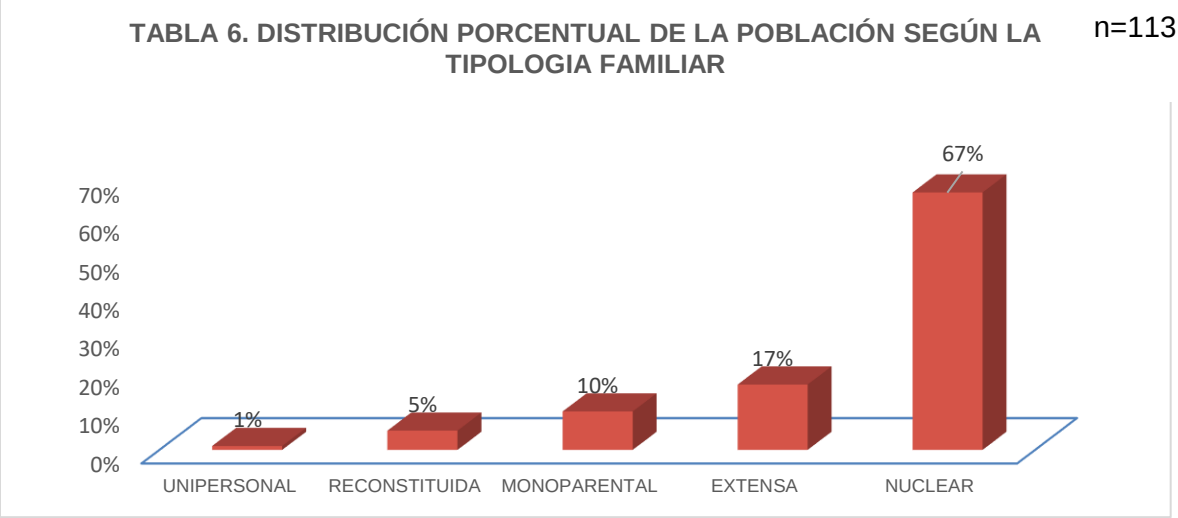
En Colombia, el aseguramiento de la atención en salud está casi por completo en manos de EPS que pueden ser de carácter privado o público y tienen como objetivo proveer servicios médicos más accesibles a la población. En la gráfica podemos observar que la mayor proporción de la población caracterizada equivalente al 32,7% no se encuentra afiliada a ninguna entidad de salud, situación que puede afectar directamente en la condición de salud de los individuos debido a la falta de acceso a los servicios de calidad esenciales para el cuidado y protección de la salud como son los controles de crecimiento y desarrollo en el caso de los

niños y niñas o controles prenatales en el caso de las gestantes. Las EPS que cuentan con más afiliaciones por parte de la población objeto son Nueva EPS con un 17,7%, Medimás y Comfaoriente cada una con un 13,3%; por otro lado, la categoría otras presentan un 2,6% correspondiente a las afiliaciones a salud en EPS que no prestan atención en Norte de Santander por lo cual se evidencia que estos usuarios no pueden acceder a una atención en salud dentro del departamento.

TABLA 6. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA TIPOLOGÍA FAMILIAR

TIPOLOGÍA FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
UNIPERSONAL	1	1%
RECONSTITUIDA	6	5%
MONOPARENTAL	11	10%
EXTENSA	19	17%
NUCLEAR	76	67%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



Según el Observatorio de políticas de las familias; “La tipología de estructura familiar clasifica a los hogares con base en la relación de parentesco entre sus miembros con el jefe de hogar. En primer lugar, los hogares se clasifican en hogares familiares y hogares no familiares dependiendo de la existencia de un núcleo familiar primario y/o de una relación filial (hijos/hijas, parentesco cercano) entre todos o algunos de los miembros del hogar. Entre los hogares familiares encontramos familias nucleares las cuales están compuestas por el padre, madre con o sin hijos; familias extensas conformada por un hogar nuclear y otros parientes; familias compuestas conformadas por un hogar nuclear y no parientes; familias reconstituidas en estas existe la presencia de una persona sin relación de consanguinidad que cumple con el rol de padre o madre; familia monoparental constituida por la madre o el padre y los hijos y por último los hogares no familiares llamados unipersonal, es decir, que solo están conformados por una persona”. (Observatorio de familia, 2020)

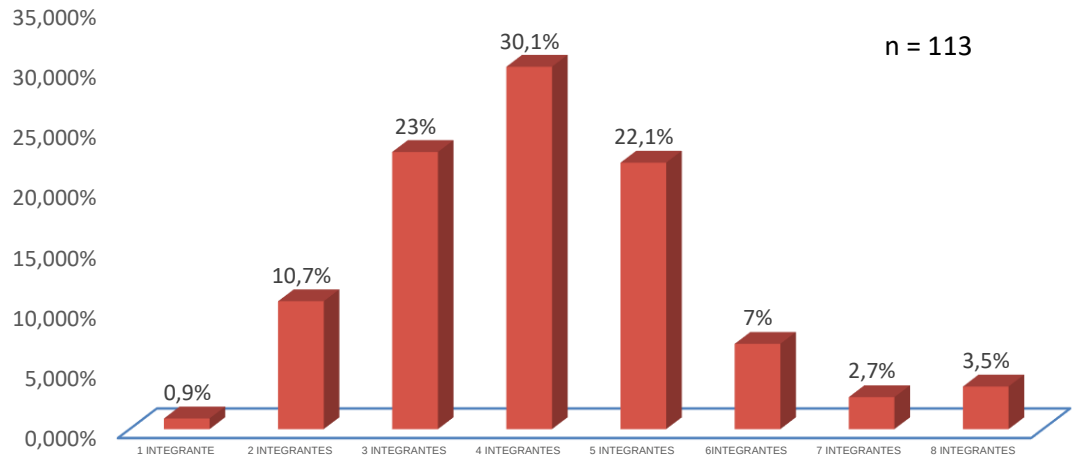
En Colombia, según los datos presentados en el Censo Nacional de Población y Familia en la actualidad se evidencia que gran porcentaje de las familias son nucleares ocupando el 56,7%, seguido de las familias extensas y en menor proporción se encuentran familias monoparentales, estas proporciones se asemejan a la situación evidenciada en la estructura familiar de los beneficiarios focalizados en la zona rural del municipio de Cúcuta donde la mayor proporción de la tipología familiar es nuclear con un porcentaje del 67% esto se debe posiblemente a que en estas zonas rurales aún se da gran importancia a la conformación de la familia en un entorno biparental; por otro lado, se evidencia que el 17% de las familias son extensas, ya que en su estructura familiar se encuentra tíos, tías, primos, abuelos, esta situación se debe posiblemente porque los familiares cercanos ayudan con el cuidado de los niños y niñas; en esta gráfica además, se evidencia que el número de familias reconstituidas corresponde al 5% y monoparentales equivale al 10% que es mucho menor lo cual concuerda con el Censo de Población y Familia.

TABLA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA

NÚMERO DE INTEGRANTES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 INTEGRANTE	1	0,9%
2 INTEGRANTES	12	10,7%
3 INTEGRANTES	26	23%
4 INTEGRANTES	34	30,1%
5 INTEGRANTES	25	22,1%
6INTEGRANTES	8	7%
7 INTEGRANTES	3	2,7%
8 INTEGRANTES	4	3,5%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 7. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE INTEGRANTES DE LA FAMILIA



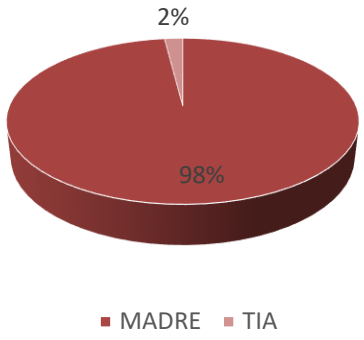
En la gráfica se evidencia que la mayor parte de la población cuenta con un total de 4 integrantes dentro de su estructura familiar correspondiente al 30,1%, seguido de esto encontramos a las familias que cuentan con 3 y 5 integrantes, con un 23% y 22,1% respectivamente; en las zonas rurales se suelen observar familias numerosas, es decir, aquellas que son compuestas por más de 4 personas, este hecho puede afectar la calidad de vida de las personas ya que, muchos de los recursos no suelen ser suficientes para cubrir con las necesidades básicas de cada uno de los individuos que integran la familia. En esta gráfica también se evidencia que existen familias muy numerosas con 6 integrantes o más dentro de la estructura familiar, es decir, el 7% de las familias cuentan con 6 integrantes, el 2,6% cuentan con 7 integrantes y el 3,5% cuentan con 8 integrantes.

TABLA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL PARENTESCO DEL RESPONSABLE DE LOS NIÑOS Y NIÑAS.

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MADRE	98	98%
TIA	2	2%
TOTAL	100	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGUN EL PARENTESCO DEL RESPONSABLE



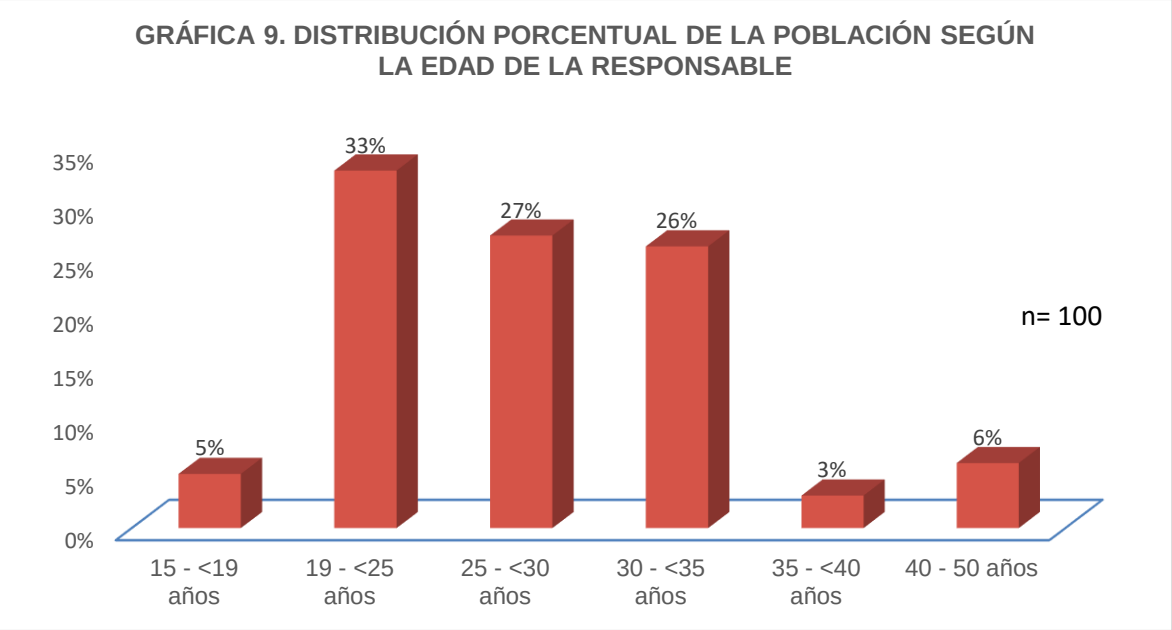
n=100

Todos los niños y niñas tienen derecho a tener una buena calidad de vida y a un ambiente sano, esta calidad de vida es esencial para su desarrollo integral y debe ser proporcionada por los padres o en algunas ocasiones excepcionales por los cuidadores quienes son los responsables de que el niño o niña crezca en un ambiente de seguridad que evite alteraciones en su estado de salud y así mismo, les garantice un correcto crecimiento y desarrollo (Congreso de la República, 2006). En esta gráfica se evidencia que el 98% de los niños y niñas de 0 -59 meses con riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda son cuidados por sus madres y solo el 2% son cuidados por sus tías, esta cifra se debe a que estas madres son amas de casa lo que las hace responsables del hogar y los hijos; por otro lado, en el caso de las tías según lo observado en la caracterización familiar se debe a que la madre es la encargada del sustento del hogar.

TABLA 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA EDAD DE LA RESPONSABLE DEL NIÑO O NIÑA

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
15 - <19 AÑOS	5	5%
19 - <25 AÑOS	33	33%
25 - <30 AÑOS	27	27%
30 - <35 AÑOS	26	26%
35 - <40 AÑOS	3	3%
40 - 50 AÑOS	6	6%
TOTAL	100	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



En cuanto a la gráfica podemos analizar que la mayor proporción de responsables se encuentran en la edades comprendidas entre 19 años a menor de 25 años con un valor de 33%, esto se presenta ya que las mujeres en este rango

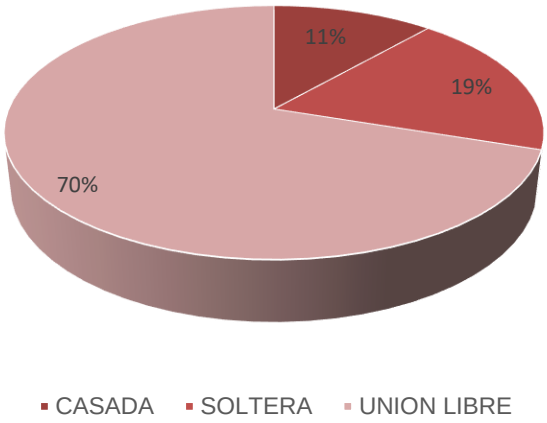
de edad tienen más posibilidades de tener hijos porque se considera como una edad muy reproductiva y en la que las mujeres tienen mayor conciencia de los cuidados que se le deben dar a los niños; por otro lado, encontramos a las responsables que son menores de 19 años las cuales corresponden al 5%, en esta etapa de la vida aún no se tiene la suficiente conciencia y responsabilidad para cuidar de un niño o niña además, se evidencia más vulnerabilidad debido a que posiblemente no terminaron sus estudios situación que les dificultad el hecho de conseguir empleo y no tienen los conocimientos necesarios para tomar decisiones adecuadas en cuanto a la salud y alimentación de los niños y niñas. Posteriormente, el grupo de responsables con edades comprendidas entre 25- <30 años y el grupo comprendido entre 30- <35 cuentan con un porcentaje bastante similar de 26% y 27% respectivamente.

TABLA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ESTADO CIVIL

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASADA	13	11,5%
SOLTERA	21	18,6%
UNION LIBRE	79	69,9%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 10. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ESTADO CIVIL DEL RESPONSABLE



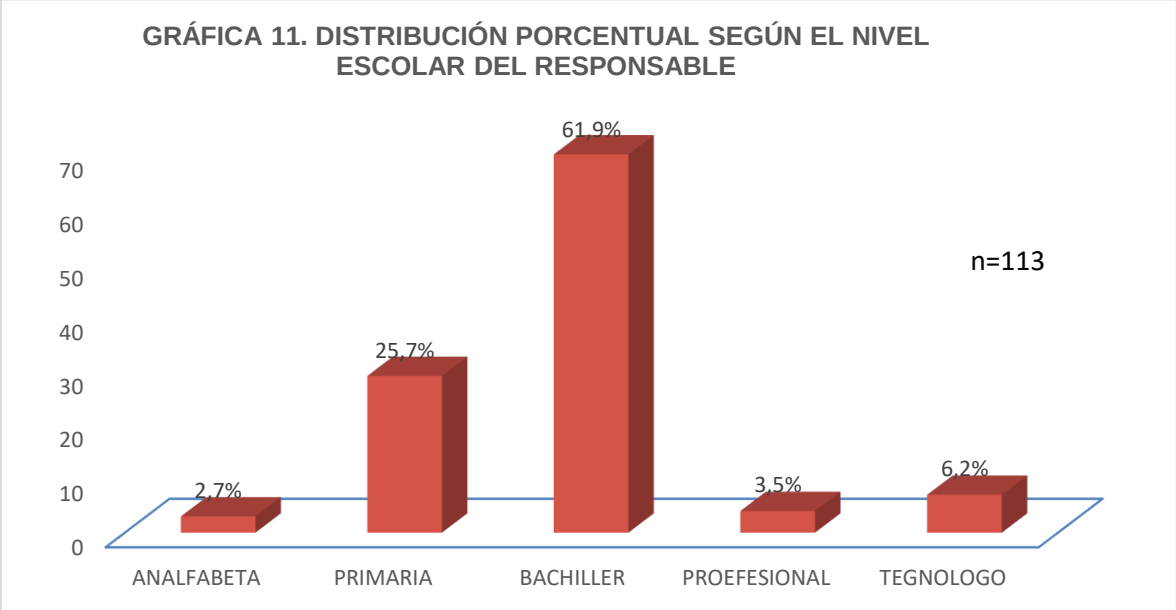
n=113

El Decreto 1260 de 1970 señala que “El estado civil es una situación jurídica en la familia y la sociedad, que determina la capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones”; en los hogares de las familias caracterizadas por las Unidades de Búsqueda Activa se destacó que el 69,912% de las responsables del cuidado de los niños y niñas vivían en unión libre, seguidas de las solteras con un 18,584% y en menor proporción se encontraban las responsables casadas con un 11,504% de la población total. Según el Censo Nacional de Población y Familia, “en los hogares colombianos se presenta mayor proporción del estado civil casado/a o en unión libre, observándose que el estado civil soltera se evidencia en aquellos hogares donde se presenta un tipo de familia monoparental” (Observatorio de familia, 2020); similar a lo obtenido en los resultados de la caracterización familiar de la población de niños y niñas de 0 - 59 meses con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda y mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional.

TABLA 11. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL NIVEL ESCOLAR

NIVEL EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ANALFABETA	3	2,7%
PRIMARIA	29	25,7%
BACHILLER	70	61,9%
PROFESIONAL	4	3,5%
TECNOLOGO	7	6,2%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



Lagonell, et.al; refieren que la educación es la variable predictiva más íntimamente relacionada con el estado de salud de una población, una comunidad o un individuo ya que ayuda en la implementación de conductas y actitudes favorables en apoyo a la búsqueda de la salud y encaminadas hacia el

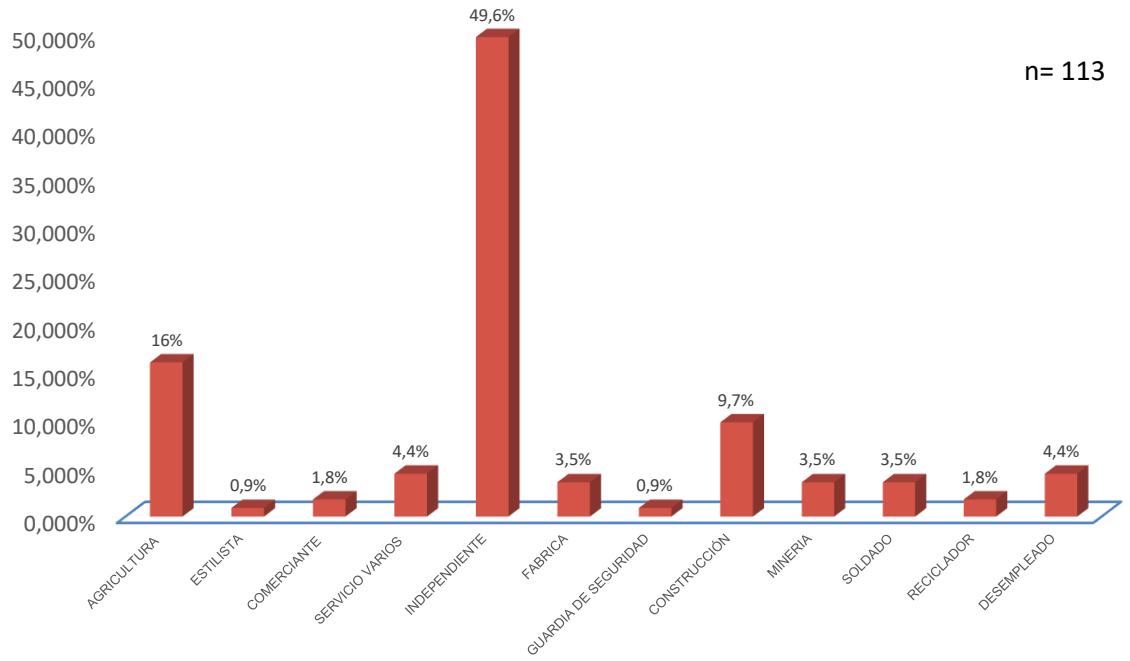
mantenimiento de la misma, lo cual conlleva a un estilo de vida saludable y una mejor calidad de vida, así mismo indica que la UNICEF considera que la alfabetización y progresión en niveles educativos por parte de la mujer, específicamente de la madre, es un factor importante para el desarrollo infantil. (Lagonell, Tineo, Márquez, & Bastardo, s.f). Por lo cual, se manifiesta que el nivel de escolaridad alcanzado por las responsables del cuidado del menor es un indicador que se asocia a la posibilidad de adquirir y acceder a información relevante que influye en su comportamiento frente al cuidado de la salud del niño, así como, las conductas propias que el niño desarrollará a través del tiempo que evitará el riesgo de que se presente desnutrición aguda, lo mismo ocurre con las mujeres gestantes ya que el bajo nivel educativo se relaciona con los hábitos poco saludables ocasionando que presente un bajo peso para la edad gestacional ya que no dimensionan la importancia de llevar una alimentación adecuada con la que se cumplan los requerimientos nutricionales en cantidad y calidad suficiente para el mantenimiento de la salud de la gestante y desarrollo del niño. En la gráfica se evidencia que la mayor proporción de las responsables son bachilleres con un 61,9% del total de la población considerando esto como un factor positivo ya que, han recibido educación y posiblemente tengan conocimientos acerca de alimentación saludable que les permite ayudar en el cuidado de la salud de los niños y niñas cumpliendo con los requerimientos nutricionales para el adecuado crecimiento y desarrollo; seguido están los responsables que solo cursaron primaria que equivale al 25,7% esta situación se asocia a que en la zona rural existen más dificultades para acceder a la educación; por otro lado, los habitantes de la zona rural abandonan sus estudios para ingresar a trabajar y obtener mejores condiciones de vida, además de que, no consideran la educación tan importante. En menor proporción encontramos a la población que se encuentra en analfabetismo con un 2,7%, la población con un nivel educativo profesional 3,5% y las responsables que son tecnólogas 6,2%.

TABLA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA ACTIVIDAD LABORAL DE LA PERSONA QUE APORTA EN EL HOGAR

ACTIVIDAD LABORAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AGRICULTURA	18	16%
ESTILISTA	1	0,9%
COMERCIANTE	2	1,8%
SERVICIO VARIOS	5	4,4%
INDEPENDIENTE	56	49,6%
FABRICA	4	3,5%
GUARDIA DE SEGURIDAD	1	0,9%
CONSTRUCCIÓN	11	9,7%
MINERIA	4	3,5%
SOLDADO	4	3,5%
RECICLADOR	2	1,8%
DESEMPLEADO	5	4,4%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 12. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA ACTIVIDAD LABORAL DE LA PERSONA QUE APORTA EN EL HOGAR



Según cifras del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas en el primer trimestre del año 2021; El mercado laboral todavía se encuentra bastante afectado por la crisis sanitaria a causa del covid-19, y muestra importantes diferencias entre grupos poblacionales y cambios en la composición de la ocupación. Para el año 2021 el número de desempleados a nivel nacional aumentó en 468 mil desocupados frente a marzo de 2020 (Departamento Administrativo Nacional de Estadisticas, 2021), Con respecto a la gráfica se evidencia que el 49,6% de las personas que aportan a la economía familiar son independientes lo cual nos hace pensar que sus ingresos provienen de la informalidad conociéndose a esta como la actividad laboral más predominante en muchos lugares de Colombia en especial Cúcuta donde se encuentra la mayor proporción de informalidad llegando al 72,24%. En la gráfica se observó que las actividades laborales que se encuentran en mayor proporción es la agricultura con un 16% esta es una actividad muy común en la zona rural aunque no es la predominante en este caso se puede deber a que

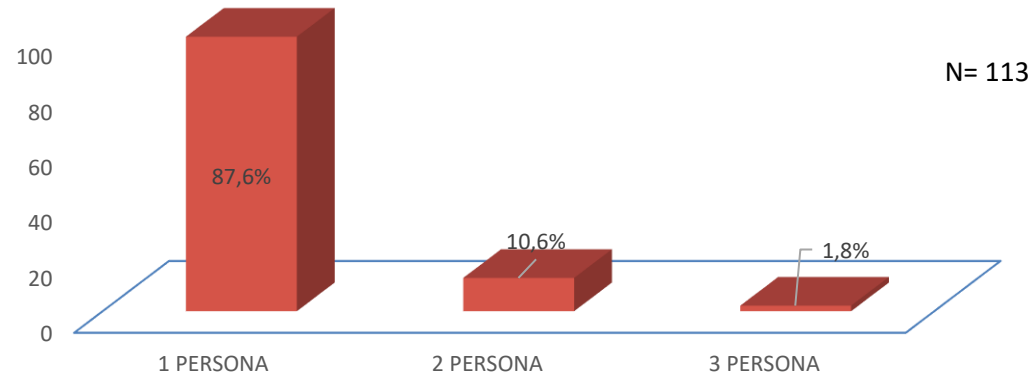
hay un gran número de población migrante que no conoce acerca de esta actividad por lo que prefiere la informalidad; en el municipio de Cúcuta se ve bastante reflejado el desempleo y la pobreza, estos influyen negativamente en las condiciones de vida refiriéndose específicamente a las condiciones de la vivienda y seguridad alimentaria y nutricional de la población que a su vez influyen en el aumento del riesgo de presentar desnutrición aguda en los niños y niñas de 0-59 meses y bajo peso para la edad gestacional en las mujeres gestantes, aunque en esta caracterización se evidenció que el porcentaje de desempleo fue de 4,4%, es importante decir que la informalidad también puede ocasionar tasas altas de pobreza.

TABLA 13. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL NÚMERO DE PERSONAS QUE APORTAN A LA ECONOMIA DEL HOGAR

NÚMERO DE PERSONAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1 PERSONA	99	87,6%
2 PERSONA	12	10,6%
3 PERSONA	2	1,8%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 13. DISTRIBUCION PORCENTUAL SEGUN EL NUMERO DE PERSONAS QUE APORTAN A LA ECONOMIA DEL HOGAR



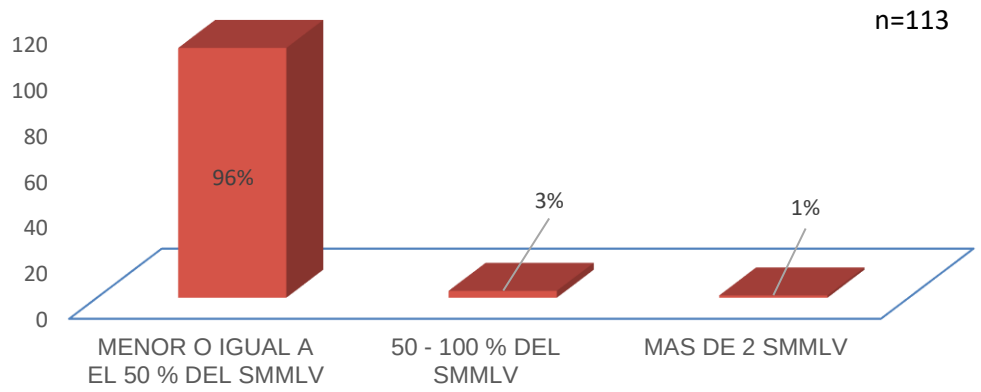
En la gráfica se evidencia que en el 87,6% de las familias solo aporta económicamente una persona esto se considera como un factor determinante de las condiciones de vida en especial para aquellas familias extensas o numerosas ya que, los ingresos no serán suficientes para cubrir las necesidades básicas de cada integrante de la familia como es el acceso a una alimentación completa, suficiente y adecuada; por otro lado, en menor proporción se encuentran las familias en las que aportan económicamente dos personas con un 10,6% y tres personas con un 1,8%.

TABLA 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TOTAL DE INGRESOS

INGRESOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MENOR O IGUAL A EL 50 % DEL SMMLV	109	96%
50 - 100 % DEL SMMLV	3	3%
MAS DE 2 SMMLV	1	1%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TOTAL DE INGRESOS



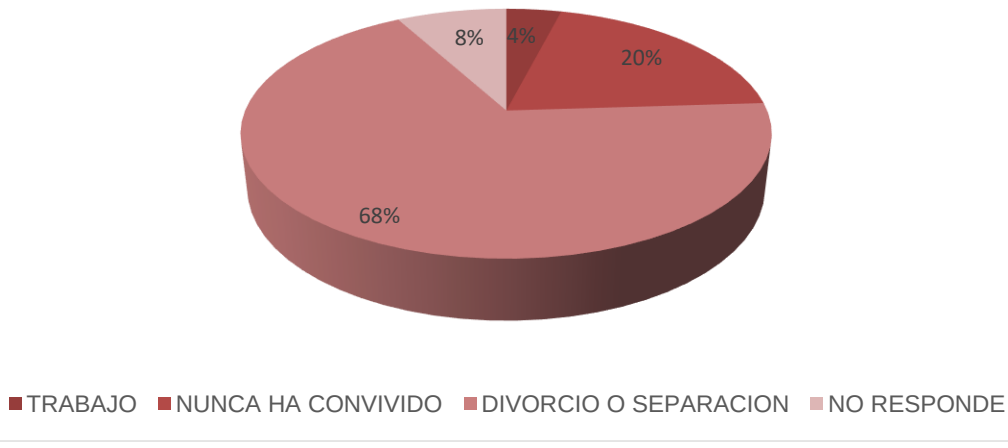
De acuerdo a lo evidenciado en las gráfica el 96% de las familias solo tiene ingresos menores o iguales al 50% del SMMLV, en Colombia gran parte de la población cuenta con un salario por debajo del mínimo, lo cual dificulta la capacidad de los hogares en la adquisición de bienes y productos básicos de la canasta familiar ocasionando inseguridad alimentaria en los integrantes de las familias; esto a su vez se debe a que la actividad económica predominante es la informalidad por lo cual no se tendrán ingresos seguros si no que estos serán variados, dependiendo de cada día. Cabe destacar que el salario mínimo para el año 2021 en Colombia, se encuentra en $ 908,526 pesos, por lo que se puede decir que según lo referido por el 96% de la población objeto sus ingresos mensuales son de aproximadamente 454.263 pesos, lo cual condiciona la calidad de vida de las familias en todos los aspectos como alimentación saludable, acceso a salud, acceso a vivienda con condiciones de vida digna, acceso a educación y vestido.

TABLA 15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA RAZÓN POR LA QUE EL NIÑO O NIÑA NO VIVE CON SU PADRE O MADRE SEGÚN EL CASO

CAUSA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
TRABAJO	1	4%
NUNCA HA CONVIVIDO	5	20%
DIVORCIO O SEPARACION	17	68%
NO RESPONDE	2	8%
TOTAL	25	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 15. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN RAZÓN POR LA QUE EL NIÑO VIVE CON SU PADRE O MADRE SEGÚN EL CASO



En Colombia, la inestabilidad familiar ha ido aumentando y el número de hogares monoparentales cada día es mayor, las separaciones entre parejas son cada vez más comunes; en los últimos años, se contempla que la principal causa por la cual los niños y niñas no viven con su padre o madre es el divorcio y la separación, ya que el tema de formalizar un hogar con bases sólidas y aumentar los vínculos afectivos no tiene la misma prioridad que en otros tiempos, este hecho involucra y

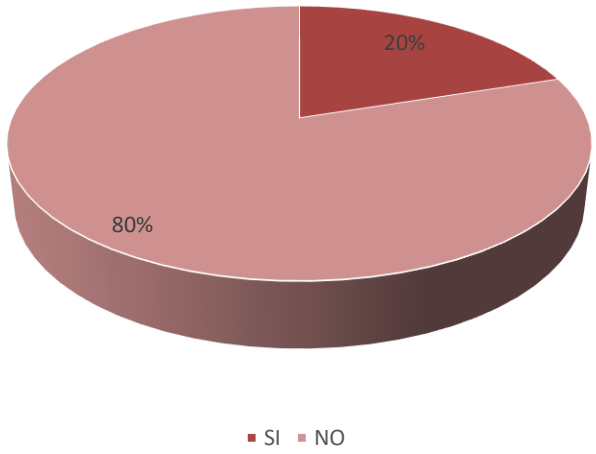
afecta principalmente a la población infantil repercutiendo en su adecuado crecimiento y desarrollo tanto, físico como psicológico; además de las limitaciones económicas que puedan presentarse debido a la falta de aporte económico por uno de sus progenitores, lo que conlleva a la disminución del acceso y calidad de los alimentos, así como, al acceso a la educación poniendo en riesgo la calidad de vida de los niños y niñas. En esta grafica se evidencia que el 68% de las familias en las que el padre o la madre no vivía con el niño o niña refirieron que la razón de esta situación era el divorcio o separación de los mismos, en menor proporción se evidencia que la causa de esta situación, es porque nunca han convivido con el niño o niña lo cual equivale al 20%; también encontramos familias que refirieron que esta situación se debía al trabajo del padre o la madre correspondiente al 4%, ya que por esta razón no vivían en la misma ciudad.

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN SI EL NIÑO O NIÑA VIVE CON SU PADRE Y MADRE Y ESTAN VIVOS, CUMPLEN CON LA RESPONSABILIDAD DE ALIMENTOS

RESPONSABILIDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	5	20%
NO	20	80%
TOTAL	25	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 16. DISTRIBUCIÓN DE LOS MADRES Y PADRES QUE NO VIVEN CON SUS HIJOS NO APORTAN EN EL HOGAR



n=25

La cuota alimentaria es un derecho que poseen diferentes personas, como los niños y niñas, cónyuges, hermanos o padres dependiendo de ciertas circunstancias. A todos los niños se les debe garantizar el acceso a los recursos necesarios e indispensables para su sustento como es la alimentación, vivienda segura, vestido, asistencia médica, recreación, educación y en general todo lo que se requiera para su desarrollo integral; dependiendo de la capacidad económica de la persona responsable de dicha cuota en donde se comprende, además, la obligación de proporcionar a la madre los gastos que se presenten durante el embarazo y parto. De acuerdo a la gráfica anterior se puede evidenciar que solo el 20% de los padres o madres que no viven con sus hijos cumplen con la responsabilidad de alimentos y el 80% no aporta económicamente en la responsabilidad de alimentos del niño o niña, la inasistencia alimentaria genera inseguridad alimentaria que podrían ser factores para desencadenar desnutrición debido a que una mala alimentación no les permitirá un adecuado crecimiento y desarrollo, que a temprana edad pueden provocar diferentes enfermedades a nivel físico y mental.

TABLA 17. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA VINCULACIÓN DEL BENEFICIARIO A OTRO PROGRAMA DEL ICBF

VINCULACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	42	37%
NO	71	63%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

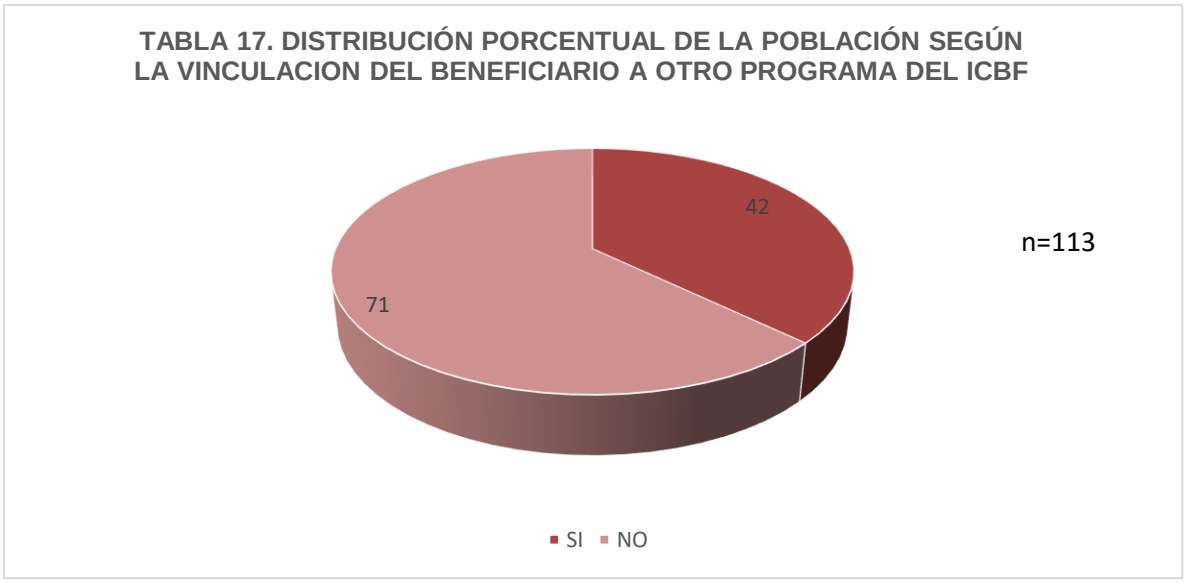
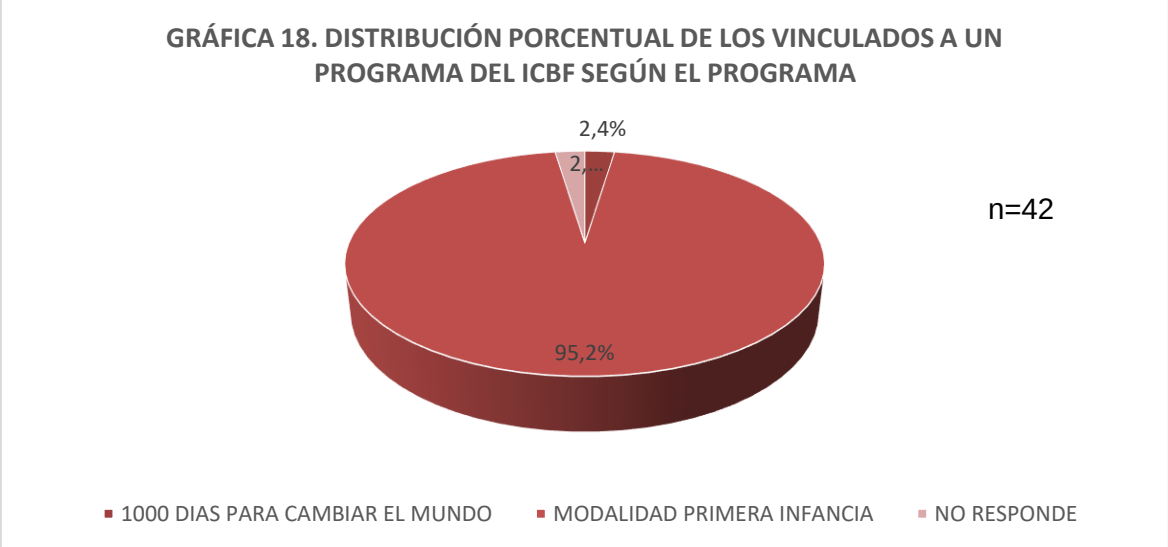


TABLA 18. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS VINCULADOS A UN PROGRAMA DEL ICBF SEGÚN EL PROGRAMA

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1000 DIAS PARA CAMBIAR EL MUNDO	1	2,4%
MODALIDAD PRIMERA INFANCIA	40	95,2%
NO RESPONDE	1	2,4%
TOTAL	42	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar lleva a cabo sus acciones a través de programas, estrategias y modalidades una de ellas es la Dirección de Primera Infancia (DPI) aquí se promueve el desarrollo integral de las niñas y los niños de cero a cinco años, mediante la protección y garantía de sus derechos, la educación inicial, cuidado, salud, nutrición, protección y participación; en esta se encuentran diferentes modalidades como la institucional, familiar, comunitaria y propia e

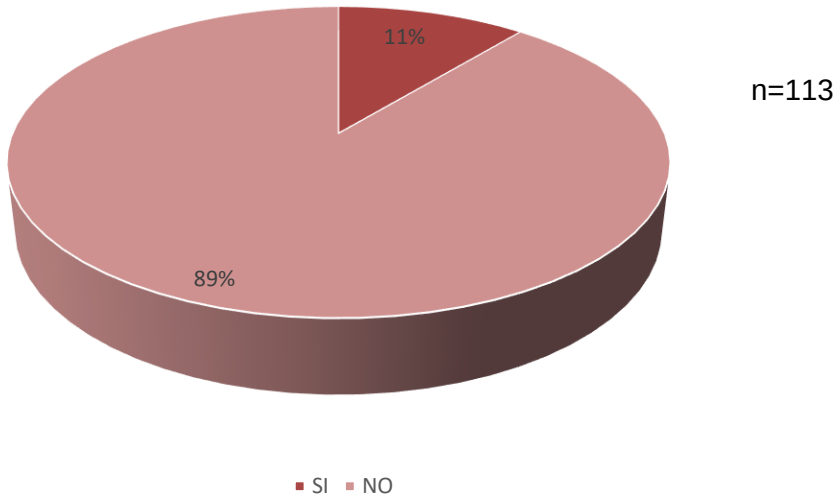
intercultural. En la gráfica Nº17 se puede evidenciar que el 63% de los usuarios focalizados por las UBA no están vinculados a ninguna modalidad del ICBF y solo el 37% está vinculado a un programa del ICBF, por lo cual, se debe incentivar a las familias a que hagan la gestión para el acceso a las modalidades de este instituto que les permita obtener los beneficios que ofrecen y así ayudar en el mejoramiento de la calidad de vida. Según lo evidenciado en la gráfica Nº18 el 95,2% de los beneficiarios vinculados, están inscritos en una modalidad de primera infancia del ICBF, lo cual le permite a los padres de familia o cuidadores la confianza y tranquilidad de que sus hijos tendrán la oportunidad de ayudar positivamente en el proceso de crecimiento y desarrollo, que de forma integral significa que pueden acceder a una alimentación equilibrada y acorde a sus necesidades nutricionales, así como los espacios adecuados para desarrollar actividades propias del ámbito educativo de la primera infancia como arte, literatura, juego y exploración del medio entre otras acciones de atención; por otro lado, en menor proporción con 2,4% se encuentran los usuarios vinculados a las modalidad de 1000 días para cambiar el mundo; el cual busca promover el desarrollo de niñas y niños en sus primeros mil días de vida a través de la implementación de acciones que contribuyen a la prevención de la desnutrición aguda, mediante la promoción de condiciones adecuadas de nutrición y salud, al tiempo que se fortalecen las capacidades familiares orientadas a la generación de entornos protectores. (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, 2021)

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA VINCULACIÓN A UN PROGRAMA SOCIAL

VINCULACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	11%
NO	101	89%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

TABLA 19. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA VINCULACIÓN A UN PROGRAMA SOCIAL



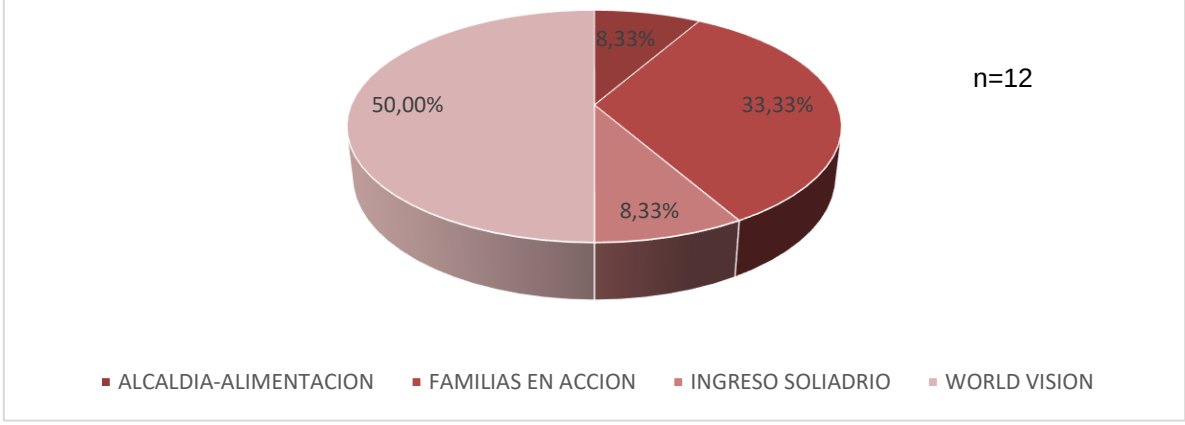
n=113

TABLA 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE UN PROGRAMA SOCIAL SEGÚN EL PROGRAMA.

PROGRAMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALCALDIA-ALIMENTACION	1	8,33%
FAMILIAS EN ACCION	4	33,33%
INGRESO SOLIADRIO	1	8,33%
WORLD VISION	6	50,00%
TOTAL	12	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

TABLA 20. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN BENEFICIARIA DE UN PROGRAMA SOCIAL SEGÚN EL PROGRAMA.



Según lo observado en las gráficas N.º 19 En la caracterización familiar de la población objeto de la zona rural del municipio de Cúcuta se evidencia que el 89% de la población no recibe ningún tipo de ayuda de un programa social esto se puede deber a que las familias no han realizado la gestión para adquirir este tipo de beneficio o que por el gran número de personas que quieren ingresar a estos programas el proceso de vinculación se haga más largo; por otro lado, el 11% de los focalizados si se encuentra vinculado a un programa social entre los programas sociales con los que cuenta la población caracterizada se encuentran la organización global de desarrollo World Vision, la cual ofrece ayudas humanitarias enfocadas en el bienestar y protección integral de los niños y niñas en situación de vulnerabilidad, en la gráfica N.º 20 se evidencia que el 50% de la población beneficiada por un programa social recibe ayuda de esta organización, por otro lado, encontramos las ayudas alimentarias donadas por la alcaldía a causa de la emergencia sanitaria, esta realiza la entrega de kits alimentarios para la población vulnerable que no hace parte de los servicios de Integración Social con el fin de ayudar a garantizar la alimentación y bienestar, el 8,33% de los beneficiarios tienen acceso a esta ayuda. Existen también programas sociales que ofrecen ayudas monetarias a la población en condición de vulnerabilidad como son el programa de familias en acción al cual pertenece el 33,33% de la población beneficiada por un programa social; según la Ley 1532 del 2018, este programa tiene como función la

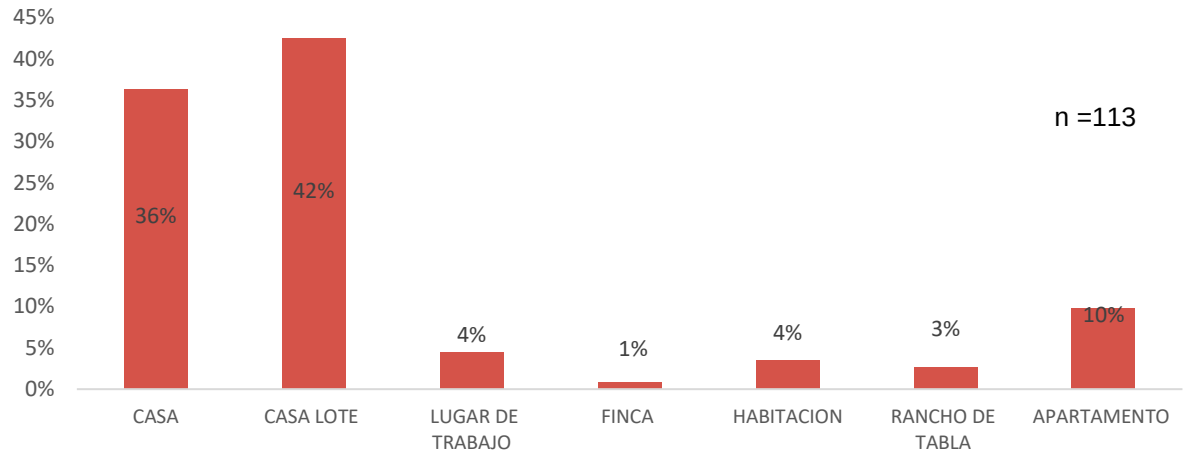
entrega, condicionada y periódica de una transferencia monetaria directa para complementar el ingreso y mejorar la salud y, educación de los menores de 18 años de las familias que se encuentran en condición de pobreza, y vulnerabilidad. (Congreso de la república de Colombia, 2018) ; otro de los programas sociales que ofrece ayuda monetaria encontramos el programa de ingreso solidario que beneficia 8,33% de la población, esta es una ayuda del gobierno nacional a hogares en condición de pobreza, pobreza extrema y vulnerabilidad que tiene como fin mitigar los impactados generados de la emergencia sanitaria causada por el COVID-19. (Unidad de Proyección Normativa y Estudios de Regulación Financiera , s.f)

TABLA 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TIPO DE VIVIENDA

TIPO DE VIVIENDA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CASA	41	36%
CASA LOTE	48	42%
LUGAR DE TRABAJO	5	4%
FINCA	1	1%
HABITACION	4	4%
RANCHO DE TABLA	3	3%
APARTAMENTO	11	10%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 21. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL TIPO DE VIVIENDA

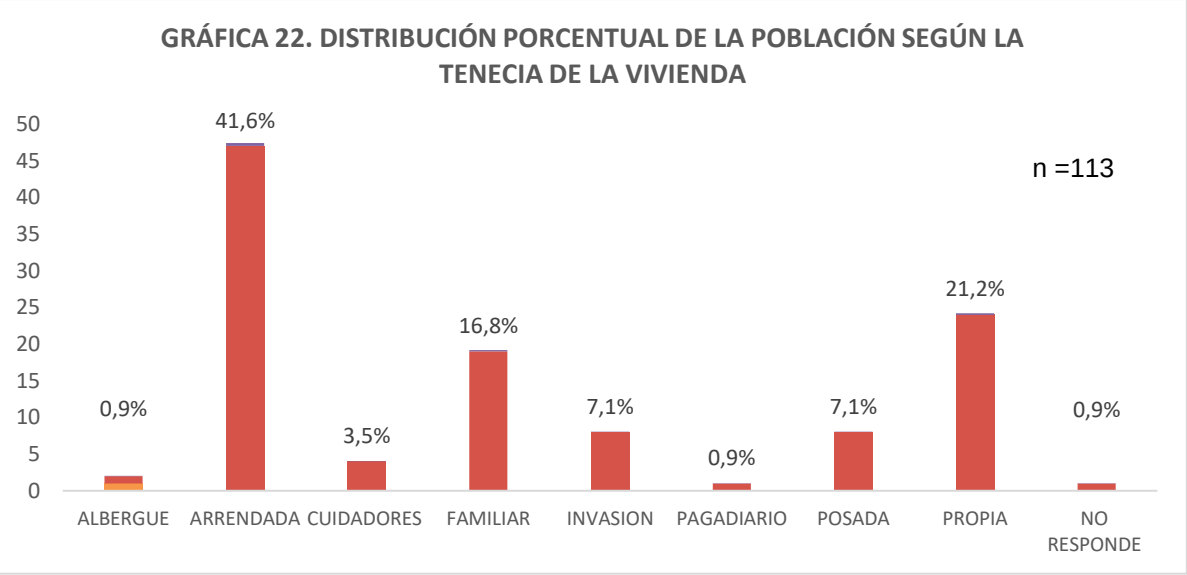


La vivienda es un lugar estructuralmente separado e independiente destinado para ser ocupado por una familia, grupo de personas familiares o por una persona que vive sola. Según lo evidenciado en la gráfica el 42% de las familias viven en una casa lote algo muy común en las zonas rurales donde las casas se encuentran ubicadas dentro de parcelas, el 36% de las familias viven en casas y el 10% en apartamentos esto posiblemente debido a que cuentan con los recursos financieros para sustentar el vivir en este tipo de viviendas; por otro lado, encontramos que el 4% de las familias viven en el lugar de trabajo y el 1% en finca, esto se puede dar porque dentro de las labores este la de cuidar los predios de sus jefes por lo cual deben vivir dentro de estos predios; por último, en esta gráfica se presenta un pequeño porcentaje de familias que viven en una habitación o rancho de tabla esto debido seguramente a que los responsables de aportar económicamente en el hogar no cuentan con el salario suficiente que les permita costear un arriendo con un valor más alto en un lugar que les proporcione mayor comodidad.

TABLA 22. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA TENENCIA DE LA VIVIENDA

TENENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALBERGUE	1	0,9%
ARRENDADA	47	41,6%
CUIDADORES	4	3,5%
FAMILIAR	19	16,8%
INVASION	8	7,1%
PAGADIARIO	1	0,9%
POSADA	8	7,1%
PROPIA	24	21,2%
NO RESPONDE	1	0,9%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



La forma de tenencia de la vivienda es la manera como como se obtiene la posesión de la vivienda, es una variable de interés que contribuye a identificar la situación habitacional de los hogares, la calidad de vida, muestra la condición de bienestar e indica la capacidad de las personas para tener acceso a un espacio que les provea protección y abrigo en cuanto al ambiente, esta variable también nos permite identificar las condiciones con las que se cuenta para la práctica de actividades recreativas, la higiene, aseo personal, preparación y el consumo de alimentos. Aproximadamente el 52 % de las familias colombianas no cuentan con una vivienda propia según los resultados de la encuesta de calidad de vida, llevada a cabo por el departamento administrativo nacional de estadística (DANE), para el año 2018 de ese porcentaje inicial el 33,8 % de los hogares reportaron que su forma de tenencia de vivienda era el arriendo, seguido del 14,7 % restante que corresponde a los hogares que señalaron ocupar su vivienda con permiso del propietario, por otra parte se tuvo en cuenta el porcentaje de propietarios de vivienda teniendo en cuenta los que aún se encuentran pagando el valor de la misma y los que ya terminaron de pagar su vivienda con un porcentaje total del 47,9 %, estas cifras reportadas coinciden con la situación observada en gráfica anterior de la distribución porcentual de la tenencia de vivienda en donde podemos evidenciar que el 41,6% de la población focalizada por las Unidades De Búsqueda Activa (UBA) en las zonas rurales y rurales dispersas del municipio San José de Cúcuta señalaron pagar arriendo de vivienda, situación que podría limitar el acceso y la calidad de los alimentos en estas familias teniendo en cuenta que gran parte del porcentaje de sus ingresos son destinados para el pago del arrendamiento de la vivienda a diferencia de los otros hogares que seleccionaron la opción de respuesta casa propia con un porcentaje del 21,2%, seguida de la opción casa familiar con un porcentaje del 16,8%, es decir, que no cuentan con un espacio propio si no que habitan con otros integrantes de las familias, esta situación se suelen presentar con las familias que tienen una tipología familiar extensa y por último, en menor proporción se encuentran las familias que viven en invasiones, posadas, albergues o son cuidadores.

TABLA 23. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ACCESO AL SERVICIO SANITARIO

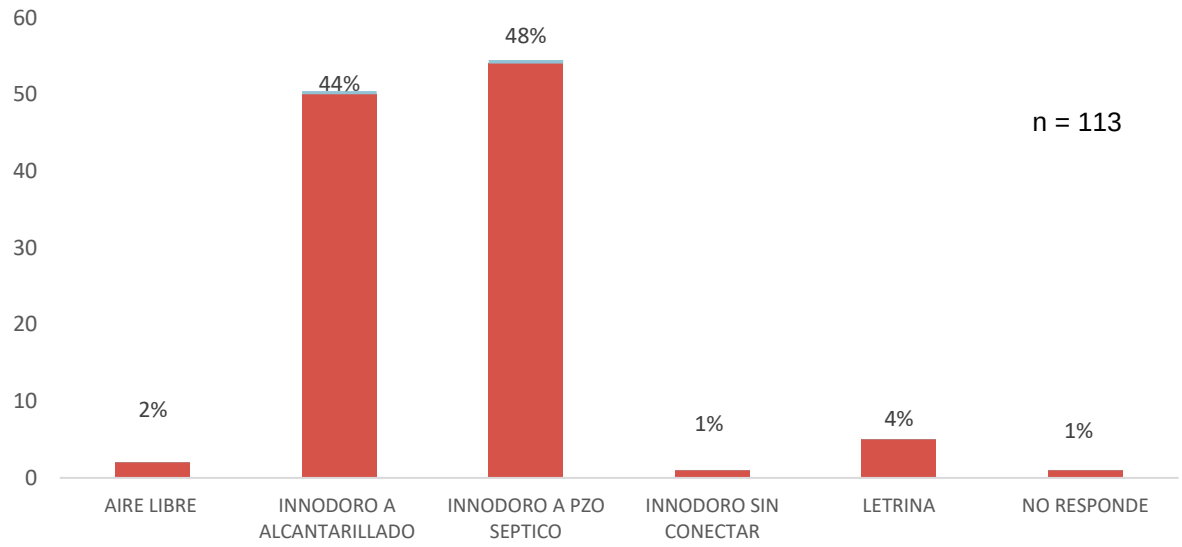
SERVICIO SANITARIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
AIRE LIBRE	2	2%
INNODORO A ALCANTARILLADO	50	44%
INNODORO A POZO SEPTICO	54	48%
INNODORO SIN CONECTAR	1	1%
LETRINA	5	4%
NO RESPONDE	1	1%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

TABLA 24. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ACCESO AL SERVICIO SANITARIO.

ACCESO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	36	32%
NO	71	63%
NO RESPONDE	6	5%
TOTAL	113	100%

GRÁFICA 23. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN EL ACCESO AL SERVICIO SANITARIO



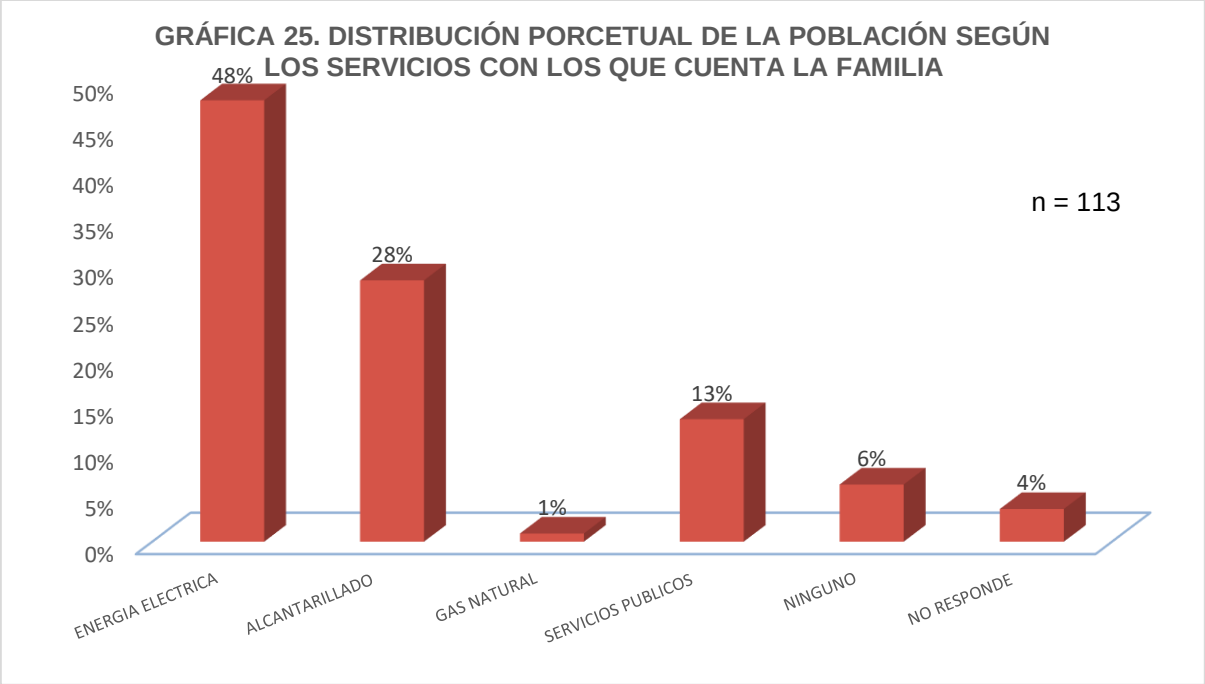
Según los Resultados Censo Nacional de Población y Vivienda 2018 en San José de Cúcuta, Norte de Santander se reportó que la cobertura de servicios públicos domiciliarios como el alcantarillado a nivel nacional corresponde al 76,6% y en el municipio de Cúcuta corresponde al 92,7% a diferencia de la situación observada en la tabla anterior de la distribución porcentual según el acceso al servicio sanitario, se evidenció que el 32 % de la población caracterizada por la Unidad De Búsqueda Activa del área rural y rural dispersa del municipio que cuentan con alcantarillado compartían inodoro, asociado a esto en la gráfica también se evidencia que la mayoría de la población no cuenta con acceso a servicio de alcantarillado por lo que realizan sus necesidades en inodoros con expulsión de excretas a pozo séptico que corresponde al 48%, aire libre 2%, letrina 4% e inodoro sin conectar 1%; estas dos situaciones podrían ser un factor de riesgo por lo que se podrían presentar focos de aparición de enfermedades ya que un saneamiento deficiente va asociado a la transmisión de enfermedades como el cólera, la diarrea, la disentería, la hepatitis A, la fiebre tifoidea y la poliomielitis, y agrava el retraso del crecimiento además, de aumentar el riesgo de padecer Enfermedades transmitidas

por los alimentos (ETA), Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA), entre otras. Aunque existe una gran proporción de la población que, si tiene inodoro conectado a alcantarillado con un 44% y así mismo existe una gran proporción de la población que no comparte el inodoro con un 63%, estos son factores positivos que propician el mejoramiento de las condiciones de vida.

TABLA 25. DISTRIBUCIÓN PORCETUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LOS SERVICIOS CON LOS QUE CUENTA LA FAMILIA

SERVICIOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ENERGIA ELECTRICA	54	48%
ALCANTARILLADO	32	28%
GAS NATURAL	1	1%
SERVICIOS PUBLICOS COMPLETOS	15	13%
NINGUNO	7	6%
NO RESPONDE	4	4%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



Los servicios públicos de suministro (agua, electricidad y gas) son fundamentales y desempeñan un papel esencial en el desarrollo económico y social por esta razón los gobiernos son responsables de asegurar el acceso. Según los datos presentados por el DANE en el Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2018 en Colombia el 96,3% de los hogares cuenta con energía eléctrica, el 86,4% cuentan con acueducto y el 66,8% cuenta con gas natural.

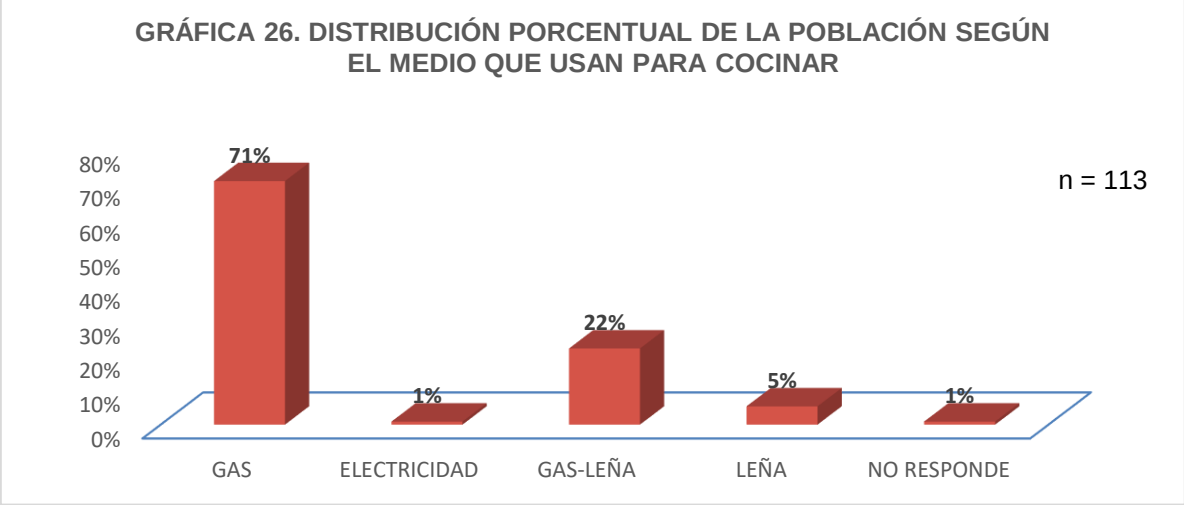
En las familias que fueron caracterizadas por las unidades de Búsqueda Activa se evidenció que el 48% de la población solo cuenta con el servicio de energía eléctrica y el 28% con el servicio de alcantarillado; en menor proporción solo con un 13% se encuentran las familias que cuentan con los servicios de energía eléctrica, alcantarillado y gas natural. En la gráfica se observó además, que el 6% de las familias caracterizadas no contaban con ninguno de los servicios públicos; la falta de acceso de la comunidad a los servicios públicos puede ser causada por la zona en la que se encuentran ubicadas las familias, ya que el acceso de estos en zonas rurales y rurales dispersas es más escaso; otro factor que puede influir en la falta de acceso a servicios públicos es el económico, ya que el nivel de ingresos de las familias en estas zonas en muchas ocasiones es limitado por lo cual no les permite

acceder a todos los servicios básicos, considerándose así como una condición de vulnerabilidad; Por otro lado, el 4% de la población caracterizada, no respondió a la pregunta.

TABLA 26. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL MEDIO QUE USAN PARA COCINAR

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GAS	80	71%
ELECTRICIDAD	1	1%
GAS-LEÑA	25	22%
LEÑA	6	5%
NO RESPONDE	1	1%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021



El combustible es todo aquel material o sustancia que, tras su combustión puede liberar energía utilizada para diferentes actividades como cocinar; existen diferentes

tipos de combustible como los sólidos donde encontramos la leña, gaseosos que son aquellos sometidos a una licuefacción para su almacenamiento como el gas y, por último, encontramos la electricidad.

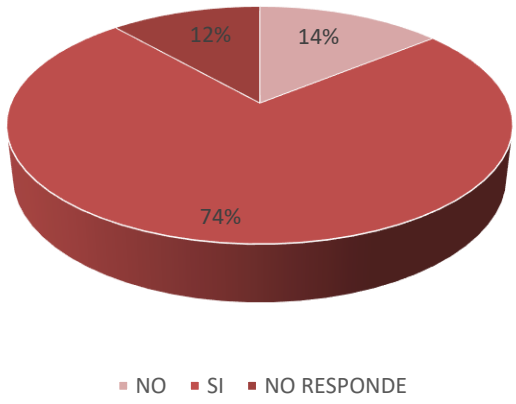
La mayor proporción de la población caracterizada por las Unidades de Búsqueda Activa que corresponde al 71% de las familias, utilizan gas como combustible para cocinar, servicio que es brindado mediante el uso de bombonas de gas en su mayoría ya que por lo evidenciado anteriormente gran porcentaje de las familias caracterizadas no cuenta con el servicio de gas natural en sus hogares; por otro lado, encontramos que el 22% de las familias utilizan gas y la leña para cocinar y el 6% utiliza solo leña para cocinar, debemos tener en cuenta que el uso de leña puede considerarse como un factor de riesgo para la salud de las personas ya que afecta directamente las vías respiratorias de los individuos creando afecciones futuras como las enfermedades respiratorias.

TABLA 27. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN QUE CUENTA CON UN ESPACIO EXCLUSIVO PARA COCINAR

ESPACIO PARA COCINAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO	16	14%
SI	84	74%
NO RESPONDE	13	12%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 27. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN QUE CUENTA CON UN ESPACIO EXCLUSIVO PARA COCINAR



n= 113

La cocina es el lugar donde ocurre la preparación de los alimentos, por lo cual es importante disponer de un espacio exclusivo para esta, que asegure calidad e inocuidad en el almacenamiento y durante el proceso de preparación de los alimentos, evitando la contaminación de los mismos y permitiendo así condiciones óptimas que garanticen la seguridad alimentaria y nutricional de las familias. En la gráfica se puede evidenciar que el 74% de las familias caracterizadas por las Unidades de Búsqueda Activa si cuenta con un espacio exclusivo para cocinar, esta situación puede asegurar que preparen sus propios alimentos en cualquier momento del día, en especial las comidas principales; ayudando así a garantizar la seguridad alimentaria y nutricional de los integrantes de las familias; por otro lado, el 14% de las familias no cuentan con un espacio exclusivo para cocinar por lo que gran parte de los alimentos posiblemente los compran, propiciando que no se garantice una adecuada alimentación, ya que muchas veces esta no es saludable. Las familias que no cuentan con un espacio exclusivo para cocinar probablemente son las que viven en un único dormitorio y dentro del mismo, preparan los alimentos hecho que se considera de riesgo ya que no asegura la calidad e inocuidad de los alimentos; además, de que puede ser riesgoso tanto para los niños como para los adultos, ya que el humo producido puede causar afectación en las vías respiratorias; por otro lado, también se puede decir que estas familias posiblemente deben pagar

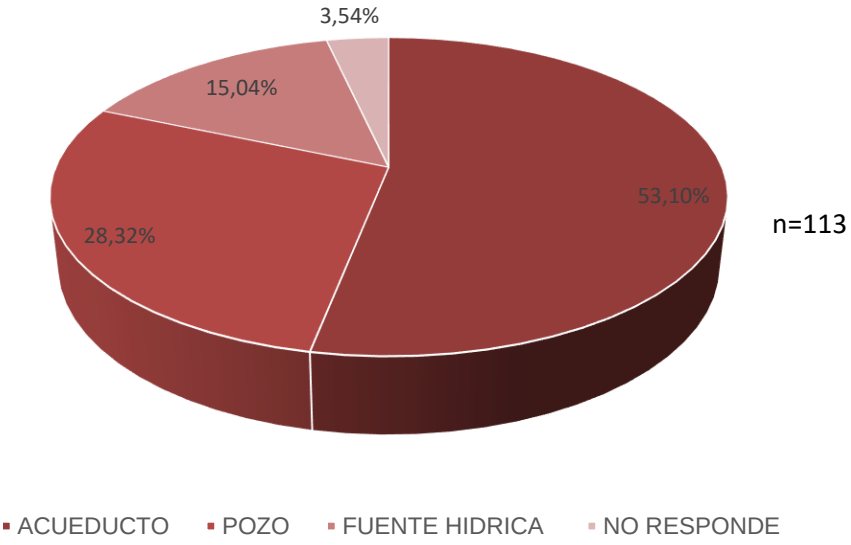
un valor extra en el lugar donde habitan para hacer uso de la cocina, dinero con el que muchas veces no cuentan las familias.

TABLA 28. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN COMO OBTIENEN EL AGUA PARA EL CONSUMO

AGUA PARA CONSUMO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ACUEDUCTO	60	53,10%
POZO	32	28,32%
FUENTE HIDRICA	17	15,04%
NO RESPONDE	4	3,54%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 28. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBACIÓN SEGÚN COMO OBTIENEN EL AGUA PARA EL CONSUMO



El agua es considerada como un elemento fundamental para el desarrollo de los seres humanos que permite el abastecimiento para las diferentes actividades socioeconómicas y para el consumo propio de los individuos por lo cual se considera como un recurso vital, al cual deberían tener acceso todas las personas. De acuerdo con el Departamento Administrativo Nacional de Estadística y su censo nacional de población y vivienda realizada en el año 2018. Existen 14.243.223 hogares a nivel nacional, de los cuales el 86,4% cuentan con servicio de acueducto (DANE, 2018). De acuerdo a lo evidenciado en la caracterización familiar de la población objeto del municipio de Cúcuta en la zona rural se mostró que el 53,10% que equivale a la mayor proporción de las familias cuentan con el servicio de acueducto, esto es un factor protector del estado de salud frente a contaminantes ambientales que puedan estar presentes en aguas no tratadas como las de los ríos o pozos; por otro lado, en la población objeto de análisis se observa que el 28,32% de las familias obtienen el agua de pozos y el 15,04% la obtenían de fuentes hídricas, juntos suman una proporción importante y esto puede deberse al difícil acceso que tienen algunas familias del sector rural o rural disperso a los servicios públicos este hecho además, puede tener repercusiones en el estado de salud de la población y así mismo generar inseguridad alimentaria y nutricional provocando en algunos casos,

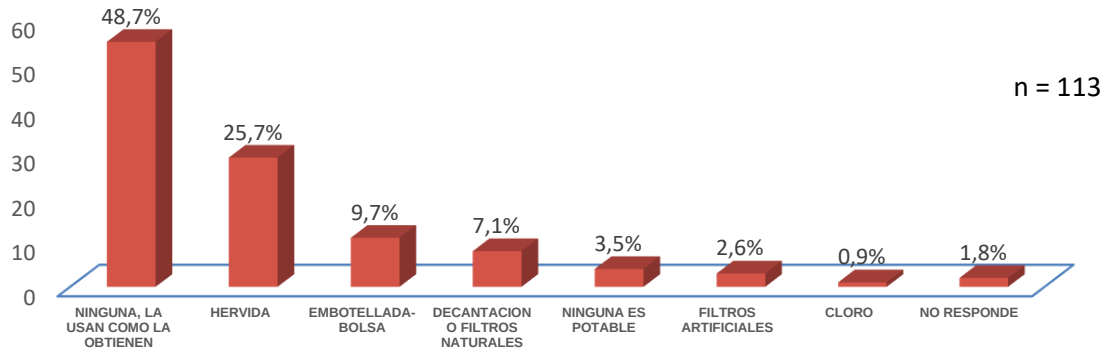
episodios de diarrea y presencia de parásitos sobre todo en los niños y niñas de 0 a 59 meses; ya que, esta agua es utilizada en la preparación de alimentos y para el consumo directo sin ningún tipo de tratamiento que asegure su potabilidad.

TABLA 29. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO

TRATAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NINGUNA, LA USAN COMO LA OBTIENEN	55	48,7%
HERVIDA	29	25,7%
EMBOTELLADA- BOLSA	11	9,7%
DECANTACION O FILTROS NATURALES	8	7,1%
NINGUNA ES POTABLE	4	3,5%
FILTROS ARTIFICIALES	3	2,6%
CLORO	1	0,9%
NO RESPONDE	2	1,8%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 29. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DEL AGUA PARA EL CONSUMO



El agua para consumo humano es aquella que está libre de patógenos y de sustancias tóxicas que puedan constituir un factor de riesgo para el individuo, por lo cual se hace necesario que el agua tenga un correcto tratamiento antes del consumo, este se define como un proceso en el que se somete el agua a la eliminación de residuos que contiene para lograr obtener un líquido que sea apto para consumo humano, es decir, que cumpla con los estándares de calidad requeridos y pueda distribuirse con la seguridad de que no afectara la salud de los consumidores. En la gráfica se evidencia que la mayor proporción de las familias con un 48,7% no emplean ningún método para tratar el agua así que la usan como la obtienen esto se puede presentar posiblemente porque cuentan con el servicio de acueducto que llega directamente al hogar, porque no conocen los métodos utilizados para el correcto tratamiento del agua y no lo consideran importante; cabe recalcar que el hecho de contar con agua potable es esencial para la calidad de vida, el desarrollo económico de los pueblos y la sostenibilidad de los recursos naturales.

Según información de ACUATECNICA S.A.S en Colombia, aún existe la creencia de que es suficiente con hervir el agua durante unos minutos para purificarla completamente, esto sólo elimina las bacterias y microorganismos que puedan estar presentes en ella, pero no se tiene en consideración que al utilizar este método el agua podría contener o estar contaminada de metales pesados, químicos entre otros por actividades de agricultura, minería, ganadería y asentamientos humanos

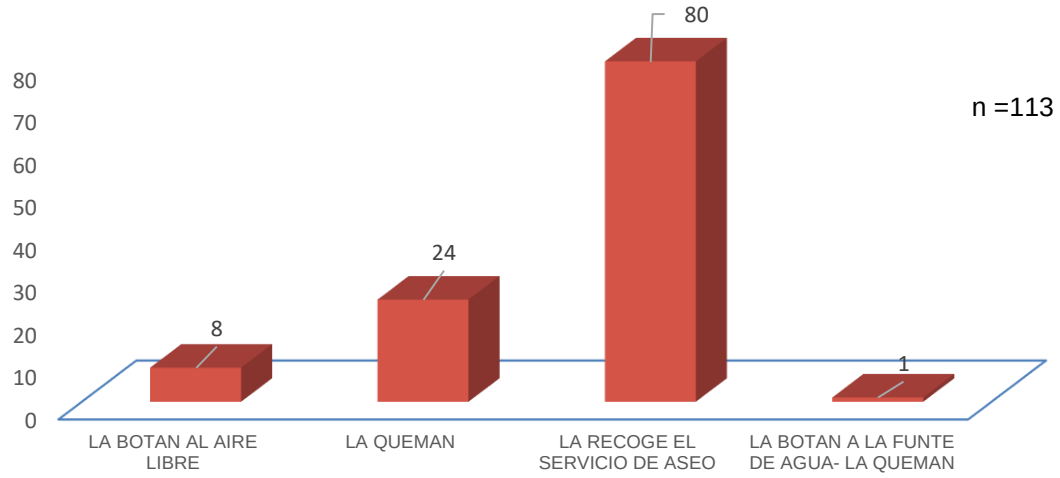
cercanos a las fuentes hídricas. (Acuactecnica S.A.S, 2017); en la gráfica se observa que el 25,7% de las familias caracterizadas por las Unidades de Búsqueda Activa utilizan este método para el tratamiento del agua que consumen; Además, se evidencia en la gráfica que un pequeño porcentaje de la población que corresponde al 9,7% de las familias compra el agua embotellada esto posiblemente porque consideran que es más fácil y seguro la utilización del agua embotellada; ya que, reconocen la importancia de consumir agua previamente tratada o porque no tienen acceso a agua potable dentro de su hogar y el 7,1% la trata por medio de filtro esta es una práctica que puede ser costosa para algunas familias por lo cual se evidencia tan baja proporción de la misma.

TABLA 30. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA MANERA COMO ELIMINAN LA BASURA

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
LA BOTAN AL AIRE LIBRE	8	7%
LA QUEMAN	24	21%
LA RECOGE EL SERVICIO DE ASEO	80	71%
LA BOTAN A LA FUNTE DE AGUA	1	1%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 30. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA MANERA COMO ELIMINAN LA BASURA



Según Sánchez “La basura es un residuo sólido considerado como un material que ya ha hecho su trabajo o cumplido su misión. Por lo tanto, un residuo se convierte en algo inservible, para su eliminación, se destina a vertederos o se entierran” (Sanchez, 2020). En el Censo Nacional de población y vivienda se reportó que en el municipio de Cúcuta el 97,2% de las viviendas tenían cobertura del servicio de recolección de basuras, (DANE, 2021) en la población se evidencia que el 71% de las familias de la zona rural del municipio de Cúcuta que fueron caracterizadas por las UBA manifestaron que los residuos sólidos eran recolectados por el servicio de aseo esto posiblemente porque al estar más cerca del casco urbano del municipio, esta es recogida por la empresa que presta el servicio del aseo, hecho que es poco coherente ya que muchas de las zonas en donde se encuentran ubicadas las familias no posibilitan el acceso de este servicio.

En Colombia, el tratamiento de los residuos hogareños es un problema serio, porque según datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, solo el 23,9% de la población rural del país cuenta con servicio de recolección de basura, dejando a un 76,1% sin la posibilidad de deshacerse correctamente de los desechos (DANE, 2021). En la gráfica se evidencia que del total de la población objeto el 21% de las familias queman los residuos, el 7% la botan al aire libre y el 1% de las familias la botan a la fuente hídrica esto se presenta en las zonas rurales dispersas donde

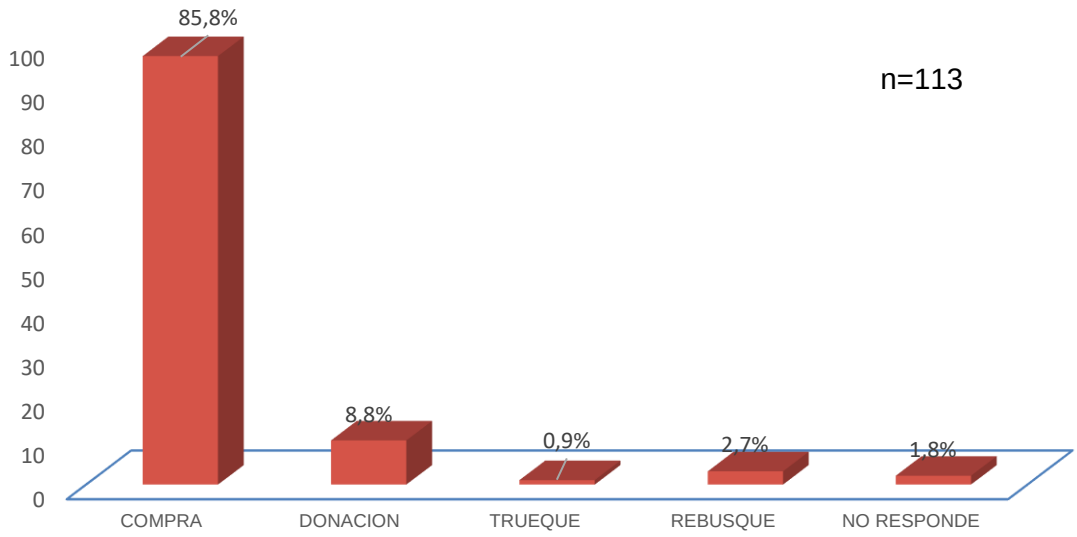
no llega el servicio del aseo propiciando la contaminación ambiental y posibles focos que pueden provocar enfermedades.

TABLA 31. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA FORMA COMO ADQUIEREN LOS ALIMENTOS

ADQUISICIÓN DE ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
COMPRA	97	85,8%
DONACION	10	8,8%
TRUEQUE	1	0,9%
REBUSQUE	3	2,7%
NO RESPONDE	2	1,8%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 31. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA FORMA COMO ADQUIEREN LOS ALIMENTOS



De acuerdo con el Ministerio de Salud, citado por la UNICEF (2007:15): "Existe Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) en un país cuando todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que ayude al logro de su desarrollo". En la familias con población de niños y niñas de 0 – 59 meses en riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda y de mujeres con bajo peso para la edad gestacional se evidenció que gran proporción de la población correspondiente al 85,8% compra los alimentos, lo que significa que cuentan con los recursos para acceder a estos aunque no siempre dichos recursos son los suficientes para asegurar la cantidad y calidad adecuada de los alimentos que contribuya en el cumplimiento de los requerimientos nutricionales de todos los integrantes de una familia; por otro lado, se encuentran las familias que acceden a los alimentos mediante donaciones las cuales corresponden al 8,8%, el hecho de que reciban donación de alimentos no asegura que sea la suficiente para garantizar una alimentación de calidad, completa y adecuada que les permita el correcto

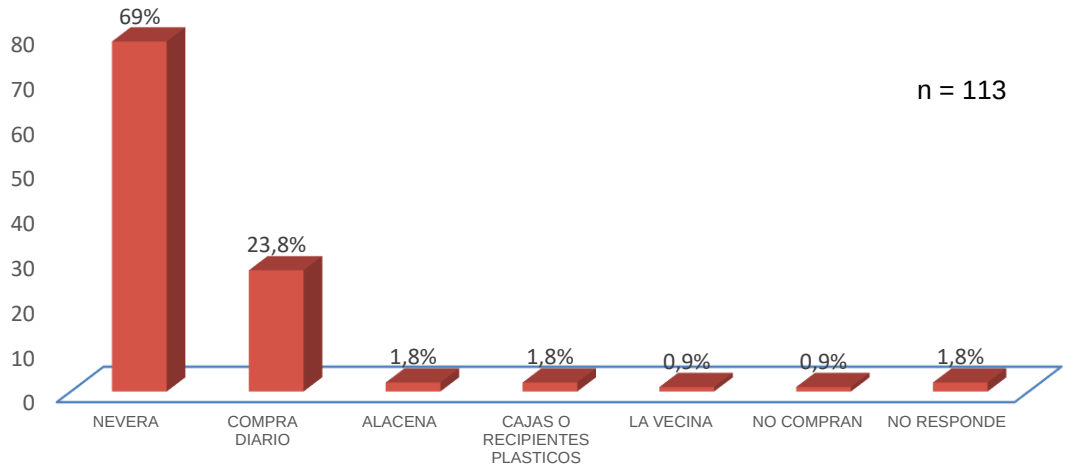
crecimiento y desarrollo de los niños y niñas o el mantenimiento de la salud de las mujeres gestantes condicionando a que estas presenten complicaciones durante el embarazo. Según Hernández y Vargas "El desempleo, la informalidad y la desigualdad que se presenta en las zonas rurales son algunas de las principales barreras en la economía colombiana ya que, los hogares rurales tienen que destinar más del 30% de su ingreso en alimentos por lo que su seguridad alimentaria se considera en riesgo". (Hernández & Vargas, s.f.).

TABLA 32. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA FORMA COMO ALMACENAN LOS ALIMENTOS PERECEDEROS

ALMACENAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
ALACENA	2	1,8%
CAJAS O RECIPIENTES PLASTICOS	2	1,8%
COMPRA DIARIO	27	23,8%
LA VECINA	1	0,9%
NEVERA	78	69%
NO COMPRAN	1	0,9%
NO RESPONDE	2	1,8%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 32. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS PERECEDEROS



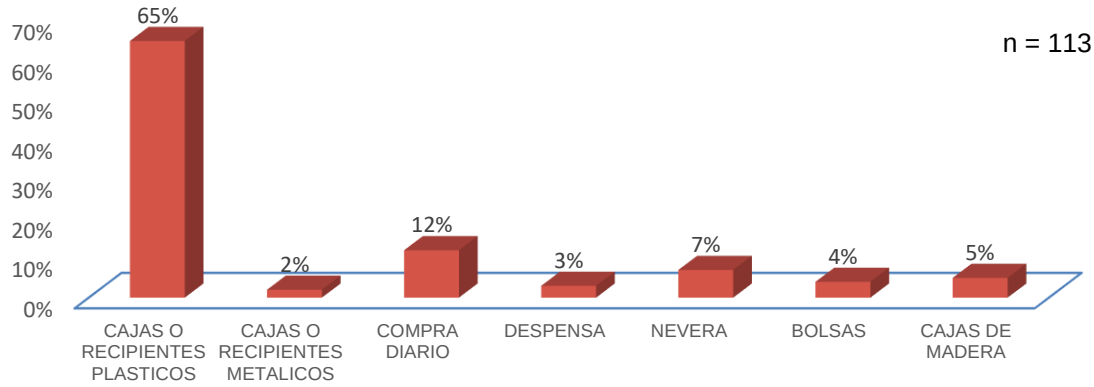
Según (Winterhalter, 2019) “Los alimentos perecederos son aquellos que se caracterizan por experimentar alteraciones en su naturaleza tras determinado tiempo, debido a que sus características biológicas y físico-químicas son más vulnerables. En este caso hacemos referencia alimentos como carnes, aves, pescado, embutidos, frutas, verduras y productos lácteos”. En la gráfica se evidencia que, la principal forma en que almacenan los alimentos perecederos las familias caracterizadas de las zonas rurales y rurales dispersas correspondientes al 69% de la población objeto es refrigerados o congelados ya que cuentan con una nevera, como evidenciamos anteriormente la mayoría de las familias tienen acceso a energía eléctrica en el hogar por lo cual les posibilita el tener una nevera proporcionando que se dé un correcto almacenamiento de este tipo de alimentos generando a su vez que estos conserven su calidad e inocuidad; por otro lado, el 23,8% de las familias refieren comprar diariamente los alimentos posiblemente porque no cuentan con un lugar para refrigerarlos o no cuentan con los recursos suficientes para acceder a alimentos en gran cantidad, por lo cual hacen una compra diaria para poder abastecerse de los alimentos y satisfacer sus necesidades diarias. Los porcentajes correspondientes al almacenamiento en alacena, cajas o recipientes plásticos, así como la ayuda de la vecina y la no compra se encuentran en una muy baja proporción.

TABLA 33. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA FORMA COMO ALMACENAN LOS ALIMENTOS NO PERECEDEROS

ALMACENAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
CAJAS O RECIPIENTES PLASTICOS	73	65%
CAJAS O RECIPIENTES METALICOS	2	2%
COMPRA DIARIO	14	12%
DESPENSA	3	3%
NEVERA	8	7%
BOLSAS	5	4%
CAJAS DE MADERA	6	5%
NO RESPONDE	2	2%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 33. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS NO PERECEDEROS



Según la (Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas, 2017) "El almacenamiento de productos empacados no perecederos debe ser a temperatura ambiente, con buena ventilación de manera ordenada, elevados del piso a una altura suficiente para permitir las actividades de limpieza y desinfección necesarias, que permitan condiciones adecuadas de seguridad alimentaria y nutricional protegiendo la vida útil de los productos". En la gráfica se puede evidenciar que la mayor proporción de familias caracterizadas por las Unidades de Búsqueda Activa correspondientes al 65% de la población refieren que almacenan los alimentos en cajas o recipientes plásticos esto se debe posiblemente a que no cuentan dentro del hogar con un lugar como alacena o despensa donde se puedan guardar los alimentos este método de almacenamiento ayuda a preservar la vida útil así como evitar el contacto con microorganismos del ambiente; además de que les permite separar un alimento del otro para evitar contaminación cruzada y asegurar el orden; por otro lado, el 14% de estas familias compran diario los alimentos que necesitan para alimentarse durante el día, posiblemente porque los recursos para la compra de esto los adquieren diariamente por una actividad económica informal. El 8% de las familias almacena los alimentos no perecederos en la nevera, el 4% en bolsas y el 5% en cajas de madera estos también son métodos válidos para el almacenamiento, aunque se debe cuidar en el caso de las bolsas y cajas de madera de que no se contaminen por la existencia de plagas dentro del hogar; en menor

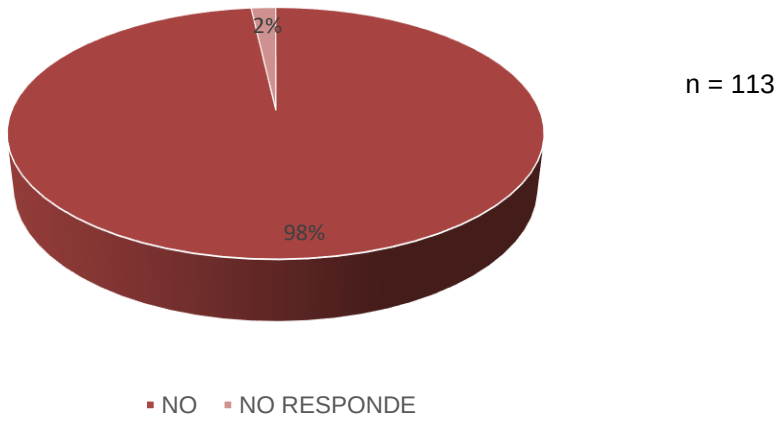
proporción encontramos el almacenamiento en cajas o recipientes metálicos y despensas.

TABLA 34. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA PRESENCIA DE ALIMENTOS EN DESCOMPOSICIÓN DENTRO DEL HOGAR

ALIMENTOS DESCOMPOSICIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	0	0%
NO	111	98%
NO RESPONDE	2	2%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 34. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA MANERA COMO ELIMINAN LA BASURA



Según la Gastronómica Internacional, "La descomposición de los alimentos es un proceso influenciado por factores como la exposición a la luz, humedad y temperatura, estas condiciones favorecen el crecimiento y acción de

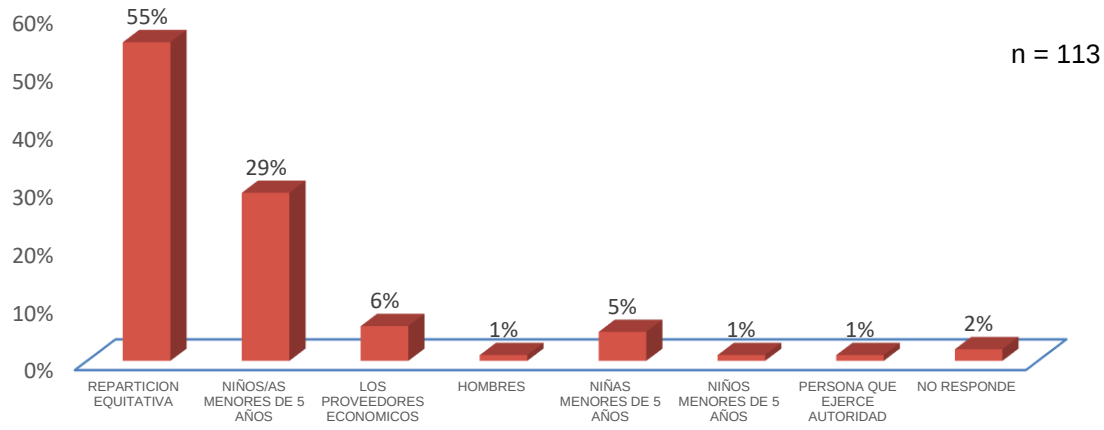
microorganismos y mohos que pueden producir cambios en las propiedades de los alimentos como la apariencia, olor y textura, que podrían causar intoxicación en las personas que lo consuman". (Gastronomica Internacional, 2020) . De acuerdo, a lo referido por las familias caracterizadas por las UBA el 98% no tenían alimentos descompuestos dentro de su hogar lo cual se considera como un factor protector, ya que se deduce que no se proporcionan alimentos en descomposición a la población objeto que pueda afectar negativamente su salud.

TABLA 35. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA PRIORIZACIÓN EN LA REPARTICIÓN DE LOS ALIMENTOS

REPARTICIÓN DE ALIMENTOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
REPARTICION EQUITATIVA	62	55%
NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS	33	29%
LOS PROVEEDORES ECONOMICOS	7	6%
HOMBRES	1	1%
NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS	6	5%
NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS	1	1%
PERSONA QUE EJERCE AUTORIDAD	1	1%
NO RESPONDE	2	2%
TOTAL	113	100%

Fuente: Base de datos formato de caracterización familiar F1.LM2.PP de enero a septiembre 2021

GRÁFICA 35. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN LA PRIORIZACIÓN EN LA REPARTICIÓN DE LOS ALIMENTOS



En Colombia y en especial en las zonas rurales o rurales dispersas se presenta frecuentemente que se priorizan a los hombres o las personas que aportan económicamente en el hogar en el momento de la repartición de alimentos, pero según lo evidenciado en la caracterización familiar de la población objeto la repartición equitativa es más prevalente correspondiente al 55% el hecho de que se dé una repartición equitativa tendría que asegurar que haya una seguridad alimentaria y nutricional pero esto no es así posiblemente porque no existen los recursos necesarios para ofrecer una alimentación suficiente y de calidad; por otro lado, se muestra que en el 29% de las familias se prioriza la repartición de los alimentos entre los niños y niñas menores de 5 años, en menor proporción se encuentran las familias que priorizan la repartición de los alimentos en los proveedores económicamente, los hombres, solo niñas menores de 5 años, solo niños menores de 5 años y el jefe del hogar.

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 – 59 MESES DE EDAD Y LAS MUJERES GESTANTES FOCALIZADOS POR LAS UNIDADADES DE BÚSQUEDA ACTIVA EN LAS ZONAS RURALES Y RURALES DISPERSAS DE LOS MUNICIPIOS PRIORIZADOS EN NORTE DE SANTANDER DURANTE EL AÑO 2021

A continuación, se consignan los datos referentes la clasificación nutricional de los niños y niñas de 0 – 59 meses y las mujeres gestantes que fueron focalizadas por el equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa en la zona rural y rural dispersa durante el año 2021 en los municipios de San José de Cúcuta, Villa del Rosario, Salazar y Tibú.

METODOLOGÍA

La focalización es un proceso mediante el cual se centra el interés y las acciones en cierto grupo poblacional para conseguir un objetivo determinado; para esto las Unidades de Búsqueda Activa en sus operaciones utilizan diferentes formatos, uno de ellos es el formato de focalización F3.LM2.PP. Este es una herramienta utilizada para la condensación de la información de los usuarios que han sido focalizados en las zonas rurales y rurales dispersas de los municipios en los que opera, allí se encontrará la información básica de los niños y niñas y gestantes focalizados y valorados en el territorio por las Unidades de Búsqueda Activa.

Para la realización de este documento se tuvieron en cuenta los datos de los niños y niñas de 0 – 59 meses de edad y de las mujeres gestantes correspondientes a:

- Mes en que se realizó la focalización
- Municipio, corregimiento, vereda o barrio donde se tomó el dato
- Nacionalidad, sexo, fecha de nacimiento, edad del usuario
- Peso y talla, además de las semanas de gestación y el IMC/EG en el caso de las gestantes y el perímetro braquial en el caso de los niños y niñas de 6 a 59 meses

- Indicadores antropométricos: Peso para la talla, talla para la edad, IMC para la edad para los niños y niñas de 0-59 meses e IMC para la edad gestacional para las mujeres gestantes con su respectiva clasificación.

Para el proceso de focalización las UBA cuentan con equipo interdisciplinario conformado por una Nutricionista Dietista, un psicosocial, un gestor comunitario y dos auxiliares de enfermería estas últimas, son las encargadas de diligenciar el formato de focalización y realizar la toma de datos y medidas antropométricas de la población objeto teniendo en cuenta la técnica correcta para la medición antropométrica indicando a los usuarios que deben tener la menor ropa posible que facilite la toma y no sobreestime los datos según las variables, que son:

- Peso en niños menores de dos años con el infantómetro
- Peso en niños mayores de dos años con la balanza
- Longitud en menores de dos años
- Talla en mayores de dos años
- Perímetro braquial

Las medidas antropométricas son utilizadas para la comparación y creación de indicadores que ayudan en el diagnóstico nutricional de los individuos; para la realización de la clasificación nutricional de la población se tuvo en cuenta los indicadores antropométricos para niños y niñas de 0- 59 meses el peso para la talla, talla para la edad e IMC para la edad y para las mujeres gestantes el IMC para la edad gestacional.

POBLACIÓN OBJETO

Niños y niñas de 0 a 59 meses de edad y mujeres gestantes de la zona rural y rural dispersa de los municipios de San José de Cúcuta, Villa del Rosario, Salazar y Tibú focalizada por las Unidades de Búsqueda Activa durante los meses de enero a noviembre del año 2021.

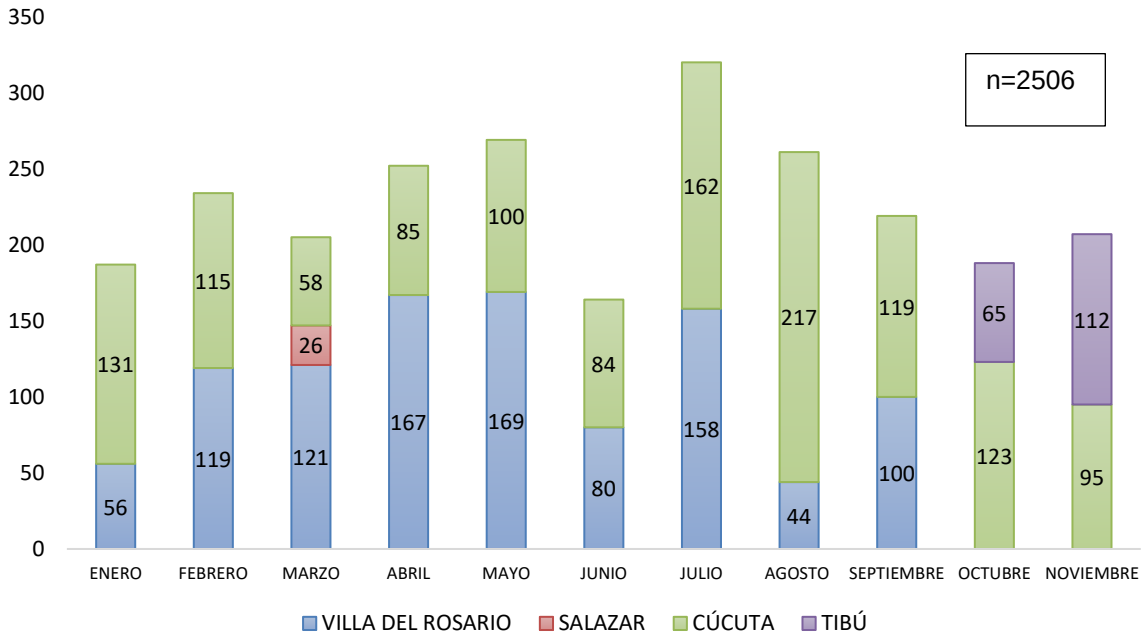
RESULTADOS

TABLA 36. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FOCALIZADA EN EL DEPARTAMENTO DE NORTE DE SANTANDER POR MUNICIPIOS DURANTE LOS MESES DE ENERO A NOVIEMBRE DEL AÑO 2021

POBLACIÓN FOCALIZADA										
MES	**VILLA DEL ROSARIO**		**SALAZAR**		**CÚCUTA**		**TIBÚ**		**TOTAL**	
ENERO	56	5,5%	0	0%	131	10,2%	0	0%	187	7%
FEB	119	11,7%	0	0%	115	8,9%	0	0%	234	9%
MAR	121	11,9%	26	100%	58	4,5%	0	0%	205	8%
ABRIL	167	16,5%	0	0%	85	6,6%	0	0%	252	10%
MAYO	169	16,7%	0	0%	100	7,8%	0	0%	269	11%
JUNIO	80	7,9%	0	0%	84	6,5%	0	0%	164	7%
JULIO	158	15,6%	0	0%	162	12,6%	0	0%	320	13%
AGOST	44	4,3%	0	0%	217	16,8%	0	0%	261	10%
SEPT	100	9,9%	0	0%	119	9,2%	0	0%	219	9%
OCT	0	0%	0	0%	123	9,5%	65	37%	188	8%
NOV	0	0%	0	0%	95	7,4%	112	63%	207	8%
TOTAL	1014	100%	26	100%	1289	100%	177	100%	2506	100%

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- Enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 36. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FOCALIZADA POR MESES Y MUNICIPIOS



Según las cifras presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas, el número de habitantes proyectados para el año 2020 en la zona rural del municipio Tibú es de 37.233 habitantes, seguido de San José de Cúcuta con una proyección de habitantes en el aérea rural de 28.158, Salazar con 6.628 y Villa del rosario con 3.263 habitantes, estas cifras se deben además a la extensión geográfica de cada municipio la cual les permite albergar a cierto número de habitantes tanto en sus zonas rurales como urbanas. (DANE, 2020)

Para el presente diagnóstico se tuvo en cuenta la población de niños y niñas de 0 – 59 meses de edad y las mujeres gestantes de las zonas rurales y rurales dispersas de los municipios de San José de Cúcuta, Villa del Rosario, Salazar y Tibú que fueron focalizados por las Unidades de Búsqueda Activa durante los meses de enero a noviembre del año 2021, se puede evidenciar en la tabla que la mayor parte de la población focalizada en los municipios priorizados se presentó en los meses de julio, mayo, agosto, abril, febrero y septiembre equivalente al 62% de

la población total focalizada y donde se presentaron un menor número de focalizaciones fue en el mes de junio equivalente al 7% del total de la población.

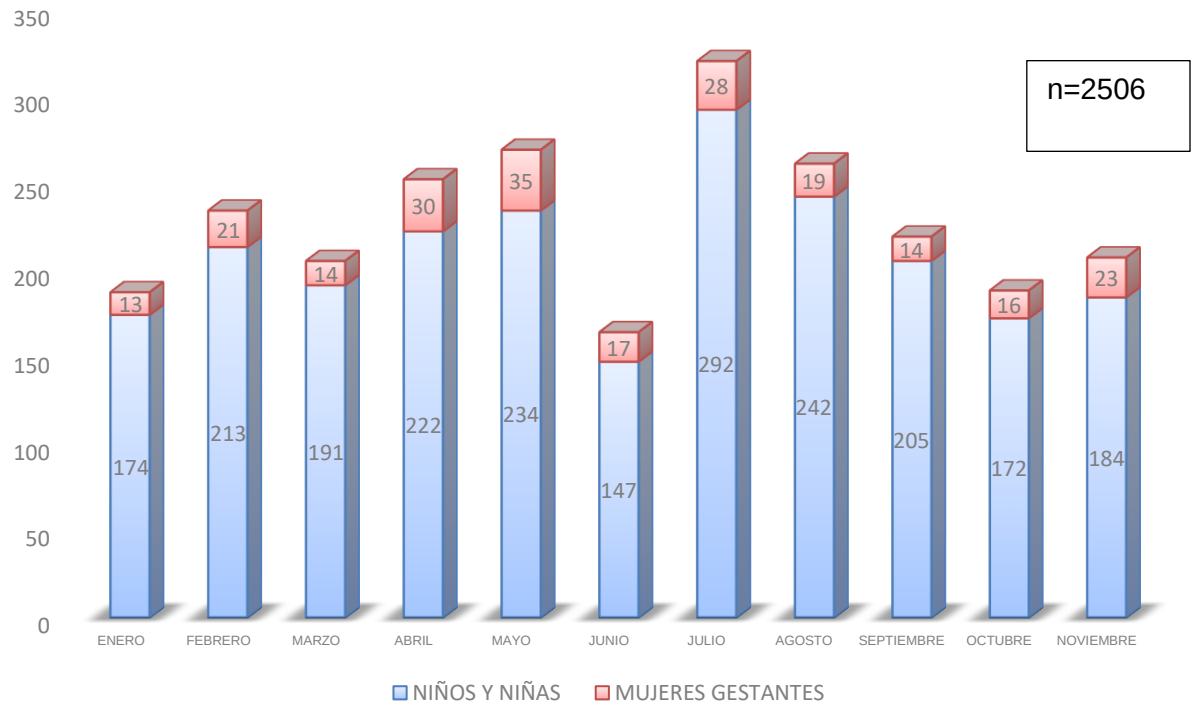
Por otra parte, cabe destacar que en el municipio donde se realizó un mayor número de focalizaciones fue en Cúcuta con un total de 1289, seguido de Villa del Rosario con un total de 1014 focalizaciones, Tibú con un total de 177 y, por último, el municipio de Salazar donde se realizó un menor número de focalizaciones con un total de 26. Una de las razones por las que se evidenció mayor población de focalizados en los municipios de San José de Cúcuta y Villa del Rosario se debe a que en estos municipios las UBA desarrollaron sus operaciones por un periodo de tiempo más prolongado en comparación con los municipios de Salazar y Tibú.

TABLA 37. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FOCALIZADA POR LAS UNIDADES DE BÚSQUEDA ACTIVA DURANTE LOS MESES DE ENERO A NOVIEMBRE DEL AÑO 2021 SEGÚN EL TIPO DE BENEFICIARIO

TIPO DE BENEFICIARIO						
MES	**NIÑOS Y NIÑAS**		**MUJERES GESTANTES**		**TOTAL DE FOCALIZADOS POR MES**	
ENERO	174	93%	13	6%	187	7%
FEBRERO	213	91%	21	9%	234	9%
MARZO	191	93%	14	6%	205	8%
ABRIL	222	88%	30	13%	252	10%
MAYO	234	87%	35	15%	269	11%
JUNIO	147	90%	17	7%	164	7%
JULIO	292	91%	28	12%	320	13%
AGOSTO	242	93%	19	8%	261	10%
SEPTIEMBRE	205	94%	14	6%	219	9%
OCTUBRE	172	91%	16	7%	188	8%
NOVIEMBRE	184	89%	23	10%	207	8%
TOTAL	**2276**	**90,8%**	**230**	**9,2%**	**2506**	**100%**

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 37. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FOCALIZADA POR LAS UNIDADES DE BÚSQUEDA ACTIVA SEGÚN EL TIPO DE BENEFICIARIO



La primera infancia es aquella etapa de la vida que comprende las edades de los niños y niñas de 0 a 5 años, esta etapa es vital para el crecimiento y desarrollo del organismo, así como de las capacidades y habilidades propias, las cuales se ven influenciadas por el entorno en el que viven y se desarrollan los niños y niñas; además, del cuidado y la protección de la vida que se proporciona durante la gestación y el nacimiento los cuales son parte integral de la promoción del desarrollo de los niños y niñas.

En la gráfica se puede observar la población focalizada por las Unidades de Búsqueda Activa en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Tibú y Salazar entre los meses de enero a noviembre del año 2021 según el tipo de beneficiario distinguiendo entre niños-niñas y mujeres gestantes, indicando en esta que en el transcurso de los meses mencionados son los niños y niñas quienes corresponden

a la mayor proporción de los usuarios focalizados con un total de 2276 del total de la población y en menor cantidad se encuentran las mujeres gestantes con un total de 230 del total de la población focalizada.

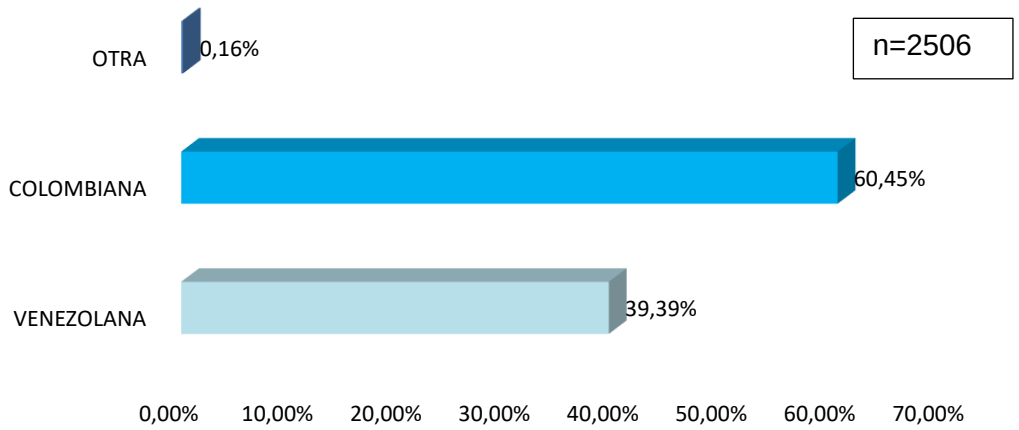
Por otro lado, se evidencia en la gráfica y tabla número 2 que en el mes de julio se presentó mayor número de niños y niñas de 0-59 meses focalizados con un total de 292 usuarios de la población de primera infancia, también se puede evidenciar que en los meses de mayo, abril y julio se presentó mayor número de mujeres gestantes con un total de 35, 30 y 28 usuarios respectivamente.

TABLA 38. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACION SEGÚN LA NACIONALIDAD.

NACIONALIDAD				
	VENEZOLANA	**COLOMBIANA**	**OTRA**	**TOTAL**
FRECUENCIA	987	1515	4	2506
PORCENTAJE	39,39%	60,45%	0,16%	100%

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 38. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA NACIONALIDAD



La nacionalidad es considerada como un derecho fundamental tanto humano como constitucional; es el vínculo jurídico, político y anímico entre una persona y un Estado. En la regulación de la nacionalidad participa la legislación interna de cada Estado, por ende, las condiciones de su adquisición, ejercicio y pérdida están determinadas en el ordenamiento jurídico de cada Estado. (Cancillería de Colombia , 2021)

En la actualidad, se ha evidenciado un aumento de las migraciones provenientes de países vecinos, en especial hacia los departamentos fronterizos como es el caso de Norte de Santander que por su ubicación geográfica se encuentra en la frontera con Venezuela. Según cifras de Migración Colombia, para el 30 de abril del año 2020 había 203.604 venezolanos en el departamento de Norte de Santander, especialmente en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Tibú, Pamplona, Los Patios, Chinácota, Ocaña y el Zulia, con el 90,7% del total de la población venezolana presente en el departamento. (García & Garzón, 2020)

Del total de la población focalizada por las Unidades de Búsqueda Activa durante los meses de enero a noviembre del año 2021 que se encontraban en las zonas rurales y rurales dispersas de los municipios de Cúcuta, Salazar, Villa del Rosario y Tibú, el mayor porcentaje de la población es colombiana con 60,45% y el 39,39%

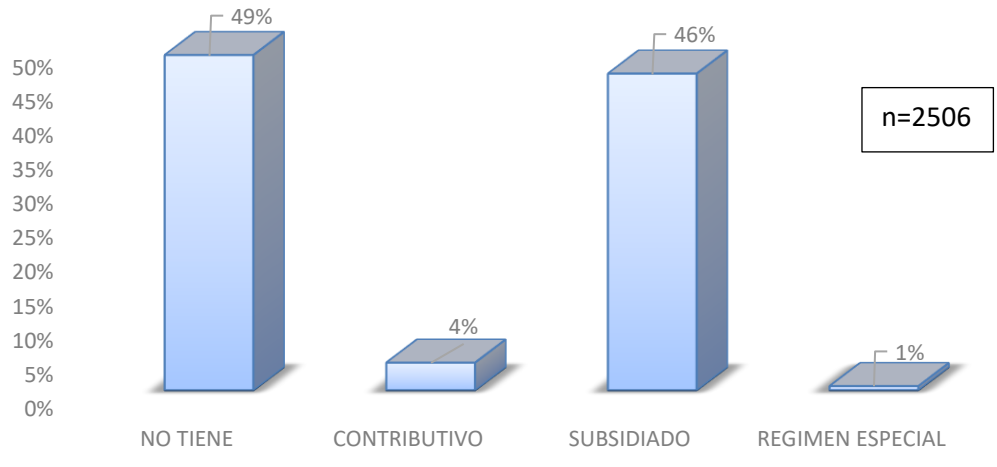
venezolana, aunque el porcentaje de la población venezolana es menor frente al porcentaje de la población colombiana, se evidencia que existe un gran número de personas de nacionalidad venezolana que habitan en territorio colombiano específicamente en el departamento de Norte de Santander, esto posiblemente se presenta debido a las malas condiciones de vida en las que se encontraban en su país de origen, por lo cual se vieron obligados a desplazarse a otro lugar con el fin de garantizar una adecuada calidad de vida.

TABLA 39. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL REGIMEN DE SALUD

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN REGIMEN DE SALUD		
REGIMEN DE SALUD	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
NO TIENE	1229	49%
CONTRIBUTIVO	101	4%
SUBSIDIADO	1161	46%
REGIMEN ESPECIAL	15	1%
TOTAL	**2506**	**100%**

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 39. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL REGIMEN DE SALUD



El sistema general de seguridad social en salud es el encargado de regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, la atención en salud se divide en diferentes regímenes uno de ellos es el régimen contributivo en el cual su vinculación se realiza mediante el pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado; otro de los regímenes es el subsidiado, este brinda atención a la población vulnerable que se encuentra en el país, los cuales no cuentan con la capacidad de pago para acceder al servicio de seguridad social por lo cual, tienen acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado y el último es el régimen especial, al cual pertenecen los empleados de las fuerzas militares, Ecopetrol o profesores. (Ministerio de Salud, s.f).

Según lo evidenciado en la gráfica, gran porcentaje de la población no tienen afiliación a salud por lo tanto no pertenecen a ningún régimen, estos representan el 49% del total de la población focalizada, posiblemente está relacionado con la alta proporción de la población migrante en condición de irregularidad que según la gráfica anterior representa cerca de un 40% del total de la población focalizada, por lo cual su acceso al servicio del Sistema General de Seguridad Social en Salud es limitado ya que, no cuentan con la documentación necesaria para la vinculación, en ese mismo sentido se identificó que el 51% del total de la población cuentan con afiliación a salud.

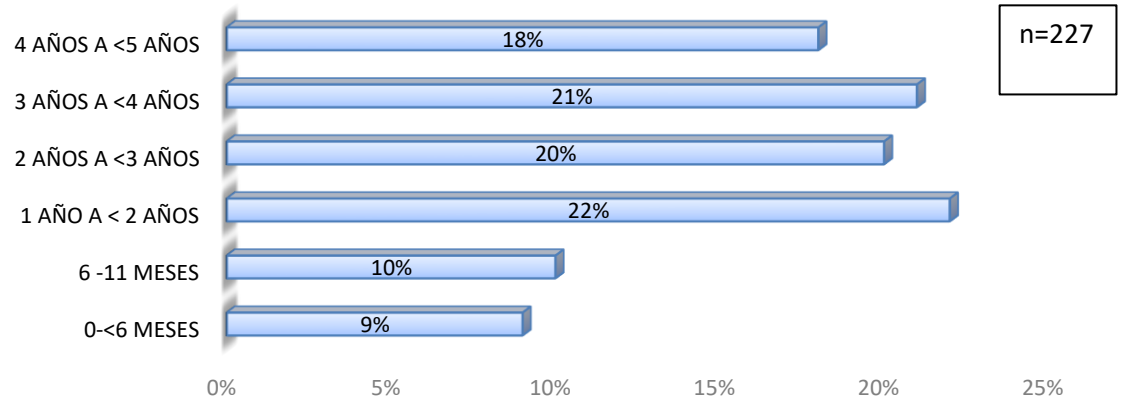
Por otro lado, Del total de población focalizada el 46% de la población pertenece al régimen subsidiado, los que pertenecen al régimen contributivo representan el 4%, y un pequeño porcentaje de la población equivalente al 1% pertenecen al régimen especial. Cabe destacar, que el hecho de tener nacionalidad colombiana y no tener afiliación a salud se considera una vulneración a los derechos ya que se está privando a la población al acceso a una adecuada atención en salud.

TABLA 40. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR RANGOS DE EDADES DE NIÑAS Y NIÑOS FOCALIZADOS

EDADES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS FOCALIZADOS		
EDAD	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
0-<6 MESES	193	9%
6 -11 MESES	226	10%
1 AÑO A < 2 AÑOS	504	22%
2 AÑOS A <3 AÑOS	460	20%
3 AÑOS A <4 AÑOS	474	21%
4 AÑOS A <5 AÑOS	419	18%
TOTAL	**2276**	**100%**

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 40. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EDAD DE LOS NIÑOS Y NIÑAS FOCALIZADOS



La primera infancia que comprende las edades de los niños y niñas de 0 a 5 años, es aquella etapa vital para el crecimiento y desarrollo del organismo, así como, de las capacidades y habilidades propias, las cuales se ven influenciadas por

el entorno en el que viven y se desarrollan los niños y niñas. (Rebeca Puche Navarro, 2009)

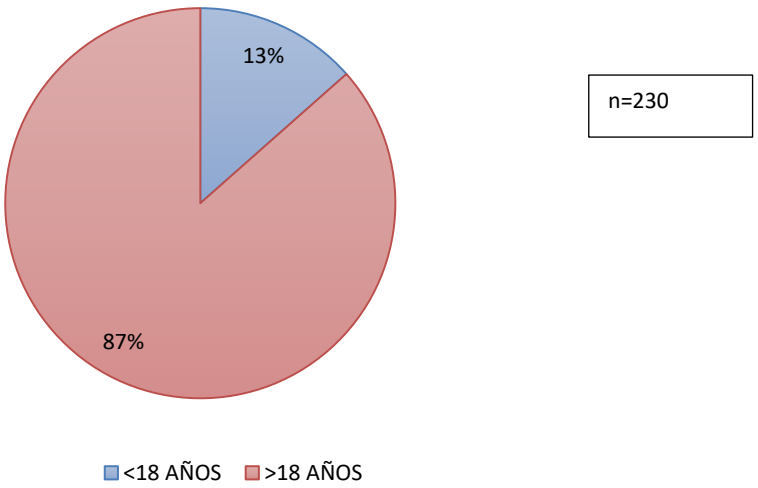
En la gráfica anterior se puede evidenciar que la mayor parte de la población comprende edades entre 1 año a <2 años con un 22%, seguidamente con un 21% se encuentran las edades comprendidas entre 3 años a <4 años y con un 20% para las edades de 2 años a <3 años, posteriormente con 18% los niños y niñas que tienen edades entre 4 años < 5 años, también se puede evidenciar una pequeña cantidad de niños y niñas que tienen edades entre 6 y 11 meses con un 10% de total de la población, y por último, con un 9% se encuentran niños y niñas de 0 - <6 meses de edad del total de la población focalizada por las Unidades de Búsqueda Activa en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Salazar y Tibú.

TABLA 41. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN POR RANGO DE EDADES DE LAS MUJERES GESTANTES

EDADES DE GESTANTES FOCALIZADAS		
EDAD	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
<18 AÑOS	31	13%
>18 AÑOS	199	87%
TOTAL	**230**	**100%**

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 41. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN POR RANGO DE EDADES DE LAS MUJERES GESTANTES



La situación nutricional de las mujeres en edad fértil es de particular importancia debido a las complicaciones que puede tener tanto la madre como él bebe ya sea a corto o a largo plazo. (ENSIN, 2015)

Los embarazos en mujeres con edades avanzadas traen consigo diversos riesgos dadas sus condiciones fisiológicas, entre los riesgos que se pueden presentar esta el aborto espontáneo, defectos de nacimiento, diabetes gestacional, entre otros. De igual manera, el embarazo en adolescentes es considerado de alto riesgo, ya que también pueden presentar una serie de complicaciones debido a que esta no está preparada ni física ni mentalmente para asumir la responsabilidad de la maternidad. (Folgado, 2021).

De acuerdo con el diagnostico nutricional del municipio de Villa del Rosario del año 2020, se identificó que del total de población valorada la mayoría son mujeres mayores de 18 años las cuales representan el 96%, sin embargo, se determina que el 4% de las mujeres gestantes son menores de edad. (E.S.E HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM, 2020)

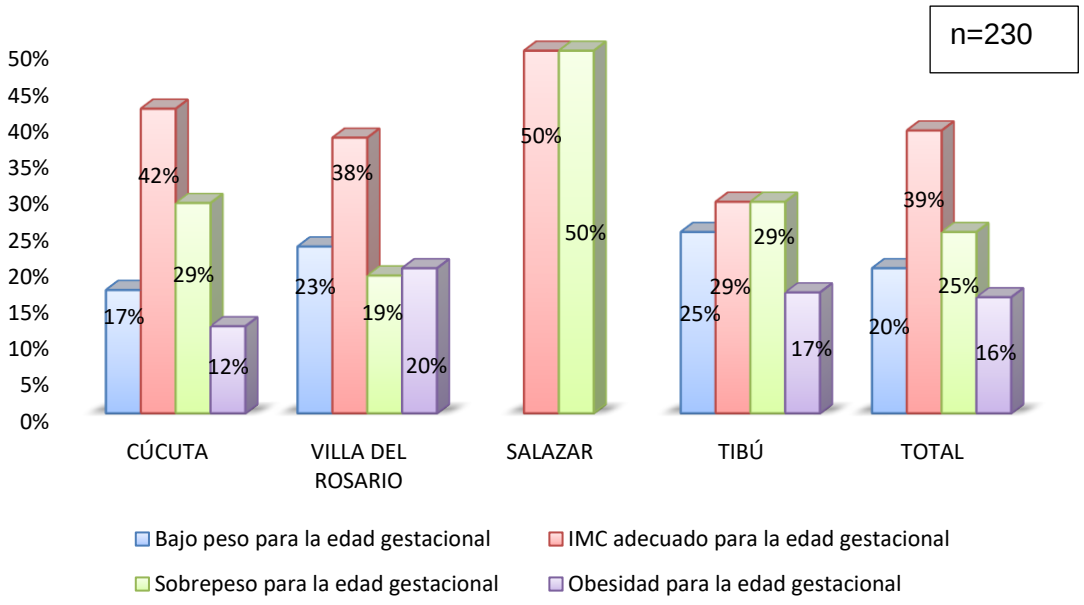
Según los resultados encontrados en los municipios de Cúcuta, Villa de Rosario, Salazar y Tibú, se puede evidenciar que el 87% de las mujeres gestantes focalizadas por las Unidades de Búsqueda Activa son mayores de 18 años y el 13% son menores de 18 años.

TABLA 42. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE LAS MUJERES GESTANTES SEGÚN MUNICIPIO

CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL										
CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL	CÚCUTA		VILLA DEL ROSARIO		SALAZAR		TIBÚ		TOTAL	
	CANT	%	CANT	%	CANT	%	CANT	%	CANT	%
BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	17	17%	24	23%	0	0%	6	25%	47	20%
IMC ADECUADO PARA LA EDAD GESTACIONAL	42	42%	39	38%	2	50%	7	29%	90	39%
SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL	29	29%	19	19%	2	50%	7	29%	57	25%
OBESIDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL	12	12%	20	20%	0	0%	4	17%	36	16%
TOTAL	**100**	**100%**	**102**	**100,0%**	**4**	**100,0%**	**24**	**100%**	**230**	**100%**

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 42. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL DE LAS MUJERES GESTANTES SEGÚN MUNICIPIO



La situación nutricional durante la gestación está directamente relacionada con el estado nutricional previo a la concepción. (ENSIN, 2015)

Para evaluar el estado nutricional de un individuo es necesario construir y analizar conjuntamente la información de los diferentes indicadores, entre ellos el Índice de Masa Corporal (IMC), el cual es un indicador muy útil para evaluar qué tan adecuado se encuentra el peso de una persona con relación a su estatura. Para el caso de una mujer gestante es importante calcular este indicador, tanto antes como durante la gestación, con el fin no sólo de analizar el estado nutricional previo a la gestación, sino también de monitorear y controlar la ganancia progresiva de peso.

De acuerdo con la información contenida en la gráfica anterior se puede observar que del total de la población de mujeres gestantes focalizadas por las unidades de búsqueda activa el 20% presentan bajo peso para la edad gestacional. De esta manera, el municipio de Cúcuta representa el 17%, en el municipio de villa del rosario el 23% y en el municipio de Tibú el 25%, esto teniendo en cuenta la cantidad

de usuarias focalizadas para cada municipio. Siendo el municipio de Tibú donde se presenta una mayor proporción de casos con bajo peso para la edad gestacional y el municipio de Cúcuta con una menor proporción, cabe resaltar que la cantidad de gestantes focalizadas en el municipio de Tibú no representan una muestra significativa.

Por otra parte, el mayor porcentaje del total de la población de mujeres gestantes focalizadas es decir el 39% presentaron un IMC adecuado para la edad gestacional, siendo el municipio de Salazar quien representa una mayor proporción con el 50%, el municipio de Cúcuta representa el 42%, el municipio de Villa del Rosario el 38%, y para Tibú el 29%, esto teniendo en cuenta la cantidad de usuarias focalizadas para cada municipio, siendo el municipio de Salazar donde se presenta una mayor proporción de casos con IMC adecuado para la edad gestacional y el municipio de Tibú con una menor proporción, cabe resaltar que la cantidad de gestantes focalizadas en el municipio de Salazar no representan una muestra significativa.

En la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional, del total de mujeres gestantes colombianas, el exceso de peso representó el 40,0 %. Este tipo de malnutrición materna también representa diversos problemas asociados con el peso al nacer y la salud futura del recién nacido, al igual que problemas de salud para la madre debido a la retención del peso de cada embarazo, dada la baja frecuencia y duración de la lactancia materna entre las gestantes colombianas. (ENSIN, 2015)

Respecto a la clasificación de gestantes que presentaron sobrepeso para la edad gestacional se puede evidenciar que estas representan el 25% del total de mujeres gestantes focalizadas. Por consiguiente, en el municipio de Salazar representan el 50%, en el municipio de Tibú y Cúcuta representan el 29% para cada uno, y para Villa del rosario el 19%, esto teniendo en cuenta que la cantidad de usuarias focalizadas para cada municipio es diferente. Siendo el municipio de Salazar donde se presenta una mayor proporción de casos de sobrepeso para la edad gestacional y el municipio de Villa del Rosario con una menor proporción, cabe resaltar que la cantidad de gestantes focalizadas en el municipio de Salazar no representan una muestra significativa en comparación con el municipio de Villa del Rosario.

Por último, se puede observar que del total de la población de mujeres gestantes focalizadas por las Unidades de Búsqueda Activa el 16% presentan obesidad para la edad gestacional siendo esta la menor proporción. En cuanto a la clasificación de gestantes que presentaron obesidad para la edad gestacional el municipio de Villa del Rosario representa el 20%, el municipio de Tibú representa el 17% y el municipio de Cúcuta equivale al 12%, esto teniendo en cuenta la cantidad de usuarias focalizadas para cada municipio. Siendo el municipio de Villa del Rosario donde se presenta una mayor proporción de casos de obesidad para la edad gestacional y el municipio de Tibú con una menor proporción. Según Jhon Apaza, cuando la madre presenta obesidad durante la gestación, el bebé puede presentar alteraciones como defectos al momento de nacer, macrosomía fetal, alteración en el crecimiento, asma infantil, Obesidad infantil, entre otras. Es por esto que es tan importante mantener un peso adecuado y así mismo, asistir a los controles prenatales para conocer la condición de salud tanto de la madre como el niño. (John Apaza Valencia, 2017)

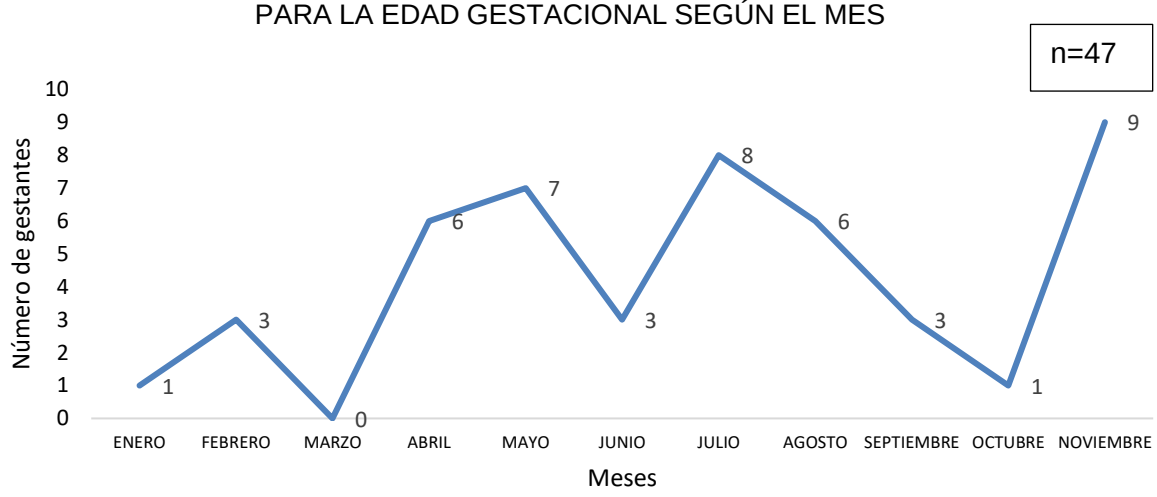
TABLA 43. NÚMERO DE CASOS DE GESTANTES CON BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL SEGÚN EL MES

BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL			
MESES	**TOTAL DE GESTANTES FOCALIZADAS EN EL MES**	**TOTAL DE GESTANTES CON BAJO PESO**	**PORCENTAJE DE GESTANTES CON BAJO PESO**
ENERO	13	1	8%
FEBRERO	21	3	14%
MARZO	14	0	0%
ABRIL	30	6	20%
MAYO	35	6	20%
JUNIO	17	3	18%
JULIO	28	8	29%
AGOSTO	19	6	32%
SEPTIEMBRE	14	3	21%
OCTUBRE	16	1	6%
NOVIEMBRE	23	9	39%

TOTAL	**230**	**47**	**20%**

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 43. NÚMERO DE CASOS DE GESTANTES CON BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL SEGÚN EL MES



Se considera que las mujeres que presentan deficiencias previas de peso o ganancia insuficiente durante el embarazo no aportaran los nutrientes necesarios para el crecimiento fetal y aumentaran, además, el riesgo de bajo peso al nacer, de mortalidad e inclusive, de enfermedades crónicas en la vida adulta. (ENSIN, 2015)

En Colombia, el 14,2 % de la población que refirió estar en embarazo, al momento de la Encuesta tenía bajo peso para su edad gestacional. En la ENSIN 2015 las adolescentes gestantes presentaron prevalencias de bajo peso gestacional más altas que las gestantes adultas, condición que se detectó desde la ENSIN 2005 con 33,2 % y que se volvió a identificar en la ENSIN 2010 con 28,6 %. (ENSIN, 2015)

En el diagnostico nutricional anual para el departamento de Norte de Santander, en el 2020 refiere que la proporción del estado nutricional de las mujeres gestantes

con bajo peso para la edad gestacional fue de 21,6%. (Instituto Departamental de Salud, 2020)

En la gráfica y la tabla número 8 se puede observar que la mayor prevalencia de casos de mujeres con bajo peso para la edad gestacional focalizada por las Unidades de Búsqueda Activa, se presentaron en el mes de noviembre con un total de 9 casos equivalentes al 39% del total de las gestantes focalizadas para dicho mes, seguidamente para el mes de julio se presentaron 8 casos los cuales representan el 29% del total las gestantes focalizadas para dicho mes, en los meses de abril y agosto se presentaron con 6 casos en cada uno de los meses los cuales representan el 20% y 32% respectivamente, por otra parte se puede evidenciar que en los meses donde se presentaron menos casos fueron febrero, junio y septiembre con 3 casos cada uno correspondientes al 14%, 18% y 21% respectivamente y por último, con 1 solo caso correspondiente al 8% y 6% se encontraron en los meses de enero y octubre respectivamente. Todo esto teniendo en cuenta que los valores presentados hacen referencia al total de la población gestante focalizada por cada mes.

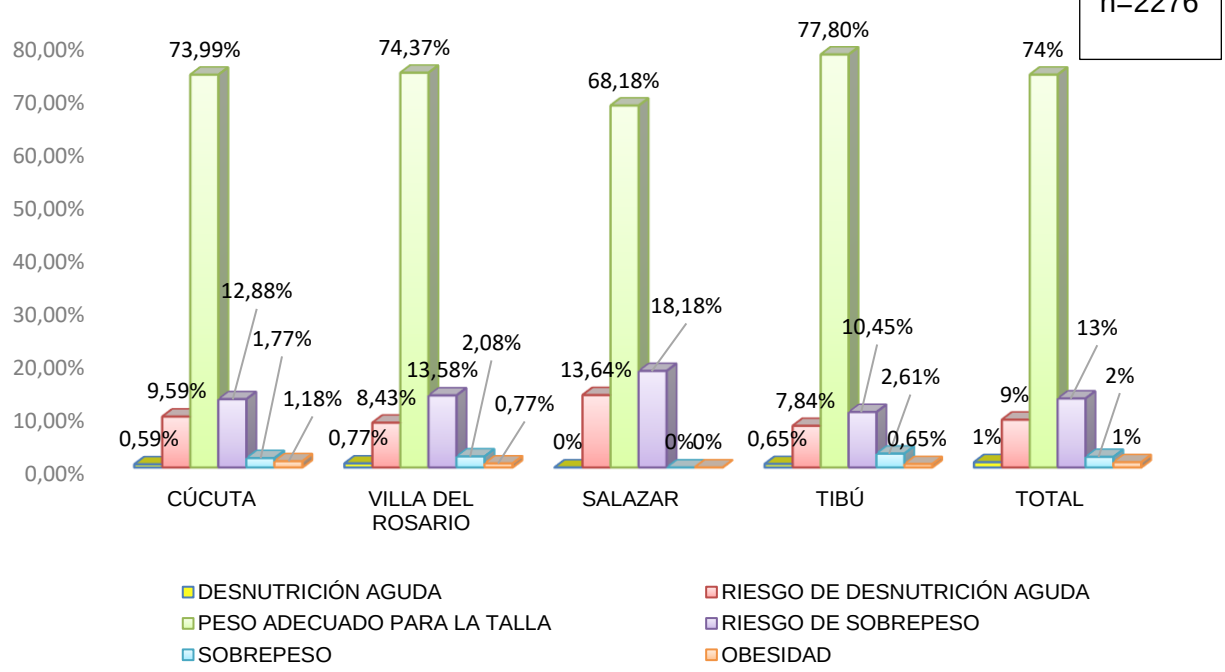
TABLA 14. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL INDICADOR PESO PARA LA TALLA

PESO PARA LA TALLA										
CLASIFICACIÓN	**CÚCUTA**		**VILLA DEL ROSARIO**		**SALAZAR**		**TIBÚ**		**TOTAL**	
DESNUTRICIÓN AGUDA	7	0,59%	7	0,77%	0	0%	1	0,65%	15	1%
RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA	114	9,59%	77	8,43%	3	13,64%	12	7,84%	206	9%
PESO ADECUADO PARA LA TALLA	879	73,99%	679	74,37%	15	68,18%	119	77,80%	1692	74%

RIESGO DE SOBREPESO	153	12,88%	124	13,58%	4	18,18%	16	10,45%	297	13%
SOBREPESO	21	1,77%	19	2,08%	0	0%	4	2,61%	44	2%
OBESIDAD	14	1,18%	7	0,77%	0	0%	1	0,65%	22	1%
TOTAL	**1188**	**100%**	**913**	**100%**	**22**	**100%**	**153**	**100%**	**2276**	**1%**

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 44. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL INDICADOR PESO PARA LA TALLA



El indicador peso para la talla se ha definido como el indicador trazador utilizado por las Unidades de Búsqueda Activa para identificar alteraciones recientes del estado nutricional de los niños y niñas de 0-59 meses focalizados en las zonas rurales y rurales dispersas de los municipios priorizados en el departamento de Norte de Santander.

De acuerdo, con los datos obtenidos en la gráfica anterior se puede identificar que la mayor parte de los niños y niñas de 0-59 meses de edad se encuentra con peso adecuado para la talla, seguido de los niños que se encuentran en riesgo de

sobrepeso, riesgo de desnutrición aguda; sobrepeso, obesidad y, por último, se observa con una menor proporción, pero no menos importante el diagnóstico de desnutrición aguda correspondiente al municipio de Cúcuta.

Teniendo en cuenta el diagnóstico nutricional del tercer trimestre del año 2021 en el municipio de San José de Cúcuta el 60,27% de los niños y niñas, se encontraba con peso adecuado para la talla que constituye el mayor porcentaje y en menor porcentaje se encontraba la Desnutrición Severa 1,12%, seguido de la Obesidad con un 2,60%, Desnutrición moderada con un 2,72%, Sobrepeso con un 5,35% y Riesgo de Sobrepeso con 16,19%. (Alcaldía de San Jose de Cúcuta, 2021). De acuerdo, con los datos obtenidos para este mismo municipio durante la focalización realizada por las UBA en los meses de enero a noviembre el diagnóstico que presenta mayor porcentaje es el de peso adecuado para la talla con un 73,99%, seguido de riesgo de sobrepeso con 12,88%; sobrepeso con un 1,77% y obesidad con un 1,18%. En cuanto, a los diagnósticos de malnutrición por déficit se evidencia que para este municipio el porcentaje de estos, fue menor con un 9,59% para riesgo de desnutrición aguda y un 0,59% para desnutrición aguda.

Según el diagnóstico nutricional del municipio de Villa del Rosario, el comportamiento del indicador peso para la talla en los niños y niñas de 0-59 meses de edad evidencia que la prevalencia de riesgo de desnutrición fue de 1,3%, el de riesgo de sobrepeso fue de 0,3%, sobrepeso de 0,1% y obesidad fue de 0,2% (Alcaldia Villa del Rosario, 2020). En la gráfica se evidencia que para este municipio la mayor parte de la población presenta un adecuado peso para la talla que corresponde al 74,37%, seguido del riesgo de sobrepeso con un 13,58% y el riesgo de desnutrición aguda con un 8,43%; en menor proporción se encuentra que el 2,8% de la población focalizada en Villa del Rosario presenta sobrepeso, la obesidad y la desnutrición aguda se evidenciaban con un 0,77% para cada uno.

Por otro lado, en los municipios de Tibú y Salazar el diagnóstico que presentaba mayor prevalencia correspondía al peso adecuado para la talla con un 77,8% y 68,18% para cada uno; seguido del riesgo de sobrepeso con un 10,45% y 18,18% respectivamente. Para la población de niños y niñas de 0- 59 meses es importante

identificar el estado nutricional ya que, con ello se pueden generar cambios en los estilos de vida y evitar posibles complicaciones a largo plazo.

También se identificó que en el municipio de Tibú había una prevalencia de desnutrición aguda correspondiente al 0,65% y finalmente para el municipio de Salazar no se identificaron casos de desnutrición aguda.

La prevalencia de desnutrición aguda según datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en los menores de 5 años fue de 1,6%. Su importancia en salud y nutrición radica, entre otros aspectos, en que las formas severas de esta desnutrición producen la muerte de los niños, por tal motivo su vigilancia y monitoreo permanentes son clave para la supervivencia de la infancia en Colombia. (ENSIN, 2015)

Por último, se puede observar que la proporción para la clasificación de peso adecuado para la talla es equivalente al 74% del total de la población, para la malnutrición por exceso se evidencia que para la clasificación de riesgo de sobrepeso se presentó en el 13% de la población, así como sobrepeso representa el 2% y la obesidad un 1% del total de la población focalizada, en cuanto a la malnutrición por déficit se pudo evidenciar que del total de la población el 9% fueron casos de riesgo de desnutrición y el 1% de casos de desnutrición.

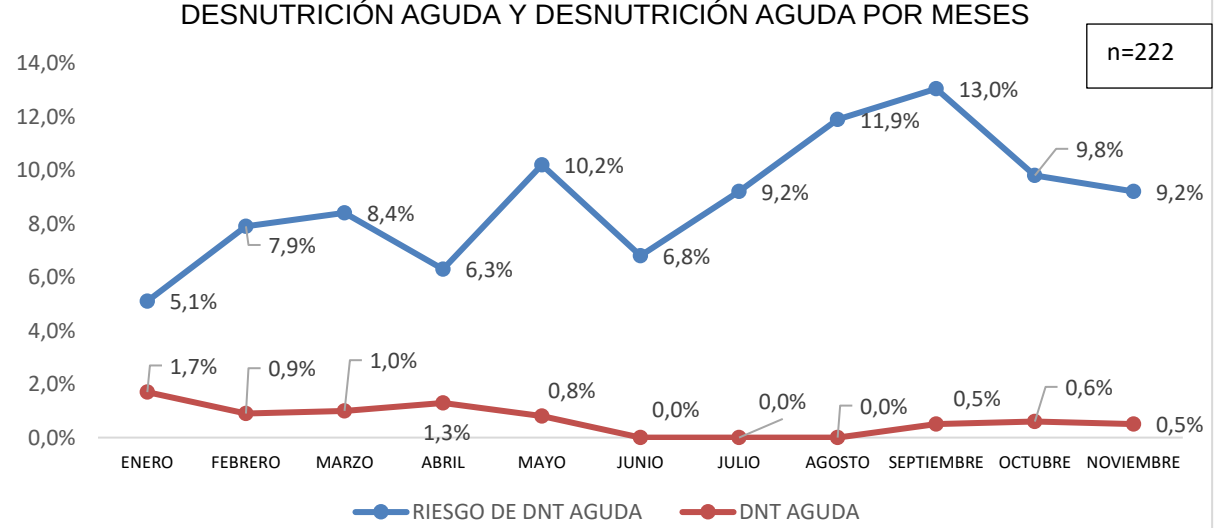
TABLA 45. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0-59 MESES DE EDAD SEGÚN LAS VARIABLES DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA Y DESNUTRICIÓN AGUDA POR MESES

MES	RIESGO DE DNT AGUDA		DESNUTRICIÓN AGUDA		TOTAL DE NIÑOS FOCALIZADOS POR MES
ENERO	9	5,1%	3	1,7%	174
FEBRERO	17	7,9%	2	0,9%	213
MARZO	16	8,4%	2	1,0%	191
ABRIL	14	6,3%	3	1,3%	222
MAYO	23	10,2%	2	0,8%	234

JUNIO	10	6,8%	0	0,0%	147
JULIO	27	9,2%	0	0,0%	292
AGOSTO	29	11,9%	0	0,0%	242
SEPTIEMBRE	27	13,1%	1	0,5%	205
OCTUBRE	17	9,8%	1	0,6%	172
NOVIEMBRE	17	9,2%	1	0,5%	184
TOTAL	206	9%	15	0,6%	2276

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 45. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0-59 MESES DE EDAD SEGÚN LAS VARIABLES DE RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA Y DESNUTRICIÓN AGUDA POR MESES



La desnutrición es un problema de salud pública no solo en Colombia, si no en el mundo ya que, aumenta la mortalidad de niños y niñas asociada a causas que son prevenibles. En Colombia, la pobreza es una de esas causas, la cual se presenta principalmente en las zonas rurales, en donde uno de cada 10 niños presenta desnutrición. (Mónica Vargas, 2020)

El riesgo de desnutrición aguda y la desnutrición aguda se puede ver influenciadas por diferentes factores, como lo son la ingesta insuficiente de energía y nutrientes, la falta de acceso a servicios de salud, la falta de formación o educación de los padres o cuidadores, el limitado acceso a agua potable y saneamiento básico

que pueden ocasionar enfermedad diarreica aguda la cual está directamente relacionada con la muerte por desnutrición.

Tras el trabajo de focalización realizado por el equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa durante el año 2021, se evidenció que 206 de los niños y niñas presentaron riesgo de desnutrición aguda y 15 desnutrición aguda; así mismo, mediante la gráfica se observa que el mayor número de los niños y niñas con riesgo de desnutrición focalizados por las UBA se diagnosticaron en el mes de agosto correspondiente a 29 niños que corresponde al 11,9% del total de focalizada para dicho mes, seguido de esto, encontramos el mes de julio y septiembre con 27 niños correspondiente al 9,2% y 13% respectivamente, posteriormente en el mes de mayo con una frecuencia de 24 casos de riesgo de desnutrición 10,2%, con un valor de 17 casos en riesgo desnutrición aguda para los meses de febrero, octubre y noviembre que corresponden al 7,9%, 9,8% y 9,2% respectivamente. Teniendo en cuenta que cada uno de los porcentajes anteriores hacen referencia al total de niños y niñas focalizados para cada mes. Por otra parte, durante el mes de enero se presentó el menor número de casos de riesgo de desnutrición correspondiendo a 9 casos los cuales representan el 5,1% del total de la población focalizada para dicho mes.

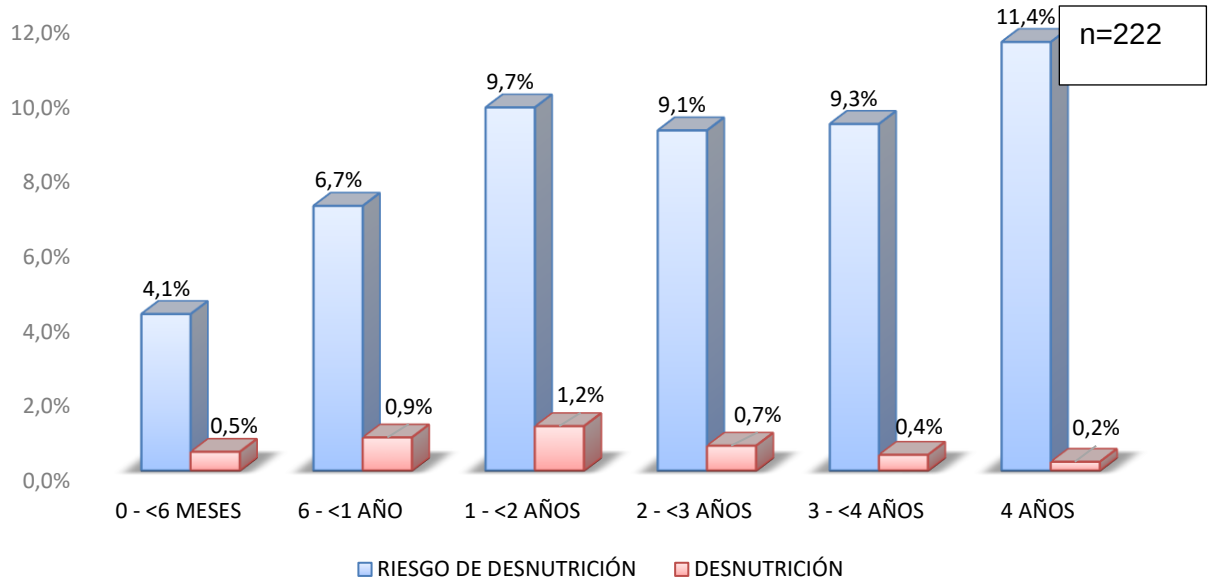
En cuanto a la desnutrición aguda los meses en los que se presentó mayor número de casos fue enero y abril con 3 casos en cada mes que equivalen al 1,7% y 1,3% respectivamente , seguido de febrero, marzo y mayo en los que se presentaron 2 casos en cada mes correspondientes al 0,9%, 1% y 0,8%, los meses en los que se presentaron menor número de casos fueron septiembre, octubre y noviembre con un caso para cada mes, y por último, en los meses de junio, julio y agosto no se presentaron casos de desnutrición aguda. Cabe mencionar que estos porcentajes representan la proporción de los casos de desnutrición aguda del total de la población focalizada para cada mes.

TABLA 46. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS POBLACIÓN DE 0-59 MESES DE EDAD CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA Y DESNUTRICIÓN AGUDA DE ACUERDO A LAS VARIABLE DE EDAD.

EDAD	RIESGO DE DESNUTRICIÓN		DESNUTRICIÓN		TOTAL DE NIÑOS Y NIÑAS FOCALIZADOS
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
0 - <6 MESES	8	4,1%	1	0,5%	193
6 - <1 AÑO	15	6,7%	2	0,9%	224
1 - <2 AÑOS	49	9,7%	6	1,2%	505
2 - <3 AÑOS	41	9,1%	3	0,7%	451
3 - <4 AÑOS	44	9,3%	2	0,4%	475
4 AÑOS	49	11,4%	1	0,2%	428
TOTAL	206	9%	15	0,6%	2276

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 46. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LAS POBLACIÓN DE 0-59 MESES DE EDAD CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN AGUDA Y DESNUTRICIÓN AGUDA DE ACUERDO A LAS VARIABLES DE EDAD



La desnutrición aguda moderada y grave en menores de 5 años, es considerada un problema de salud pública teniendo en cuenta que existe una estrecha relación con el inadecuado crecimiento y desarrollo, es un evento que afecta a 200 millones de niños en todo el mundo, lo que produce un deterioro en su salud y condiciones de vida, generando otras patologías como trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos, una menor inmunocompetencia y un aumento de la morbimortalidad. (Arcila, 2021)

Por lo anterior, podemos decir que la primera infancia es considerada como una etapa crítica para el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas la cual influirá en el resto de su vida, en esta etapa se suelen presentar diferentes factores que condicionan el estado nutricional de los niños y niñas que pueden ocasionar malnutrición por déficit como riesgo de desnutrición aguda o desnutrición aguda. En la gráfica se evidencia que del total de la población focalizada por cada grupo de edad, el mayor número de casos de riesgo de desnutrición se presentan en los niños- niñas con edades de 4 años y 1-<2 años con 49 casos cada grupo, que

corresponden al 11,4% y 9,7%% respectivamente del total de la población focalizada cada grupo de edad, continuando con el grupo de edad de 3 - <4 años con 44 casos de riesgo de desnutrición aguda que corresponden al 9,3% del total de la población focalizada para este grupo de edad; por otro lado, en menor cantidad tenemos que la edades de 0 - <6 meses con 8 casos, y de 6 meses - <1 año con 16 casos cada uno que corresponden al 4,1% y 6,7% del total de la población focalizada para cada grupo de edad.

Por otro lado, según han señalado cuatro organismos de las Naciones Unidas, se prevé que casi 2,3 millones de niños menores de cinco años sufrirán malnutrición aguda en 2021, y se estima que 400.000 de esos niños sufrirán malnutrición aguda grave y podrían morir si no reciben tratamiento urgente; por esta razón, es importante prestar especial atención por parte de los actores de salud y la comunidad en general con el fin de disminuir las cifras de los casos de desnutrición aguda. (OMS, 2021)

Según cifras de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional la prevalencia de desnutrición aguda a nivel nacional es de 1,6% y más específicamente en la zona rural es de 1,8%. (ENSIN, 2015)

En Cúcuta de acuerdo con el diagnóstico nutricional y el indicador peso para la talla en el tercer trimestre del año 2021 de los niños y niñas menores de 5 años, se observa que los niños menores de 3 años de edad presentan mayor porcentaje de desnutrición aguda con un 4% en comparación con los niños de 3 – 5 años de edad con un valor de 3%. (Alcaldía de San Jose de Cúcuta, 2021) En la gráfica se observa que el subgrupo poblacional de 1 - <2 años presenta el mayor número de casos de desnutrición aguda correspondiente a 6 casos que corresponden al 1,2% del total de la población focalizada para este grupo de edad, seguido del subgrupo poblacional de 2 - <3 años en el que se presentaron 3 casos con desnutrición aguda que corresponden al 0,7% del total de la población focalizada dentro de este grupo de edad, y en edades de 0 - <6 meses y 4 años se presentó 1 caso de desnutrición aguda los cuales corresponden al 0,5% y 0,2% del total de la población focalizada para estos grupo de edad respectivamente.

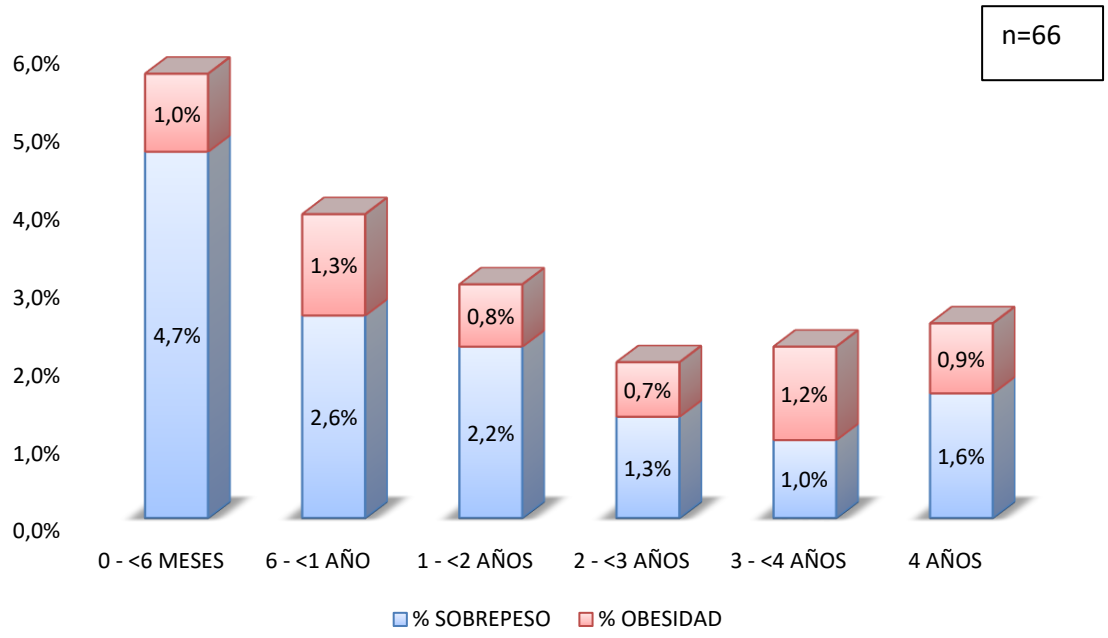
Cabe resaltar que la desnutrición aguda en esta población incrementa el riesgo de contraer enfermedades diarreicas agudas (EDA) e Infección respiratoria aguda (IRA) que a su vez también pueden ser la causa de que se presente la desnutrición.

TABLA 47. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN EL GRUPO DE EDAD

EDAD	SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
0 - <6 MESES	9	4,7%	2	1,0%	191	9%
6 - <1 AÑO	6	2,6%	3	1,3%	226	10%
1 - <2 AÑOS	11	2,2%	4	0,8%	505	22%
2 - <3 AÑOS	6	1,3%	3	0,7%	451	20%
3 - <4 AÑOS	5	1,0%	6	1,2%	475	21%
4 AÑOS	7	1,6%	4	0,9%	428	18%
TOTAL	44	1,9%	22	1%	2276	100%

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 47. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN EL GRUPO DE EDAD



Según la OMS, la obesidad infantil está asociada con una mayor probabilidad de obesidad, discapacidad y muerte prematura en la edad adulta, así como con múltiples enfermedades no trasmisibles; en muchas ocasiones los niños obesos sufren dificultades respiratorias, tienen mayor riesgo de fracturas e hipertensión, y presentan marcadores tempranos de enfermedades cardiovasculares, resistencia a la insulina y efectos psicológicos. (Organizacion Mundial de la Salud, s,f)

Según datos de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en la primera infancia, la prevalencia de exceso de peso fue de 6,4% más alta que en el 2010, con diferencias significativas entre edades simples del grupo de niños y niñas de 2 años el 8,4 % vs. 3 y 4 años donde el 4,9 % y 4,8 % presentaban exceso de peso. (ENSIN, 2015)

De acuerdo a lo evidenciado en la gráfica en el intervalo de edad de 1-<2 años se presentaron el mayor número de casos de sobrepeso con 11 casos los cuales hacen parte del 22% del total de la población focalizada para ese grupo de edad y

el mayor número de casos de obesidad se presentó en el grupo de edad de 3-<4 años con 6 casos los cuales hacen parte del 21% del total de la población focalizada para este grupo de edad, estas cifras puedes relacionarse a que posiblemente no se ha suministrado una alimentación saludable y adecuada según las necesidades de cada grupo de edad. Por otra parte, las edades en donde se presentaron menos casos de sobrepeso y obesidad fueron de 3-<4 años con 5 casos y 0-<6 meses con 2 respectivamente.

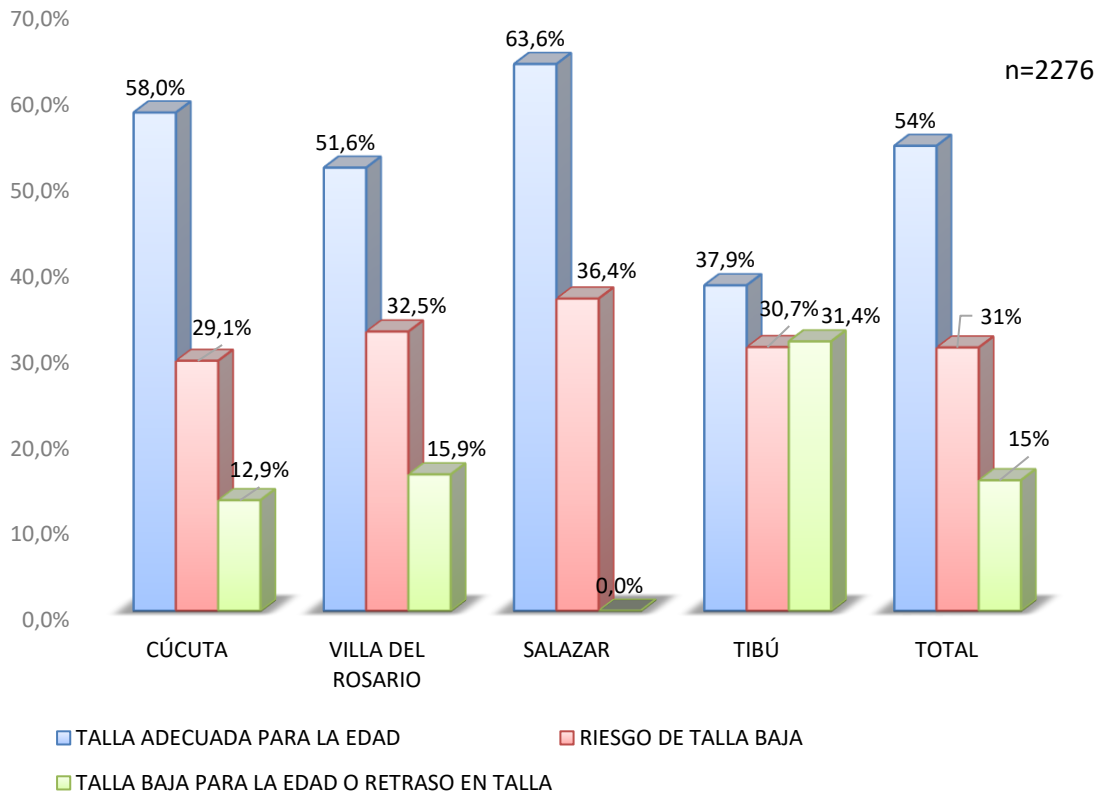
Las causas principales de la obesidad y el sobrepeso en niñas y niños son el consumo de alimentos procesados con altos niveles de azúcar, grasas trans y sal, así como de bebidas azucaradas que son muy fáciles de adquirir por su amplia distribución, bajo costo y su promoción en medios masivos. Además de esto cabe resaltar que la población objeto focalizada por las unidades de búsqueda activa se encuentran en las zonas rurales y rurales dispersas de los municipios, por lo cual mucho de ellos desconocen y no cuentan con los recursos para adquirir los alimentos nutritivos. Por esta razón, es importante prevenir y educar a los padres para mejorar los hábitos y las condiciones de salud. (UNICEF, 2021). Además, se considera que presentar exceso de peso en edades en las que se está en etapa de crecimiento puede influir en el pronóstico de recuperación del peso sano y saludable, (ENSIN, 2015)

TABLA 48. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACIÓN SEGÚN EL INDICADOR TALLA PARA LA EDAD

TALLA PARA LA EDAD										
CLASIFICACIÓN	CÚCUTA		VILLA DEL ROSARIO		SALAZAR		TIBÚ		TOTAL	
TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	689	58%	471	51,6%	14	63,6%	58	37,9%	1232	54%
RIESGO DE TALLA BAJA	346	29,1%	297	32,5%	8	36,4%	47	30,7%	698	31%
TALLA BAJA PARA LA EDAD O RETRASO EN TALLA	153	12,9%	145	15,9%	0	0%	48	31,4%	346	15%
TOTAL	1188	100%	913	100%	22	100%	153	100%	2276	100%

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 48. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EL INDICADOR TALLA PARA LA EDAD



El indicador antropométrico de longitud/talla para la edad refleja el crecimiento lineal del niño y a su vez, permite conocer el estado nutricional que se ha presentado en un niño o niña a través del tiempo. (OMS, 2008).

De los 2276 usuarios focalizados por las Unidades de Búsqueda Activa en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Tibú y Salazar, en el periodo comprendido entre los meses de enero a noviembre del año 2021, para el indicador talla para la edad podemos concluir que la mayor parte de la población se encuentra adecuado para la talla con un 54%, el 31% presenta riesgo de talla baja para la edad, y en menor proporción el 15% evidencia que tienen talla baja para la edad o retraso en talla.

Según la encuesta de la situación nutricional el retraso en talla o talla baja para la edad es un indicador del estado nutricional el cual está relacionado con el desarrollo de un país, viéndose influenciado por el nivel de pobreza y los factores persistentes o acumulativos de una alimentación deficiente. (ENSIN, 2015)

En el diagnóstico nutricional del tercer trimestre del municipio San José de Cúcuta para el año 2021 se evidenció una prevalencia de talla baja para la edad mayor en el grupo etario de 12 a 23 meses de edad con un 13% en comparación con el grupo de 48 a 59 meses de edad que presentó una menor prevalencia con un 6%. (Alcaldía de San Jose de Cúcuta, 2021).

Durante la focalización desarrollada por las Unidades de Búsqueda Activa se observó que para este municipio se presentaron 346 casos de riesgo de talla baja para la edad los cuales representan el de 29,1% del total de la población focalizada para dicho municipio y respecto a la clasificación de talla baja para la edad o retraso en talla se presentaron 153 casos que representan el 12,9% el total de la población focalizada en ese municipio.

Comparando los datos obtenidos en el diagnostico nutricional para el indicador Talla para la edad en el Municipio de Villa del Rosario se analizó que el grupo poblacional de 0 a 5 años de niños y niñas, específicamente los niños y niñas de 36-47 meses, presentaron mayor prevalencia de Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla y la mayor prevalencia de riesgo de Talla Baja con un 3,3% y 4,6% respectivamente. La prevalencia de Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla en el grupo de menores de 5 años para el municipio de Villa del Rosario es de 0,5%. (Alcaldia Villa del Rosario, 2020).

Del total de la población focalizada en el municipio de Villa del Rosario se presentaron 346 casos de riesgo de talla baja para la edad los cuales representan el 32,5% y el 15,9% presenta talla baja para la edad o retraso en talla haciendo referencia a 145 casos, estos porcentajes están por encima de los observados en el municipio de Cúcuta; teniendo en cuenta lo anterior se puede deducir que los casos de niños y niñas que han tenido un retardo en el crecimiento muy probablemente se ha presentado debido a que el aporte de energía y nutrientes no

ha sido el suficiente para cubrir con los requerimientos necesarios para un adecuado crecimiento.

Otro de los municipios focalizados por las Unidades de Búsqueda Activa es Salazar, en este se puede evidenciar según la gráfica que el mayor porcentaje de la población se encuentra con talla adecuada para la edad con un 63,6% y el 36,4% de la población presentó riesgo de talla baja para la edad con 8 casos, cabe resaltar que dichos datos no son significativos en comparación con los demás municipios porque la población focalizada fue mucho menor.

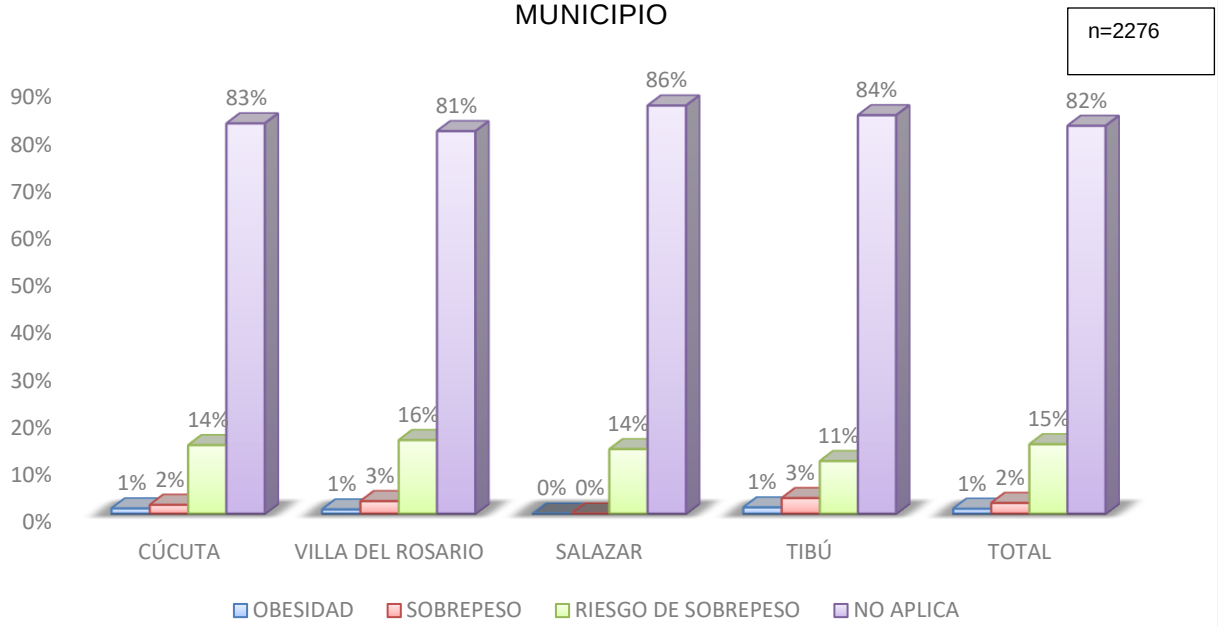
Para el municipio de Tibú también se puede identificar que la mayor proporción de la población se encuentra con talla adecuada para la edad representando el 37,9% lo cual hace referencia a 58 casos, seguido del 31,4% referente a 48 casos que presentaron talla baja para la edad y el 30,7% del total de la población focalizada para ese municipio presentó 47 casos de riesgo de talla baja para la edad.

TABLA 49. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN INDICADOR INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD POR MUNICIPIO

INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD										
CLASIFICACIÓN	CÚCUTA		VILLA DEL ROSARIO		SALAZAR		TIBÚ		TOTAL	
OBESIDAD	13	1%	8	1%	0	0%	2	1%	23	1%
SOBREPESO	22	2%	24	3%	0	0%	5	3%	51	2%
RIESGO DE SOBREPESO	172	14%	142	16%	3	14%	17	11%	334	15%
NO APLICA	981	83%	739	81%	19	86%	129	84%	1868	82%
TOTAL	1188	100%	913	100%	22	100%	153	100%	2276	100%

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 49. DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN INDICADOR INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD POR MUNICIPIO



El Índice de Masa Corporal es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado, el cual tiene en cuenta la malnutrición por exceso. (Resolución 2465, 2016)

En la gráfica anterior, podemos observar que la mayor proporción de la población con un 82% presentaba una desviación estándar menor a +1 por lo que no aplicaba a las clasificaciones establecidas para el indicador de IMC/E, indicando que en gran parte de la población de niños y niñas de 0-59 meses su estado nutricional no se encontraba afectado por exceso. Del total de la población focalizada por las Unidades de Búsqueda Activa en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Tibú y Salazar, en el periodo de enero a noviembre el presente año. Se obtuvieron o siguientes datos el 82% no aplica, el 15% de la población presenta riesgo de sobrepeso, el 2% sobrepeso y el 1% obesidad.

Para el municipio Villa de Rosario al igual que en el municipio de Cúcuta la mayor parte de la población para el IMC/E el 16% presenta riesgo de sobrepeso, el 3% sobrepeso y el 1% obesidad.

De acuerdo con la gráfica anterior se puede identificar para el municipio de Salazar el 86% de la población no aplica el indicador y el 14% presenta riesgo de sobrepeso. En el municipio de Tibú se obtuvo como resultado el 11% de la población de niños y niñas de 0-59 meses presenta riesgo de sobrepeso, 3% sobrepeso y por último el 1% obesidad.

Según el diagnóstico nutricional del municipio de San José de Cúcuta durante el tercer trimestre del año 2021, la prevalencia de riesgo de sobrepeso para la zona rural fue de 21%, sobrepeso de 6% y obesidad de 3%.

El exceso de peso está conformado por dos condiciones que son el sobrepeso y obesidad, las cuales son consideradas como una enfermedad de origen multifactorial y por tal motivo debe atenderse de manera interdisciplinaria con un tratamiento integral que incluya un plan nutricional, actividad física, abordaje psicológico y de ser necesario tratamiento farmacológico. (MinSalud, 2021)

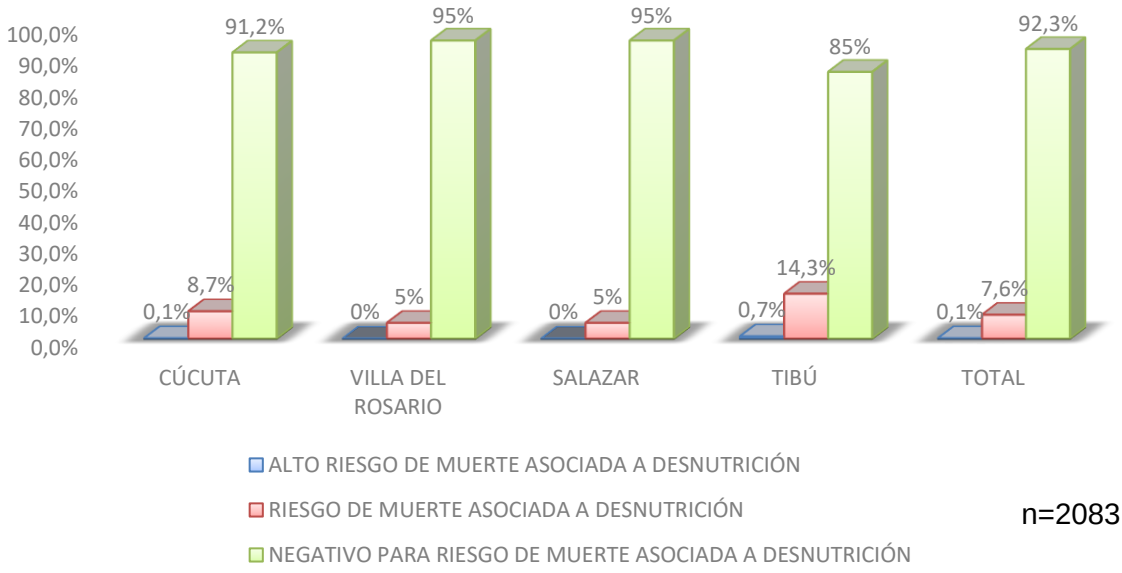
El exceso de peso en muchas ocasiones es causado por una inadecuada alimentación debida a la mayor industrialización y acceso a alimentos procesados como por ejemplo las bebidas azucaradas, embutidos, comidas rápidas; así como la adopción de hábitos poco saludables observados en el entorno familiar.

TABLA 50. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACION DE 6-59 MESES DE EDAD SEGUN EL INDICADOR DE PERIMETRO BRAQUIAL POR MUNICIPIO

PERIMETRO BRAQUIAL										
CLASIFICACIÓN	CÚCUTA		VILLA DEL ROSARIO		SALAZAR		TIBÚ		TOTAL	
ALTO RIESGO DE MUERTE ASOCIADA A DESNUTRICIÓN	1	0,1%	0	0%	0	0%	1	0,7%	2	0,1%
RIESGO DE MUERTE ASOCIADA A DESNUTRICIÓN	95	8,7%	42	5%	1	5%	19	14,3%	157	7,6%
NEGATIVO PARA RIESGO DE MUERTE ASOCIADA A DESNUTRICIÓN	993	91,2%	799	95%	19	95%	113	85%	1923	92,3%
TOTAL	1089	100%	841	100%	20	100%	133	100%	2083	100%

Fuente: Base de datos formato de focalización F3.LM2.PP del ICBF- enero a noviembre 2021, N/Santander

GRÁFICA 50. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA POBLACION DE 6-59 MESES DE EDAD SEGUN EL INDICADOR DE PERIMETRO BRAQUIAL



n=2083

El perímetro braquial es una medida que permite identificar el estado nutricional en situaciones de hambruna o crisis de refugiados en las cuales es difícil esclarecer con determinación la altura y el peso; esta es una medida que se realiza en el punto medio del brazo teniendo en cuenta cual es el brazo dominante. Además, es usada como una herramienta adicional para el tamizaje, por su capacidad para predecir la mortalidad infantil. (Prieto, et al, 2014)

De acuerdo a la gráfica anterior se puede identificar que, en el municipio de Cúcuta, en cuanto al perímetro braquial el 8,7% presenta riesgo de muerte asociada a desnutrición y el 0,1% se encuentra en alto riesgo de muerte asociada a desnutrición. Por otra parte, en el municipio de Villa del Rosario y Salazar el 5% se encuentra en alto riesgo de muerte asociada a desnutrición para cada uno. Así mismo se puede identificar que en el municipio de Tibú el 14,3% se encontraba en riesgo de muerte asociada a desnutrición y el 0,7% tenía alto riesgo de muerte asociada a desnutrición.

De los 2083 usuarios focalizados por las Unidades de Búsqueda Activa en los municipios de Cúcuta, Villa del Rosario, Tibú y Salazar, en el periodo de tiempo de

enero a noviembre del año 2021, se puede observar que la mayor parte de la población con el 92,3% se encuentra negativo para riesgo de muerte asociada a desnutrición, por otra parte 7,6% se encuentra en riesgo de muerte asociada a desnutrición, por último, el 0,1% tiene alto riesgo de muerte asociada a desnutrición.

VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES MEDIANTE ACCIONES DE REVISIÓN DE SOPORTE DE OPERACIÓN DE LAS UBAS DE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE 2021

A continuación, se contempla la revisión de las obligaciones contractuales generales y específicas de las Unidades de Búsqueda Activa, teniendo en cuenta las evidencias y documentación presentada por el equipo interdisciplinario que determina el cumplimiento o no de las mismas, además según lo evidenciado en estos documentos se diligencia la matriz de obligaciones contractuales en las que se responden a una serie de obligaciones más específicas tanto del operador como de la estrategia de las Unidades de Búsqueda Activa (UBA).

Para la verificación de las obligaciones contractuales primero se realizó la revisión de todos los documentos soporte de operaciones de las Unidades de Búsqueda Activa, los cuales se dividen en tres apartados generales:

1. Aspectos generales: En este apartado se encontraron los documentos correspondientes al plan operativo, provisión de insumos de elementos de protección personal, mapeo y ubicación de municipios y comunidades, y jornadas de identificación con líderes comunitarios.

2. Aspectos administrativos, financieros, infraestructura, dotación y personal: En este apartado se encontraron los registros fotográficos de la sede administrativa de las UBA, los protocolos de bioseguridad empleados en las actividades desarrolladas durante el trabajo del equipo, los costos administrativos, gastos de contrapartida, elementos de dotación suministrados para cada integrante del equipo, hojas de vida

de los equipos utilizados para la toma de medidas antropométricas, hojas de vida del Talento humano pertenecientes a las UBA, contratos del talento humano además de los pagos de la nómina, facturas de los implementos de EPP, evidencias correspondientes a las capacitaciones dirigidas al talento humano de las UBA, evidencia de los elementos utilizados para la interpretación antropométrica y por último, las cuentas de cobro radicadas.

3. Operación para la atención: En este apartado se encontraron los registros fotográficos de la toma de medidas antropométricas, formato de focalización de los meses de septiembre y octubre, formatos de caracterización familiar diligenciados en el caso de niños y niñas de 0-59 meses con desnutrición aguda o riesgo de desnutrición aguda y mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional focalizados en este periodo, formato único de remisión diligenciados en el caso de los niños y niñas clasificados con desnutrición aguda, seguimiento de remisiones a modalidades del ICBF y oferta en territorio.

Por otro lado, se diligenció para esta verificación el formato informe de cumplimiento de obligaciones contractuales diseñado por el ICBF donde se contemplan:

1. Obligaciones generales: Que hacían referencia a las obligaciones que debe cumplir el operador contratado para llevar a cabo programas del ICBF

2. Obligaciones específicas: Donde se contemplaban las obligaciones que debe cumplir el talento humano perteneciente a las Unidades de Búsqueda Activa.

3. Obligaciones sistema de gestión de calidad: Estas obligaciones se dividen en varios ejes: uno de ellos es el eje de seguridad y salud en el trabajo donde se contemplaba la identificación de riesgos, controles orientados a brindar seguridad al talento humano generando planes de contingencia; el segundo de los ejes es de calidad, en este se contemplaba la calidad del talento humano perteneciente a las UBA y la existencia de formatos suficientes para el desarrollo de las actividades de la estrategia; el tercer eje es el de seguridad de la información en este se contemplaba el compromiso de los integrantes del equipo UBA a tener extrema confidencialidad de la información generada durante el desarrollo del trabajo y por

último se encuentra el eje ambiental, en el cual se contemplan los protocolos de bioseguridad existentes para el equipo.

Cada una de estas obligaciones estaba soportada con un documento o actividad por lo cual se identificó que se estaba cumpliendo con el total de las obligaciones contractuales por parte del operador Centro Cristiano y las Unidades de Búsqueda Activa.

RESULTADOS

TABLA 1. CRITERIOS PARA EL SEGUIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES CONTRACTUALES

ITEM	CATEGORÍA	CRITERIO DE SEGUIMIENTO	MODO DE VERIFICACIÓN	CUMPLE SI O NO
1.ASPECTOS GENERALES				
1.1	Etapa de planeación	¿Cuenta con un plan operativo para la ejecución del presente contrato?	Plan operativo con objetivo, priorización de los municipios y comunidades a intervenir, mapeo y ubicación de los municipios, referencia de líderes comunitarios, comunidades focalizadas, tiempo de desplazamiento con cronograma y principales actividades a desarrollar, productos y responsables.	**SI**
1.2	Etapa de planeación	¿Cuenta con un plan operativo de provisión de	Adquisición de los insumos EPP recomendados para	**SI**

		insumos EPP para el trabajo en comunidad?	el equipo al trasladarse a la comunidad. (termómetro láser – infrarrojo, tapabocas, gafas o caretas, jabón, alcohol glicerinado mínimo al 60% máximo 95%, toallas desechables, bolsas de basura y desinfectantes o productos de limpieza, por ejemplo, alcohol al 70%). Facturas de compra y fotos del equipo en el trabajo de campo, donde se evidencie el uso de los implementos de bioseguridad.	
1.3	Etapa de planeación	¿Se realizó el mapeo y ubicación de los municipios y comunidades donde se ejecutará el presente contrato?.	Mapeo y ubicación de los municipios y comunidades donde se realizará la identificación y búsqueda activa, mediante la verificación de los siguientes insumos: - Mapa del municipio en el que se encuentre la organización política-territorial y los datos geográficos que permitan una visión de los municipios, veredas o corregimientos. - Rutas y medios de transporte disponibles. - Formas de comunicación en	**SI**

			el territorio. - Comunidades o grupos poblacionales que habitan el territorio. Se puede hacer uso de datos censales. - Planes Territoriales de Salud-PTS y los Análisis de Situación en Salud – ASIS (para los casos que apliquen).	
1.4	Etapa de planeación	¿Se realizó la coordinación con las administraciones municipales o líderes de las comunidades donde se realizan las jornadas de identificación?	Actas de procesos de concertación con la comunidad u oficios de articulación y demás evidencias relacionadas.	**SI**
2. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS, FINANCIEROS, INFRAESTRUCTURA, DOTACIÓN Y PERSONAL				
2.1	Unidad Administrativa	¿Cuenta con una sede para los asuntos administrativos en el departamento de ejecución del contrato?	Fotos del espacio físico como sede administrativa donde se planea y articula el equipo para la buena ejecución del contrato y medidas de bioseguridad implementadas en el mismo.	**SI**
2.2	Unidad Administrativa	¿Cuenta con protocolos de bioseguridad de acuerdo a lo definido en el anexo al memorando 20201900000101553 “Orientaciones técnicas para la contratación del servicio de Unida	Protocolo de bioseguridad de acuerdo con lo establecido en el anexo del memorando de orientaciones que garanticen un	**SI**

		des de Búsqueda Activa, segundo semestre de 2020"?	distanciamiento social y adecuados procesos de higiene y protección del equipo de trabajo.	
2.3	Unidad Administrativa	Las EAS invierte los recursos definidos "costos administrativos", de acuerdo a las orientaciones definidas por la Regional.	Relación de los gastos correspondientes al ítem "costos administrativos" de la proyección de costos del contrato y con la inversión de acuerdo con las orientaciones definidas por el ICBF	**SI**
2.4	Unidad Administrativa	La EAS invierte los recursos definidos de "contrapartida, la cual corresponde al 2% o más del valor del propuesto aportado por el ICBF en el contrato?	Relación de gasto y facturas donde se verifique que la inversión de contrapartida este de acuerdo con lo definido en el contrato y/o acta de inicio del contrato.	**SI**
2.5	Unidad Administrativa	¿La EAS cuenta con los elementos de dotación de acuerdo a lo definido en el anexo No 1 “FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES DE BÚSQUEDA ACTIVA” del lineamiento técnico administrativo estrategia de atención y prevención de la desnutrición v3?	Facturas donde se evidencie la adquisición del 100% de los elementos de dotación de acuerdo a lo definido en el anexo 1 del lineamiento. Fotos de los implementos adquiridos.	**SI**

2.6	Unidad Administrativa	¿Cuentan con los equipos de antropometría de acuerdo a las especificaciones técnicas establecidas en la tabla No?3. "elementos de dotación por cada Unidad de Búsqueda Activa", del anexo No. 1.	Hojas de vida de los equipos de antropometría y los reportes de verificaciones intermedias y demás documentos exigidos, conforme a lo establecido de la Guía Técnica para la metrología ICBF.	
2.7	Talento Humano	El operador cuenta con el talento humano completo, de acuerdo a lo especificado en el Anexo 1 sobre el funcionamiento de las UBA.?	Datos del talento humano actual VS hojas de vida aprobadas por la Regional. En caso de existir algún cambio, este debe estar aprobado por el supervisor.	**SI**
2.8	Talento Humano	¿La EAS invierte el costo asignado para el Talento Humano, de acuerdo a lo estipulado en el contrato?	Contratos de talento humano, los pagos de aporte a seguridad social de cada uno de los perfiles y la cuenta de cobro del marzo y abril.	**SI**
2.9	Talento Humano	El equipo cuenta con los EPP para el contacto con la comunidad, de acuerdo a los lineamientos establecidos para tal fin	Facturas de los implementos de bio-seguridad (EPP) en la cantidad y calidad recomendados para dotar al personal de acuerdo a lo definido	**SI**

			durante la emergencia generada por la pandemia Covid 19 (fotos del equipo en funcionamiento donde se evidencie la dotación).	
2.10	Talento Humano	¿El recurso humano es capacitado sobre medidas de higiene generales: lavado de manos, distanciamiento social, procesos de limpieza y desinfección de elementos de trabajo, superficies, ¿equipos de uso frecuente y adecuado uso de EPP?	Actas de soporte sobre los diferentes eventos de capacitación al recurso humano, incluyendo los temas relacionados con medidas de bioseguridad y de uso de EPP.	**SI**
2.11	Talento humano	¿El profesional en nutrición capacitó al equipo en la técnica para la toma de medidas antropométricas y en la interpretación?	Actas de capacitación a los auxiliares de enfermería en la toma de medidas antropométricas. (Presentaciones, listas de asistencia, registro fotográfico, etc)	**SI**
2.12	Talento humano	¿El equipo de auxiliares aplican la técnica y la herramienta adecuada para el análisis de los datos antropométrico?	Evidencia de la herramienta de análisis que utiliza el equipo para la interpretación de datos antropométricos (rejilla o aplicativo en el celular). Formato	**SI**

			F3 de los meses solicitados.	
2.13	Talento humano	¿El equipo de las EAS es capacitado en los temas definidos en el anexo1 del lineamiento técnico Administrativo Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición (página 45).	Actas de Capacitación en los temas definidos en el lineamiento técnico (presentaciones, listas de asistencia, registro fotográfico, etc,etc).	**SI**
2.14	Legalización de cuentas	¿La EAS realiza la presentación de informes y requisitos para pagos de manera oportuna y adecuada?	Soporte del radicado de la cuenta de cobro de los meses de septiembre y octubre.	**SI**
3. OPERACIÓN PARA LA ATENCIÓN				
3.1	Atención	¿El auxiliar de enfermería realiza la toma de medidas antropométricas de los usuarios identificados (niños y niñas menores de 5 años y madres gestantes), de acuerdo a los parámetros definidos? (Resolución 2465 de 2016)?	Fotos o videos donde se evidencie el equipo tomando las medidas antropométricas a los usuarios identificados.	**SI**
3.2	Atención	¿El equipo de las EAS diligencia el F3.LM2.PP Formato de Focalización UBA?	Formato F3 de focalización correspondiente a septiembre y octubre.	**SI**

3.3	Atención	¿El profesional en nutrición determina el estado nutricional de los usuarios identificados y activa las rutas de atención a la desnutrición de acuerdo a lo establecido en la Resolución 5406 de 2015?	Formato F3 de focalización correspondiente a septiembre y octubre.	**SI**
3.4	Atención	¿Se realiza remisión y gestión para la atención de niñas y niños que se identifican con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda, así como, las mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, de acuerdo a lo definido en la ruta de operación de las Unidades de Búsqueda Activa UBA (¿gráfica No7).?	Soportes de las remisiones y gestión de acuerdo a los casos identificados. _F3.LM2.PP Formato de Focalización de UBAs, _F1.LM2.PP Formato de caracterización familiar unidades de búsqueda activa, _F2.LM2.PP Formato único de remisión a salud, dependiendo el caso que aplique.	**SI**
3.5	Atención	¿Se realiza seguimiento a la remisión a salud, para los casos de niños y niñas identificados con desnutrición aguda?	Formato F3 de focalización correspondiente a septiembre y octubre con acciones de seguimiento.	**SI**
3.6	Atención	¿Se aplica correctamente el formato de caracterización familiar?	Formato de caracterización entregado por la EAS septiembre y octubre.	**SI**

3.7	Atención	¿Se realiza la canalización en el caso que corresponda para la vinculación a las modalidades del ICBF (Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición, servicios de primera infancia, a protección en el marco de la vulneración de derechos) u otra oferta disponible en el territorio de los entes territoriales u otras instituciones?	Remisiones a la modalidad 1.000 días para cambiar el mundo para los casos de riesgo de desnutrición y las remisiones a otras modalidades del ICBF u otra oferta disponible en el territorio, para los casos de NN con un estado nutricional adecuado.	**SI**
3.8	Atención	La EAS realiza seguimiento a las remisiones de los usuarios, con el fin de verificar sí fueron vinculados a una modalidad del ICBF u otra oferta disponible en el territorio, ¿dependiendo el caso?	Evidencias (correos electrónicos, memorandos, registros de llamadas, etc.) del seguimiento a las remisiones de los usuarios a modalidad del ICBF u otra oferta disponible en el territorio.	**SI**

ÁREA EDUCATIVA

Para el desarrollo de las competencias correspondientes al área educativa se llevó a cabo un programa educativo en el cual se contemplaban actividades en temas relacionados con salud, alimentación y nutricional dirigidas a la población de niños y niñas de 0-59 meses, así como, mujeres gestantes de las zonas rurales y rurales dispersas y talento humano del operador Centro Cristiano con el objetivo de promover estilos de vida saludable.

CAPACITACIÓN HIGIENE PERSONAL Y MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD

En este apartado se contempla la actividad desarrollada en el marco de la pandemia causada por el COVID-19 la cual fue realizada con el objetivo de que las personas adopten medidas preventivas que contribuyan en la reducción o eliminación de los riesgos para el personal, la comunidad y el medio ambiente especialmente los riesgos a la salud que se pueden generar por la trasmisión de este virus.

Esta se realizó con el objetivo de que el talento humano adoptara en su vida cotidiana medidas para la prevención de riesgos para el bienestar y la salud de las personas y comunidades; en esta capacitación se abordaron temas como higiene personal y medidas de bioseguridad.

Para iniciar la capacitación se dio a conocer el concepto de higiene personal y salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otras referencias posterior a esto, se mostró un esquema sobre su importancia, donde se explicó temas como el día mundial de la higiene personal, la promoción de medidas de autocuidado, hábitos y estilos de vida saludable, sus beneficios y prevención; continuando con la capacitación se procedió a reforzar los conocimientos sobre las normas de bioseguridad donde se describe detalladamente el lavado de manos allí se presentó un vídeo en donde explicaba cada uno de los once pasos indicados por la OMS para realizar un correcto lavado de manos. Por otra parte, se dieron a conocer los elementos de protección personal, distanciamiento social, limpieza y desinfección.

Así mismo, se dieron a conocer las normas básicas a tener en cuenta sobre el autocuidado durante la pandemia del COVID-19, de igual manera se dieron a conocer los síntomas más frecuentes característicos de esta enfermedad y a la vez

una serie de indicaciones de cómo actuar si estos se presentan; por último, se enunciaron algunas medidas preventivas a tener en cuenta al ingresar al hogar.

RESULTADOS:

- Número de actividades de la capacitación de higiene personal y medidas de bioseguridad ejecutadas / Número de actividades de la capacitación de higiene personal y medidas de bioseguridad x100

$$\frac{1}{1}x100 = 100\%$$

Se cumplió con el 100% de las actividades programadas para la capacitación de higiene personal y medidas de bioseguridad.

- Número de participantes / Total de participantes convocadosx100

$$\frac{7}{8}x100 = 87,5\%$$

Se evidenció que del 100% de personas convocadas para la capacitación asistió el 87,5% equivalente a 7 personas del equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa del Operador Centro Cristiano.

CONMEMORACIÓN DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN

A continuación, se presenta la ejecución de la actividad desarrollada en conmemoración del Día Mundial de la Alimentación que para el año 2021 tiene en cuenta la importancia de una mejor producción de alimentos que contribuya a mejorar la nutrición de los individuos y genere un impacto positivo en el medio ambiente y a su vez ayude a mejorar la calidad de vida. Por esta razón, se tocaron temas como la influencia de los alimentos que se eligen y como su forma de consumo afectan la salud de los individuos y el planeta; además, la importancia de la creación de huertas en el hogar que contribuyan a la producción de alimentos más nutritivos, inocuos y asequibles para todos los individuos; con la conmemoración de este día se busca concientizar a la población sobre la importancia de alimentarse saludablemente, el impacto en el planeta de los

desperdicios innecesarios de los alimentos y la importancia de escoger alimentos frescos, saludables e inocuos que sean de fácil acceso para toda la población teniendo en cuenta las cosechas o alimentos de temporada.

Para el desarrollo de la conmemoración del día mundial de la alimentación se realizó inicialmente una revisión bibliográfica donde se determinaron los temas más importantes que serían dados a conocer a la población, como también la estrategia de información, educación y comunicación a utilizar, seguidamente se elaboró el material visual haciendo uso de herramientas tecnológicas en donde se contempla información como:

- Disminución del consumo de azucares refinados
- Disminución del consumo de alimentos ultra procesados
- Eliminación de malos hábitos alimentarios
- Estrategia 5 al día
- Consumo de alimentos ricos en fibra
- Importancia del descanso
- Importancia de la hidratación
- Actividad física

Teniendo en cuenta esto, se adecuo el lugar donde se realizaría la actividad para esto se utilizaron diferentes materiales con el fin de embellecer y hacer llamativo el lugar, una vez establecidos se dio inicio a las actividades propuestas durante el transcurso de la mañana y su finalización se dio al terminar la jornada.

Una vez en el lugar se dio inicio al evento, en este se realizaron diferentes actividades acorde a la población, en el caso de los adultos se les dieron a conocer temas referentes a alimentación y nutrición y como las personas pueden aportar a la sociedad su granito de arena en pro de la sostenibilidad dando a conocer a la población el cómo realizar huertas caseras esto con el fin de concientizarlos a optar por cultivar sus propios alimentos de manera fácil, rápida y sencilla, también se les indicaron una serie de recomendaciones nutricionales bajo el lema “si sano y fuerte quieres estar, las siguientes recomendaciones debes realizar”.

Por otra parte, se encontraba la población de niños y niñas menores de 18 años a los cuales se les realizaron actividades lúdico-educativas haciendo uso del plato saludable de la familia colombiana el cual está contemplado en las guías alimentarias basadas en alimentos, para esta actividad se le explico a los niños que este tiene 6 grupos de alimentos que son cereales, tubérculos y plátanos; frutas y verduras; leches y sus derivados; carnes, leguminosas y huevo; azúcares y dulces; grasas y como todos estos deben estar incluidos en la alimentación diaria, teniendo en cuenta que unos deben ser en mayor proporción que otros, luego de realizar dicha explicación se les hizo entrega de unas fichas con forma de alimentos para que ellos las clasificaran dentro del plato saludable.

RESULTADOS:

- Número de actividades en conmemoración al día mundial de la alimentación ejecutadas / Número de actividades en conmemoración al día mundial de la alimentación programadas x100

$$\frac{3}{3}x100 = 100\%$$

  Se cumplió con el 100% de las actividades programadas en conmemoración al día mundial de la alimentación:
  - Plato saludable
  - Estrategia 5 al día
  - Recomendaciones guías alimentarias basadas en alimentación

- Número de participantes de la actividad / Total de participantes focalizados por las UBA durante la jornada x100

$$\frac{20}{32}x100 = 62,5\%$$

  Se evidenció que del 100% de personas responsables de la población objeto asistió el 59% equivalente a 20 personas responsables de la población focalizada durante la jornada.

CAPACITACIÓN MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

Durante la capacitación de medidas antropométricas se tocaron temas relacionados con antropometría, explicando la manera correcta de tomar el peso, la talla y perímetro braquial así mismo, la interpretación de los resultados para el adecuado diagnóstico nutricional. P

Dicha capacitación se desarrolló con la finalidad de dar cumplimiento a lo establecido en el lineamiento técnico administrativo estrategia de atención y prevención de la desnutrición donde se estipula que el equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa debe permanecer en constante capacitación con la finalidad de actualizar y ampliar los conocimientos; fortaleciendo las capacidades y practicas cotidianas con el propósito de mejorar el desempeño en el trabajo de campo.

Una de las capacitaciones dirigidas al talento humano es la de medidas antropométricas enfocada especialmente a las auxiliares de enfermería quienes son las encargadas de realizar la toma de medidas.

Para el desarrollo de esta capacitación se realizó inicialmente una revisión bibliográfica donde se determinaron los temas más importantes y relevantes que debían ser expuestos durante la capacitación, seguidamente se elaboró el material visual utilizando herramientas tecnológicas como power point e internet. En donde se contempla información como:

- Definición del estado nutricional
- Definición de antropometría
- Definición e importancia de valoración nutricional por antropometría
- Definición de medidas antropométricas
- Toma de medidas antropométricas
- Generalidades de la toma del peso
- Generalidades de la medida de la talla
- Perímetro braquial
- Resolución 2465 del año 2016

- Indicadores antropométricos
- Puntos de corte
- Graficas peso para la talla en niños y niñas
- IMC para la edad gestacional
- Gráficas IMC para la edad gestacional

Inicialmente, se llevó a cabo la aplicación de un pre test con la finalidad de conocer los saberes previos de los asistentes acerca del tema. Continuando con la capacitación se dio la explicación de cada uno de los temas, dando a conocer el concepto del estado nutricional que es la Ingesta de energía y nutrientes y el gasto causado por los requerimientos nutricionales. Luego de ello, se definió la antropometría como la ciencia que se encarga de la medición del cuerpo humano que nos permite analizar la composición corporal de cada persona y así mismo, se definió el termino de valoración nutricional por antropometría como un proceso mediante el cual se determina el estado nutricional de cada individuo a través de la toma de medidas antropométricas con el objetivo de identificar posibles alteraciones nutricionales tanto por déficit como por exceso. También se mencionó la definición de las medidas antropométricas, las cuales son técnicas no invasivas, rápidas, sencillas y económicas utilizadas para determinar la composición del cuerpo de cada individuo y así mismo permite la valoración nutricional por antropometría. Luego de ello, se especificó cada uno de los instrumentos para la toma de medidas. Posteriormente se explicó la técnica correcta para la toma del peso y de la talla.

También se realizó una explicación de los puntos de cortes para los indicadores antropométricos y finalmente se dio a conocer las gráficas y la manera adecuada para graficar de acuerdo a la población objeto, con su debida interpretación.

Posteriormente, se realizó el post test que tiene por objetivo saber si la información suministrada ha sido entendida por la población objeto, el cual consistió en la entrega de una hoja con las mismas preguntas que se hicieron en el pre test.

Para finalizar se realizó un taller en grupos sobre clasificación nutricional, este contenía tres casos clínicos (uno de niña, uno de niño y uno de mujer gestante), tres de los grupos estaban conformados por dos personas y uno de los grupos estaba conformado por tres personas, luego de la conformación de estos grupos se realizó la entrega de los casos clínicos y las rejillas de la resolución 2465 del 2016 para que

desarrollaran el taller donde debían realizar la clasificación nutricional. Posteriormente se realizó la entrega de un refrigerio dando por terminada la capacitación al talento humano de las Unidades de Búsqueda Activa.

RESULTADOS

- Número de actividades del taller de medidas antropométricas ejecutadas/ Número de actividades del taller de medidas antropométricas programadas x100

$$\frac{4}{4}x100 = 100\%$$

Se presentó el cumplimiento del 100% de las actividades programadas para el desarrollo del taller de medidas antropométricas

  - Aplicación pre test
  - Desarrollo del taller de medidas antropométricas
  - Aplicación postest
  - Actividad práctica “casos clínicos”

- Número de participantes/Total de participantes convocadosx100

$$\frac{9}{9}x100 = 100\%$$

Se encontró que el 100% equivalente a 9 personas del esquipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa que fueron convocadas asistieron al taller de medidas antropométricas.

- Número de participantes que respondieron el pretest /Total de asistentes al taller x100

$$\frac{9}{9}x100 = 100\%$$

Se encontró que el 100% equivalente a 9 personas del equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa que asistieron al taller de medidas antropométricas respondieron al pre test.

- Número de participantes que respondieron el postest /Total de asistentes al taller x100

$$\frac{9}{9}x100 = 100\%$$

Se encontró que el 100% equivalente a 9 personas del equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa que asistieron al taller de medidas antropométricas respondieron al post test.

- Número de participantes que desarrollaron la actividad práctica /Total de asistentes al taller x100

$$\frac{9}{9}x100 = 100\%$$

Se encontró que el 100% equivalente a 9 personas del equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa que asistieron al taller de medidas antropométricas desarrollaron la actividad práctica "casos clínicos".

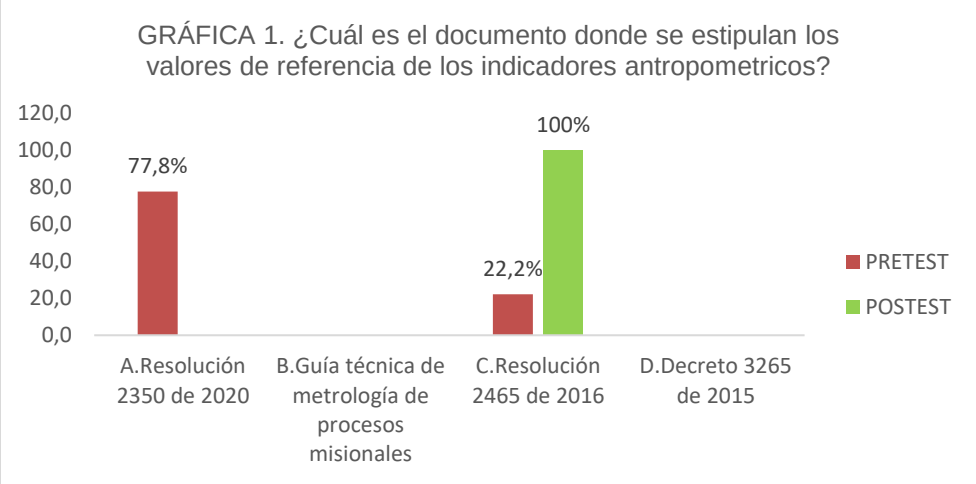
ANÁLISIS DEL PRETEST Y POSTEST

TABLA Nº1 PRIMERA PREGUNTA DEL PRETEST

PRE-TEST		
1. ¿Cuál es el documento donde se estipulan los valores de referencia de los indicadores antropométricos		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Resolución 2350 de 2020	7	77,8%
B. Guía técnica de metrología de procesos misionales	0	
C.Resolución 2465 de 2016	2	22,2%
D. Decreto 3265 de 2015	0	
Total	9	100%

TABLA N°2 PRIMERA PREGUNTA POST TEST

POST-TEST		
1. ¿Cuál es el documento donde se estipulan los valores de referencia de los indicadores antropométricos		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Resolución 2350 de 2020	0	0,0%
B. Guía técnica de metrología de procesos misionales	0	
C.Resolución 2465 de 2016	9	100,0%
D. Decreto 3265 de 2015	0	
Total	9	100%



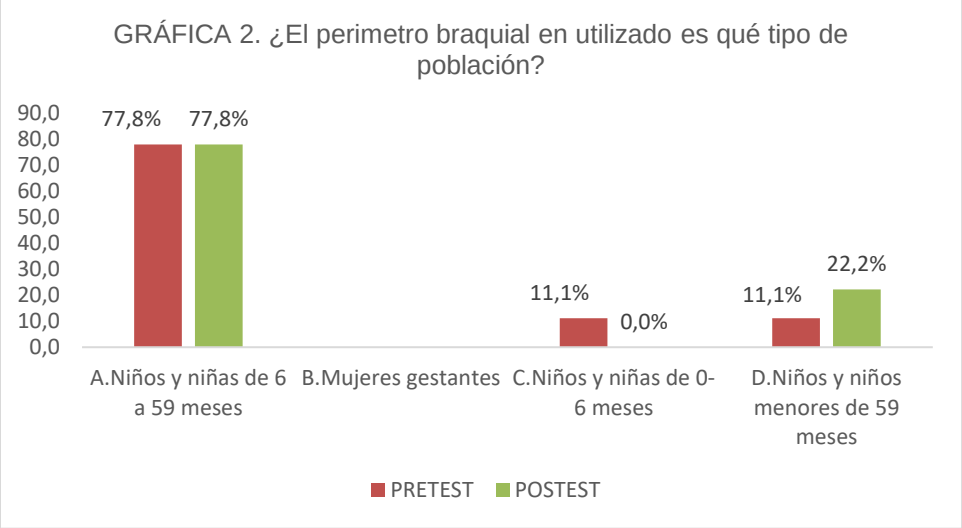
De acuerdo a la gráfica anterior se observan las respuestas obtenidas en el pre test y el post test correspondiente a la primera pregunta, donde se evidencia que en el pre test la población objeto no tenían claro cuál era el documento en donde se estipulan los valores de referencia de los indicadores antropométricos, ya que, solo el 22,2% del total del equipo interdisciplinario conocía la respuesta correcta y tras la capacitación mediante la aplicación del post test se evidencio que el 100% de la población objeto tenían conocimiento de la respuesta, indicando que la resolución 2465 de 2016 es aquella donde se estipulan los valores de referencia de los indicadores antropométricos.

TABLA Nº3 PRIMERA PREGUNTA DEL PRETEST

PRE TEST		
2. El perímetro braquial es utilizado es qué tipo de población?		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Niños y niñas de 6 a 59 meses	7	77,8%
B. Mujeres gestantes	0	0%
C. Niños y niñas de 0-6 meses	1	11,1%
D. Niños y niños menores de 59 meses	1	11,1%
Total	9	100%

TABLA N°4 SEGUNDA PREGUNTA POST TEST

POST -TEST		
2. El perímetro braquial es utilizado es qué tipo de población?		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Niños y niñas de 6 a 59 meses	7	77,8%
B. Mujeres gestantes	0	0%
C.Niños y niñas de 0-6 meses	0	0
D.Niños y niños menores de 59 meses	2	22,2%
Total	9	100%



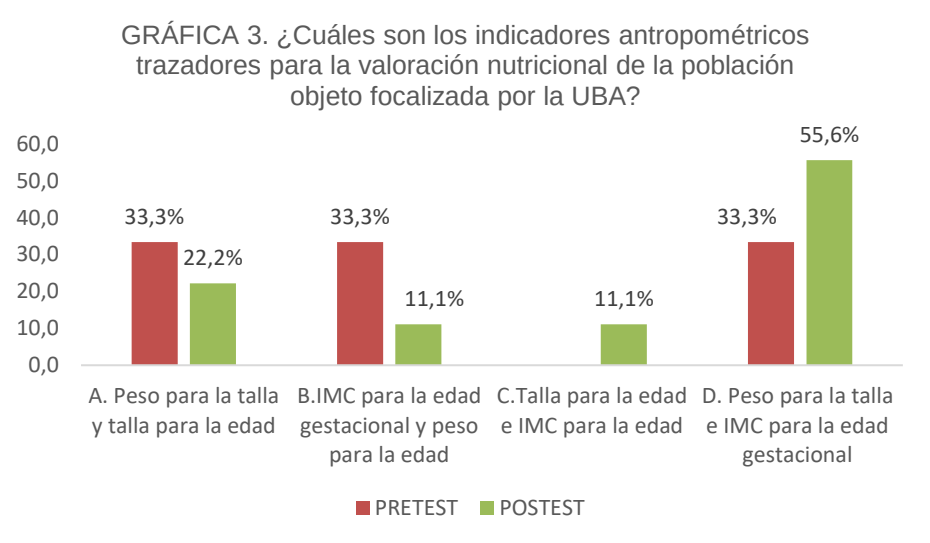
De acuerdo con los resultados en la gráfica anterior se observan las respuestas a la segunda pregunta en el pre test y post test. En el pre test y post test los resultados fueron los mimos, en donde la mayor parte del equipo interdisciplinario con un 77,8% conoce la edad de la población a la cual se aplica la medida del perímetro braquial, y en una menor proporción con 22,2% en el post test indicaron una respuesta es incorrecta dado que posiblemente los estudiantes de nutrición y dietética no fueron claros con la información brindada al equipo interdisciplinario.

TABLA N°5 TERCERA PREGUNTA PRE TEST

PRE-TEST		
3. Cuáles son los indicadores antropométricos trazadores para la valoración nutricional de la población objeto focalizada por la UBA?		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Peso para la talla y talla para la edad	3	33,3%
B.IMC para la edad gestacional y peso para la edad	3	33,3%
C.Talla para la edad e IMC para la edad	0	0,0%
D. Peso para la talla e IMC para la edad gestacional	3	33,3%
Total	9	100%

TABLA N°6 TERCERA PREGUNTA POST TEST

POST -TEST		
3. Cuáles son los indicadores antropométricos trazadores para la valoración nutricional de la población objeto focalizada por la UBA?		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Peso para la talla y talla para la edad	2	22,2%
B.IMC para la edad gestacional y peso para la edad	1	11,1%
C.Talla para la edad e IMC para la edad	1	11,1%
D. Peso para la talla e IMC para la edad gestacional	5	55,6%
Total	9	100%



De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica anterior, podemos evidenciar los resultados de la pregunta número tres, en cuanto al pre test realizado el 66,6% de

la población objeto respondieron incorrectamente y solo el 33,3% respondieron correctamente. Después de la capacitación fue realizado el post test en donde aumentaron el número de respuestas correctas con un 55,6% lo que quiere decir que las indicaciones dadas por los nutricionistas dietistas en formación fueron acertadas en donde los indicadores antropométricos utilizados por las UBA es peso para la talla e IMC para la edad gestacional, aunque el 44,3% de la población no acertó en la respuesta, posiblemente este resultado se debe a que la información brindada por los Nutricionista Dietista en formación, no fue totalmente clara para la población objeto.

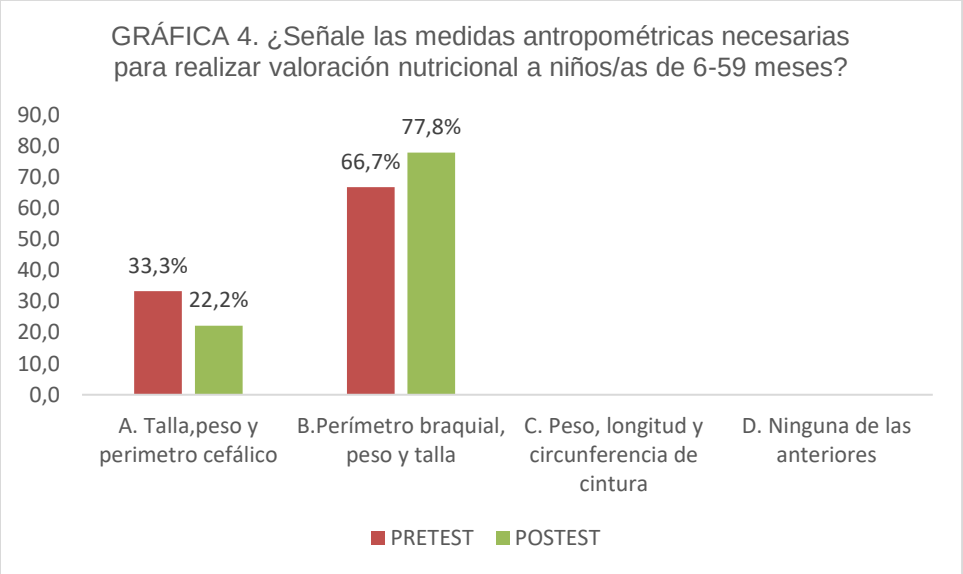
TABLA N°7 CUARTA PREGUNTA PRE TEST

PRETEST		
4. Señale las medidas antropométricas necesarias para realizar valoración nutricional a niños/as de 6-59 meses		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Talla, peso y perímetro cefálico	3	33,3%
B. Perímetro braquial, peso y talla	6	66,7%
C. Peso, longitud y circunferencia de cintura	0	0,0%
D. Ninguna de las anteriores	0	0%
Total	9	100%

TABLA N°8 CUARTA PREGUNTA POST TEST

POST TEST		
4. Señale las medidas antropométricas necesarias para realizar valoración nutricional a niños/as de 6-59 meses		
PREGUNTA	**FRECUENCIA**	**PORCENTAJE**
A. Talla, peso y perímetro cefálico	2	22,2%
B. Perímetro braquial, peso y talla	7	77,8%

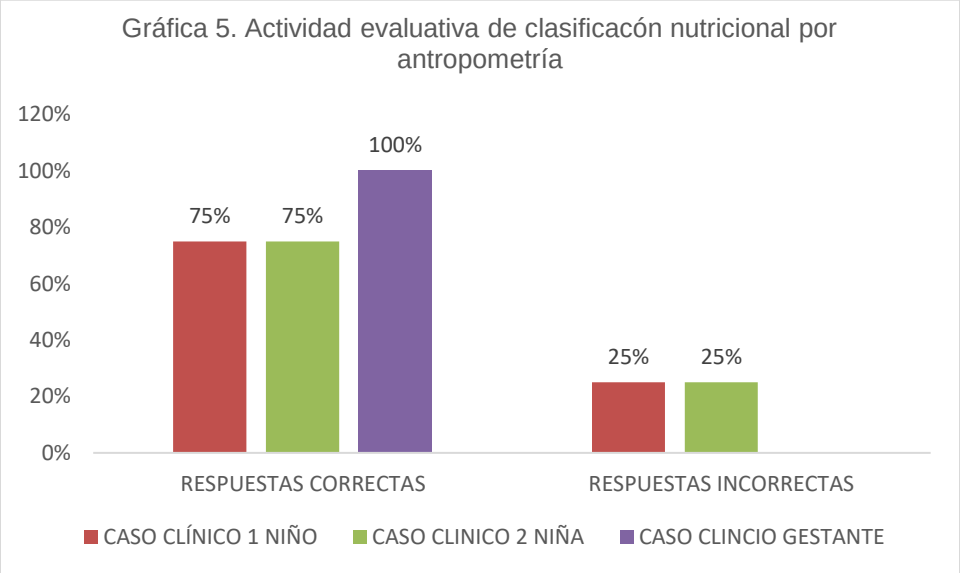
C. Peso, longitud y circunferencia de cintura	0	0,0%
D. Ninguna de las anteriores	0	0%
Total	9	100%



De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica número 4, con la pregunta de cuáles son las medidas antropométricas necesarias para la realización de la valoración nutricional de niños y niñas de 0-59 meses. Se evidenció en el pre test que la mayoría de la población objeto con un 66,7% respondieron la respuesta correcta el cual se utiliza para niños medidas de perímetro braquial, peso y talla, y una menor proporción 33,3% respondieron la respuesta incorrecta. También se evidenció que los resultados del post test aumentaron el porcentaje de la respuesta correcta el cual el 77,8, y un 22,2% de la población respondió talla, peso y perímetro cefálico, el cual es incorrecto, debido a que la información suministrada no fue la indicada para que lo conocimientos quedaran claros.

TABLA N°9 CASOS CLÍNICOS

	CASO CLINICO 1		CASO CLINICO 2		CASO CLINICO 3	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
RESPUESTAS CORRECTAS	3	75%	3	75%	4	100%
RESPUESTAS INCORRECTAS	1	25%	1	25%	0	0%
TOTAL	4	100%	4	100%		



En la actividad realizada por los Nutricionistas Dietistas en formación se organizó a la población objeto por grupos el cual se les dio a cada uno de los integrantes 3 casos clínicos junto con las rejillas de resolución 2465 de 2016 para que realizarán la clasificación nutricional. De acuerdo con los datos obtenidos en la gráfica anterior

se puede evidenciar que el primer caso clínico número uno que corresponde al caso clínico de un niño con diagnóstico nutricional es de sobrepeso, el cual el 75% de la población objeto respondió adecuadamente y el 25% la respuesta fue incorrecta, esto debido a que la población objeto no tuvo en cuenta las indicaciones dadas por los capacitadores.

También se evidenció que en el caso clínico número 2 que es el de una niña, en donde su diagnóstico nutricional es desnutrición aguda moderada, del total de la población el 75% de la población objeto, la respuesta fue correcta y solo el 25% de la población obtuvo una respuesta incorrecta.

Finalmente, el caso numero 3 corresponde a un caso nutricional de una mujer gestante, en donde el diagnostico nutricional es sobrepeso para la edad gestacional, se evidenció que el 100% de la población objeto, la respuesta fue correcta.

PROGRAMA RADIAL

El programa radial tenía como finalidad informar a una gran cantidad de personas en especial la población de las zonas rurales y rurales dispersas del municipio de San José de Cúcuta sobre la labor que desempeñan las Unidades de Búsqueda Activa en estas zonas, las cuales tienen el objetivo de fortalecer la identificación, captación y gestionar la atención oportuna de las niñas y niños con desnutrición aguda y riesgo de desnutrición aguda; así como de mujeres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, en zonas rurales y rurales dispersas; además, brindar información sobre la importancia de ofrecer una adecuada alimentación durante la gestación y la primera infancia ya que este es un pilar fundamental que contribuye al adecuado estado nutricional de cada individuo y así mismo, está directamente relacionado con la disminución de casos de muerte por desnutrición.

Esta actividad fue dirigida a la población en general pero especialmente las que se encuentran ubicadas en las zonas rurales y rurales dispersas del municipio anteriormente mencionado, la cual se desarrolló con el fin de que la población conociera la labor social del Operador Centro Cristiano, además, la labor que desempeñan las Unidades de Búsqueda Activa en los municipios priorizados del

departamento de Norte de Santander por presentar mayores eventos de niños y niñas de 0-59 meses con riesgo de desnutrición aguda y desnutrición aguda.

Para el desarrollo de esta actividad primero se realizó la solicitud de un espacio radial a el grupo de comunicaciones más y en específico a la Emisora Frecuencia F, la cual pertenece a la Iglesia Centro Cristiano, una vez aprobado se definió la fecha y la hora en la que se podía ser partícipe del espacio radial.

De esta manera, una vez en el lugar los Nutricionistas Dietistas en formación en compañía del director del programa Hola Frecuencia F, dieron inicio a la actividad con una breve presentación y haciendo énfasis en los temas a tratar para dicho espacio radial, teniendo en cuenta las diferentes condiciones que se pudieron observar en la población objeto; la temática estaba enfocada acorde a temas referentes en alimentación y nutrición de acuerdo a cada una de las etapas de la vida los niños y niñas de 0- 59 meses de edad como también en las madres gestantes con el fin de concientizar sobre los posibles efectos adversos que puede tener una alimentación deficiente, dentro de los temas a tratar estaban:

- ¿Que son las Unidades de Búsqueda Activa?
- ¿Objetivo de las Unidades de Búsqueda Activa?
- ¿Dónde realizaban las actividades las Unidades de Búsqueda Activa?
- ¿Qué es la desnutrición?
- ¿Cómo prevenir la desnutrición?
- Salud y nutrición en mujeres gestantes
- Lactancia materna
- Beneficios de la lactancia materna (Para la madre y el bebé)
- Alimentación complementaria
- Recomendaciones de las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) población menor de 2 años
- Recomendaciones de las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) población mayor de 2 años.

Cada una de estas recomendaciones fueron expuestas con profundidad y de manera clara con el fin de que la población comprendiera la información suministrada, así mismo se abrió un espacio donde la población pudiera preguntar

sobre diversos temas, finalmente se realizó una breve despedida por parte de los nutricionistas dietistas en formación dando las gracias por la oportunidad de ser partícipes del espacio radial.

RESULTADOS

INDICADORES

- Número de actividades para el desarrollo del programa radial ejecutadas/ Número de actividades para el desarrollo del programa radial programadas x100

$$\frac{2}{2}x100 = 100\%$$

Se cumplió con el 100% de las actividades programadas para el desarrollo del programa radial:

- Guion programa radial “Buenas prácticas de alimentación”
- Programa radial “Buenas prácticas de alimentación”

CAPACITACIÓN ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

La capacitación de estilos de vida saludables desarrollada con la finalidad de dar a conocer las características, condiciones y diferentes determinantes de la salud que hacen parte fundamental en la vida diaria y contribuyen de forma positiva al desarrollo de un estado de salud adecuado y saludable.

Esta capacitación fue dirigida al talento humano que labora con el operador Centro Cristiano. El desarrollo de la actividad se realizó en tres momentos:

Inicialmente, se pidió a los asistentes que diligenciaran un pretest que contenía preguntas con el fin de conocer los saberes previos que tenían acerca del tema a exponer. Luego, se dio a conocer el concepto de estilo de vida los cuales son patrones de conducta que caracterizan la manera general de vivir de un individuo o grupo; además, son considerados saludables cuando estos patrones en conjunto ayudan a añadir años a la vida y si hace menos probable la aparición de

enfermedades o incapacidades. Seguido de esto, se contextualizó sobre los modos los cuales expresan las características generales de las comunidades, las condiciones que son los contextos influyen en la manera en que las personas y comunidades desarrolla sus condiciones de vida y estilos que se construyen a partir de conductas que se repiten regularmente, se aprenden y son acogidas como parte de la rutina diaria de las personas.

Continuando, se explicó el diagrama de arcoíris donde se evidencian los determinantes sociales de la salud donde se plasman las condiciones modificables y no modificables que influyen en el estado de salud de los individuos. Por otro lado, los factores que influyen en los estilos de vida saludable de los individuos como son, nutrición y alimentación saludable, desarrollo de actividad física, peso saludable, prevención de consumo de alcohol o tabaco, lavado de manos, hábitos de sueño y la salud visual, bucal y auditiva. (MinSalud)

- **Alimentación saludable:** Es aquella que proporciona los nutrientes que el cuerpo necesita para mantener el buen funcionamiento del organismo, conservar o restablecer la salud en cada etapa de la vida, entre sus características encontramos que debe ser completa por lo que debe contener todos los macronutrientes, micronutrientes, agua y fibra; equilibrada porque incluye las cantidades adecuadas de los grupos de alimentos, los cuales al ser combinados aportan la proporción de nutrientes para promover el crecimiento y /o mantenimiento de la salud; suficiente en energía y nutrientes que promueva en los niños el crecimiento, la producción de leche durante la lactancia y el mantenimiento de un peso saludable en todas las etapas del curso de vida; adecuada ya que, se ajusta a los gustos, preferencias, recursos económicos y hábitos alimentarios de los individuos e Inocua porque es libre de contaminantes, sustancias tóxicas y otros factores que van en detrimento del estado de salud de quien la consume. (Ministerio de Salud y Protección Social)

Tras contextualizar sobre el término de alimentación saludable se dieron a conocer las nueve recomendaciones indicadas por las Guías alimentarias basadas en alimentos para llevar a cabo una adecuada alimentación en todos los individuos. Seguido de esto, se llevó a cabo una pausa activa para la cual los asistentes debían

llenar una sopa de letras a través de la plataforma virtual educaplay. Se continúo hablando sobre otro de los factores que influyen en los estilos de vida saludable:

- **Peso saludable:** Es el equilibrio entre las calorías consumidas y el gasto energético y se indicaron algunas recomendaciones para mantener un peso adecuado.
- **Actividad física:** Se inició este subtema indicando a que hacia referencia el sedentarismo y su prevalencia en Colombia que es del 72,7%, luego, se dieron a conocer los beneficios de practicar actividad física regularmente, así como, las recomendaciones estipuladas por la OMS la cual, indica que se debe Realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada y al menos 72 minutos semanales de ejercicio de alta intensidad. (Organización Mundial de la Salud, 2020)

Tras terminar con este subtema se llevó a cabo una pausa activa donde se realizaron algunos ejercicios de estiramiento. A continuación, se habló sobre otro de los factores que influyen en los estilos de vida saludable:

- **Hábito de sueño:** El sueño interviene en la restauración del sistema nervioso central y nos permite restablecer funciones físicas y psicológicas por lo cual, se recomienda que un adulto debe dormir de 7-8 horas, a medida que envejecemos el sueño se hace más frágil y se interrumpe con mayor facilidad.
- **Prevención del consumo de tabaco:** Se inició hablando sobre el consumo de tabaco e indicando que esta es la primera causa evitable de enfermedad, invalidez y muerte prematura en el mundo. Además, se mencionó la ley 1335 de 2019 la cual tiene como objetivo garantizar el derecho a la salud de la población, en especial de los niños, niñas y adolescentes, protegiéndolos de los efectos del consumo de tabaco y sus derivados, así como de la exposición al humo de cigarrillo. Por último, se dan a conocer algunas recomendaciones para dejar de fumar.
- **Prevención del consumo de alcohol:** Se inició indicando que el consumo de alcohol es un factor causal de más de 200

enfermedades y trastornos; además, está asociado con el riesgo de desarrollar problemas de salud tales como trastornos mentales y comportamentales. Luego de esto, se dieron a conocer algunas recomendaciones para dejar de consumir alcohol.

- **Lavado de manos:** Se dio a conocer la importancia de realizar el lavado de manos regularmente.
- **Salud visual, bucal y auditiva:** Se dio a conocer algunas recomendaciones para mantener un adecuado estado de salud visual, bucal y auditiva.

Tras terminar con estos subtemas, se llevó a cabo una pausa activa con el fin de descansar un poco los ojos. Por último, se contextualizó sobre los entornos laborales saludables, ya que, promueve y protege la salud, seguridad y bienestar de los trabajadores y la sustentabilidad del ambiente de trabajo con base a indicadores de salud y bienestar, relacionados al ambiente físico, medio psicosocial y cultural, para esto se debe tener en cuenta el medio psicosocial, espacio físico y las relaciones interpersonales.

Para terminar, se realizó el post test que tiene por objetivo saber si la información suministrada ha sido entendida por la población objeto, el cual consistió en la entrega de una hoja con las mismas preguntas que se hicieron en el pre test.

RESULTADOS:

- Número de actividades de la capacitación de estilos de vida saludable ejecutadas/ Número de actividades de la capacitación de estilos de vida saludable programadas x100

$$\frac{4}{4}x100 = 100\%$$

Se cumplió con el 100% de las actividades programadas para la capacitación de estilos de vida saludable:

- Aplicación del pretest
- Desarrollo de la temática “Estilos de vida saludable”
- Actividad lúdica
- Aplicación postest

- Número de participantes / Total de personas convocadasx100

$$\frac{131}{186}x100 = 70,4\%$$

Se evidenció que del 100% de personas convocadas para la capacitación asistió el 70,4% equivalente a 131 personas del talento humano del operador centro cristiano.

- Número de personas que aplicaron el pretest de la capacitación de estilos de vida saludable / Total de asistentes a la capacitación de estilos de vida saludable x100

$$\frac{130}{131}x100 = 99,2\%$$

Se evidenció que del 100% de personas asistentes a la capacitación el 99,2% equivalente a 130 personas del talento humano del operador centro cristiano respondieron las preguntas del pretest de estilos de vida saludable.

- Número de personas que aplicaron el postest de la capacitación de estilos de vida saludable / Total de asistentes a la capacitación de estilos de vida saludable x100

$$\frac{95}{131}x100 = 72,5\%$$

Se evidenció que del 100% de personas asistentes a la capacitación el 72,5% equivalente a 95 personas del talento humano del operador centro cristiano respondieron las preguntas del postest de estilos de vida saludable.

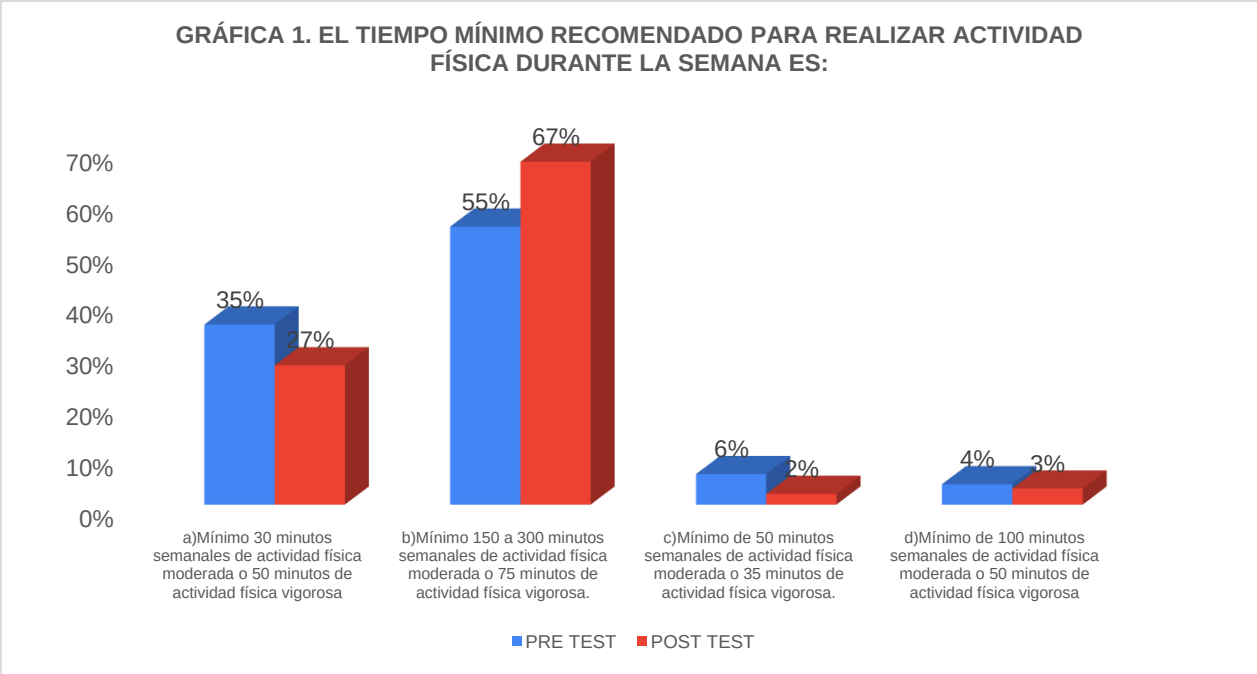
ANÁLISIS DE PRETEST Y POSTEST

Tabla N° 1. Primera pregunta pre test

PRE TEST		
1) El tiempo mínimo recomendado para realizar actividad física durante la semana es:		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje %**
a) Mínimo 30 minutos semanales de actividad física moderada o 50 minutos de actividad física vigorosa	46	35%
b) Mínimo 150 a 300 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa.	71	55%
c)Mínimo de 50 minutos semanales de actividad física moderada o 35 minutos de actividad física vigorosa.	7	6%
d)Mínimo de 100 minutos semanales de actividad física moderada o 50 minutos de actividad física vigorosa	6	4%
TOTAL	130	100%

POST TEST		
1) El tiempo mínimo recomendado para realizar actividad física durante la semana es:		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje %**
a) Mínimo 30 minutos semanales de actividad física moderada o 50 minutos de actividad física vigorosa	26	27%
b) Mínimo 150 a 300 minutos semanales de actividad física moderada o 75 minutos de actividad física vigorosa.	64	67%
c) Mínimo de 50 minutos semanales de actividad física moderada o 35 minutos de actividad física vigorosa.	2	2%
d) Mínimo de 100 minutos semanales de actividad física moderada o 50 minutos de actividad física vigorosa	3	3%
TOTAL	95	100%

Tabla N° 2. Primera pregunta post test



De acuerdo a la gráfica anterior se observan las respuestas obtenidas en el pre test y el post test correspondiente a la primera pregunta, la cual se puede evidenciar que más de la mitad de los encuestados con un 55 % respondieron de forma correcta a este interrogante es decir que conocen el tiempo mínimo recomendado para realizar actividad física durante la semana, así mismo luego de realizar la capacitación se pudo evidenciar un aumento de esta cifra ya que el 67 % de la población que asistió y diligenció el postest respondieron correctamente el mismo interrogante, lo que refleja que una proporción considerable de la población capto adecuadamente la información que se quiso transmitir y mejoraron sus conocimientos en cuanto a los estilos de vida saludable, en cuanto a las respuestas incorrectas podemos ver que un porcentaje menor del 35 % en el caso del pretest y un 27 % en el post test para la opción de respuesta a) mínimo 30 minutos semanales de actividad física moderada, seguidamente encontramos un porcentaje del 6 % que corresponde a la población objeto que selecciono la opción de respuesta c)

mínimo 50 minutos de actividad física moderada o 35 minutos de actividad física vigorosa seguidamente del 2% correspondiente a la proporción de la población objeto que selecciono la misma opción de respuesta cuando se les aplicó el postest, así mismo en con un porcentaje del 4 % encontramos a la población objeto que seleccionó la opción de respuesta d) Mínimo 100 minutos semanales de actividad física moderada o 50 minutos de actividad física vigorosa y por ultimo con un 3 % encontramos a la población objeto que opto por seleccionar la misma respuesta para este interrogante.

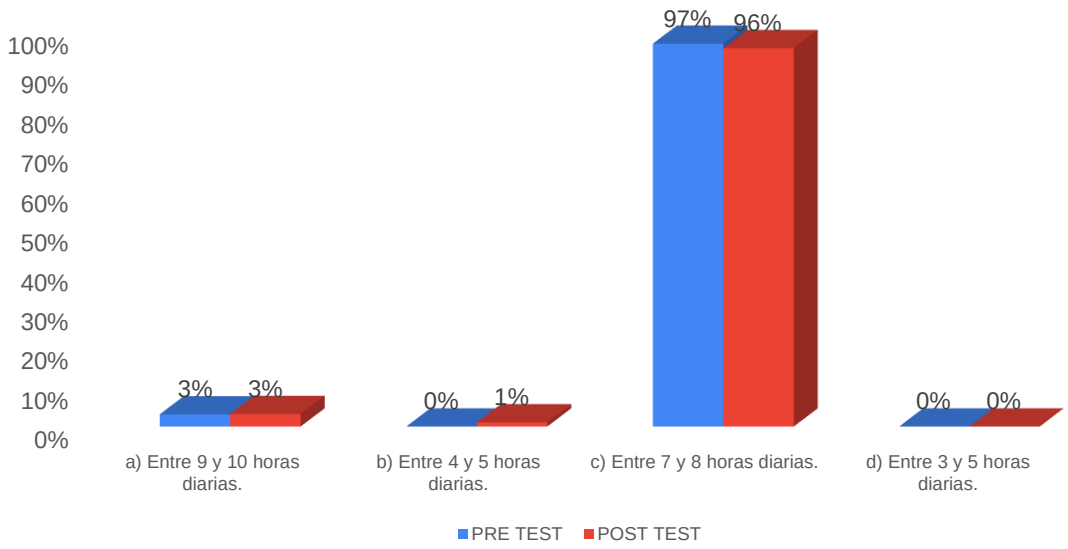
Tabla N°3. Segunda pregunta Pre Test

PRE TEST		
2) ¿Cuál es la recomendación mínima de horas de sueño para los adultos?		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Entre 9 y 10 horas diarias.	4	3%
b) Entre 4 y 5 horas diarias.	0	0%
c) Entre 7 y 8 horas diarias.	126	97%
d) Entre 3 y 5 horas diarias.	0	0%
TOTAL	130	100%

Tabla N° 4. Segunda pregunta Post Test

POS TEST		
2) ¿Cuál es la recomendación mínima de horas de sueño para los adultos?		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Entre 4y 5 horas diarias.	1	1%
b) Entre 7y 8 horas diarias.	91	96%
c) Entre 9 y 10 horas diarias.	3	3%
d) Entre 3 y 5 horas diarias.	0	0%
TOTAL	95	100%

GRÁFICA 2. ¿CUÁL ES LA RECOMENDACIÓN MÍNIMA DE HORAS DE SUEÑO PARA LOS ADULTOS?



De acuerdo con los resultados en la gráfica anterior se observan las respuestas a la segunda pregunta, en cuanto al pre test podemos observar que el interrogante ¿Cuál es la recomendación mínima de horas de sueño para los adultos? fue resuelta correctamente por la mayor parte de la población capacitada con una proporción del 97 %, cifra que posiblemente se deba a que estas personas ya han sido capacitados en otras ocasiones acerca de este tema, seguidamente de haber realizado la capacitación se aplicó el post tes para el cual también podemos observar una cifra similar del 96 %correspondiente a el número de individuos que seleccionaron la misma opción de respuesta para este interrogante cifra que no refleja muy pocos cambios, pero esta cifra puede distorsionarse y esto podría ser causa del menor número de personas que resolvieron el post test, así mismo encontramos con un porcentaje menor del 3 % de la población objeto que selecciono la opción de respuesta incorrecta a)Entre 9 y 10 horas diaria, cifras que podrían ser atribuidas a la falta de atención y concentración durante la capacitación ya que esta se realizó a través de una plataforma virtual y este pudo ser un factor de distracción y de absentismo de la población objeto como se evidencio a la hora de aplicar el post

test ya que en este participó un menor número de individuos en comparación con la aplicación del pretest, por ultimo también podemos observar una proporción del 1 % que pertenece a la población objeto que durante la aplicación del post test seleccionaron la opción de respuesta b) entre 4 y 5 horas diarias.

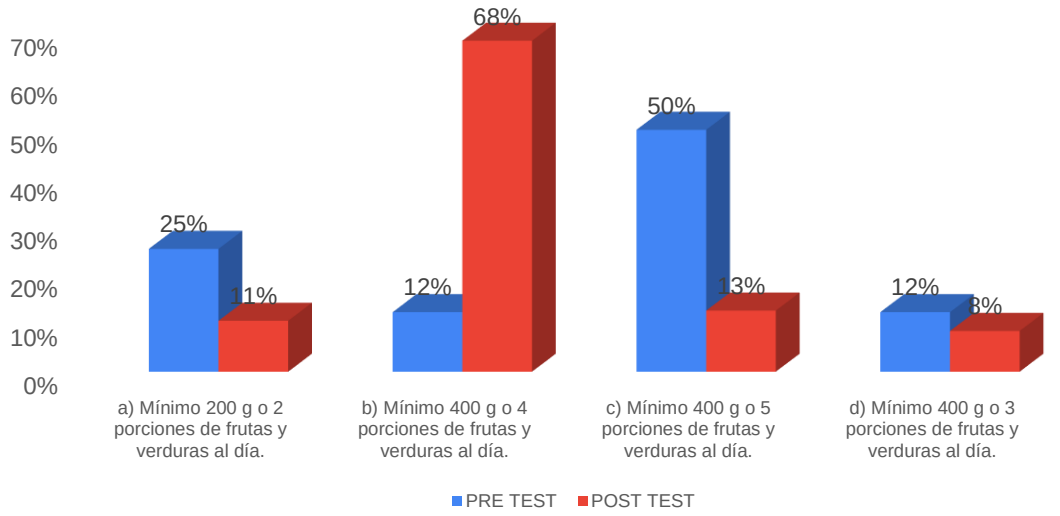
Tabla N° 5. Tercera pregunta Pre Test

PRE TEST		
3) Para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y garantizar una ingesta diaria suficiente de fibra dietética es importante consumir:		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Mínimo 200 g o 2 porciones de frutas y verduras al día.	33	25%
b) Mínimo 400 g o 4 porciones de frutas y verduras al día.	16	12%
c) Mínimo 400 g o 5 porciones de frutas y verduras al día.	65	50%
d) Mínimo 400 g o 3 porciones de frutas y verduras al día.	16	12%
TOTAL	130	100%

Tabla N° 6. Tercera pregunta Post Test

PRE TEST		
3) Para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y garantizar una ingesta diaria suficiente de fibra dietética es importante consumir:		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Mínimo 200 g o 2 porciones de frutas y verduras al día.	10	11%
b) Mínimo 400 g o 4 porciones de frutas y verduras al día.	65	68%
c) Mínimo 400 g o 5 porciones de frutas y verduras al día.	12	13%
d) Mínimo 400 g o 3 porciones de frutas y verduras al día.	8	8%
TOTAL	95	100%

GRÁFICA 3. PARA REDUCIR EL RIESGO DE DESARROLLAR ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y GARANTIZAR UNA INGESTA DIARIA SUFICIENTE DE FIBRA DIETÉTICA ES IMPORTANTE CONSUMIR:



De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica anterior, podemos evidenciar los resultados de la pregunta número tres obtenidos de la aplicación del pre test, que el 50% de la población respondió de forma acertada al interrogante " Para reducir el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas no transmisibles y garantizar una ingesta diaria suficiente de fibra dietética, es importante consumir " en donde se seleccionó la opción c) Mínimo 400 g o 5 porciones de frutas y verduras , sin embargo podemos observar que luego de haber realizado la capacitación esta opción fue menos seleccionada, ya que se evidencio con un porcentaje del 13% de la población objeto que respondió la opción c) Mínimo 400 g o 5 porciones de frutas y verduras cifra que puede deberse a que hubo un mayor número de individuos que respondieron el pretest lo cual hace que esta cifra parezca menor ya que el pretest fu resuelto por un total de 130 personas, y el postest fue resuelto por un total de solo 95 personas, en cuanto a las respuestas incorrectas podemos observar que en la aplicación del pretest el 12 % de la población objeto seleccionó la opción de respuesta b) Mínimo 4 gr o 4 porciones de frutas y verduras al día así mismo encontramos con el mayor porcentaje del 68% que corresponde a la población objeto que selecciono la misma opción de respuesta b) Mínimo 4 gr o 4 porciones de frutas y verduras al día, seguidamente con un 25 % encontramos a los individuos

que durante la aplicación del pretest seleccionaron la opción de respuesta a) Mínimo 200 gr o 2 porciones de frutas y verdura al día y con con un porcentaje del 12% para el post test observamos a las personas que seleccionaron la misma opción de respuesta para este interrogante, seguidamente con un porcentaje menor del 12 % encontramos a la población objeto que seleccionó la opción de respuesta d) Mínimo 400 gr o 3 porciones de fruta y verduras diarias y por ultimo encontramos un 8% que corresponde a la población objeto que selecciono la misma opción de respuesta para este interrogante en el post test.

Tabla N°7. Cuarta pregunta Pre Test

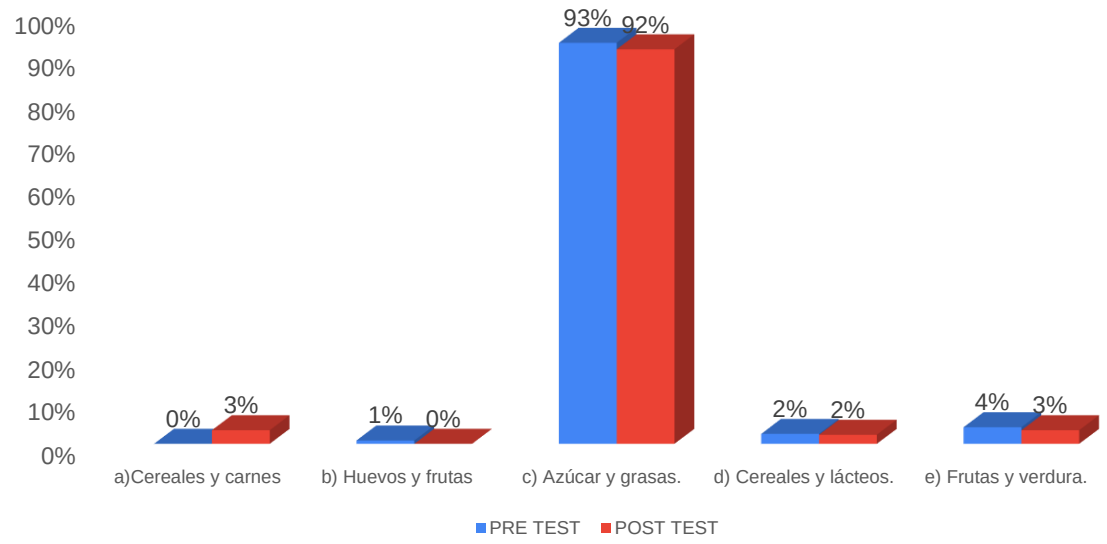
PRE TEST		
4) ¿Cuáles son los grupos de alimentos que se deben incluir en menor proporción en nuestra alimentación?		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Cereales y carnes	0	0%
b) Huevos y frutas	1	1%
c) Azúcar y grasas.	121	93%
d) Cereales y lácteos.	3	2%
e) Frutas y verdura.	5	4%
TOTAL	130	100%

Tabla N° 8. Cuarta pregunta Post Test

POST TEST		
4) ¿Cuáles son los grupos de alimentos que se deben incluir en menor proporción en nuestra alimentación?		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Cereales y carnes	3	3%
b) Huevos y frutas	0	0%
c) Azúcar y grasas.	87	92%

d) Cereales y lácteos.	2	2%
e) Frutas y verdura.	3	3%
TOTAL	95	100%

GRÁFICA 4. ¿CUÁLES SON LOS GRUPOS DE ALIMENTOS QUE SE DEBEN INCLUIR EN MENOR PROPORCIÓN EN NUESTRA ALIMENTACIÓN?



Según los datos obtenidos en la tabla anterior podemos observar los resultados de la pregunta número 4 obtenidos de la aplicación del pre test y el pre test en donde el 93% de la población focalizada seleccionó correctamente la opción de respuesta c) Azúcar y grasas ante el interrogante **¿**Cuáles son los grupos de alimentos que se deben incluir en menor proporción en nuestra alimentación? durante la aplicación del post test estilos de vida saludable, así mismo podemos observar que el 92 % de la población objeto seleccionó la misma opción de respuesta para este interrogante, estas cifras pueden ser producto de la popularidad de estos alimentos ya que comúnmente son conocidos como alimentos poco saludables y la población tiende a relacionarlas con las enfermedades, así mismo se pudo observar con un porcentaje significativamente más bajo del 4 % de la población objeto que seleccionó incorrectamente la opción de respuesta e) Frutas y verduras, aquí mismo

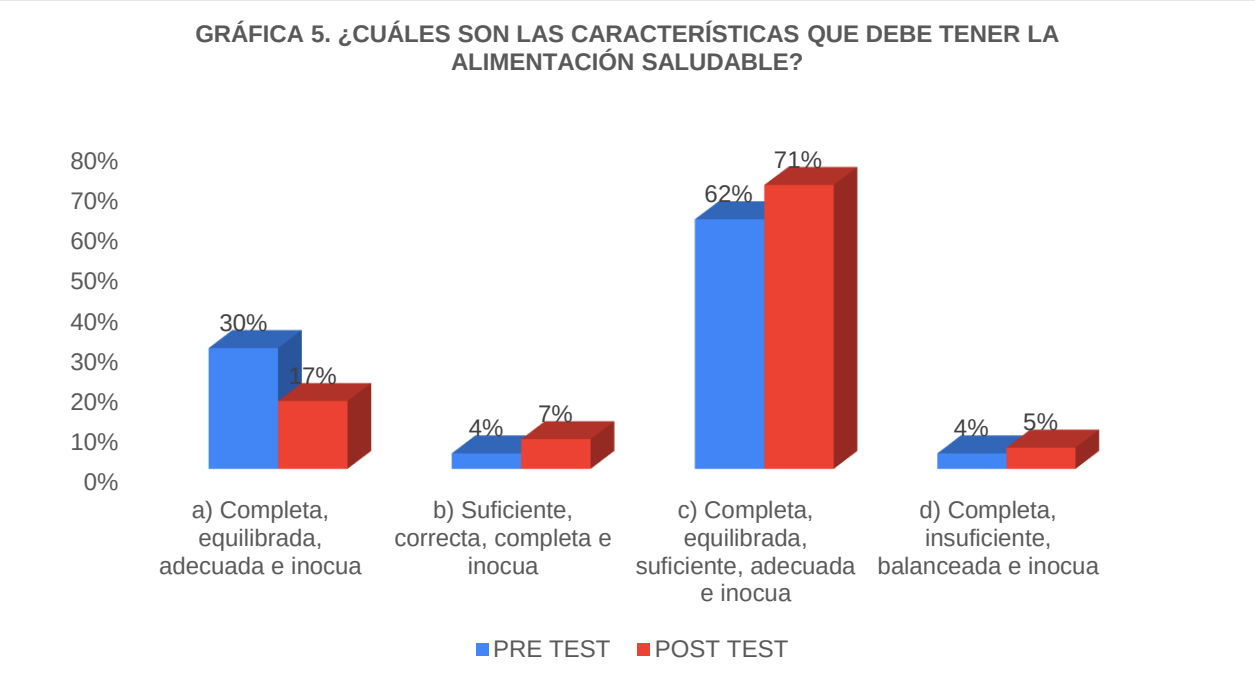
podemos observar con una proporción del 3% que corresponde a los individuos que seleccionaron la misma opción de respuesta para este interrogante durante la aplicación del post test, seguidamente encontramos igualmente un porcentaje del 3 % que corresponde a la población objeto que durante la aplicación del pretest selecciono la opción de respuesta a) cereales y carnes seguidamente de un porcentaje del 2 % que corresponde a la población objeto que durante la aplicación del pretest seleccionó la opción de respuesta d) cereales y lácteos, así mismo observamos un 2 % de la de los individuos que durante la aplicación del pretest seleccionaron la misma opción de respuesta para este interrogante y por último encontramos un porcentaje del 1 % que corresponde a los individuos que durante la aplicación del pretest seleccionaron la opción de respuesta b) huevos y frutas, estas cifras posiblemente se deban a que algunos de los participantes no prestaron la suficiente atención para interiorizar cada uno de los temas tratados durante esta capacitación, otra posible causa podrían ser los problemas de conectividad que pudieron presentar los participantes ya que esta actividad se realizó a través de la modalidad virtual.

Tabla N°9. Quinta pregunta del pre test

PRE TEST		
5) ¿Cuáles son las características que debe tener la alimentación saludable?		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Completa, equilibrada, adecuada e inocua	39	30%
b) Suficiente, correcta, completa e inocua	5	4%
c) Completa, equilibrada, suficiente, adecuada e inocua	81	62%
d) Completa, insuficiente, balanceada e inocua	5	4%
TOTAL	130	100%

Tabla N°10. Quinta pregunta del post test

POST TEST		
5) ¿Cuáles son las características que debe tener la alimentación saludable?		
Opciones de Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**
a) Completa, equilibrada, adecuada e inocua	16	17%
b) Suficiente, correcta, completa e inocua	7	7%
c) Completa, equilibrada, suficiente, adecuada e inocua	67	71%
d) Completa, insuficiente, balanceada e inocua	5	5%
TOTAL	95	100%



De acuerdo a los datos obtenidos en la gráfica numero 5 correspondiente a la pregunta de cuáles son las características que debe tener la alimentación saludable, se evidencio en el pre test que la mayoría de la población con una proporción del 62 % seleccionaron la opción de respuesta correcta c) completa, equilibrada,

suficiente, adecuada e inocua , así mismo se pudo observar con un porcentaje mayor con el 71% seleccionaron la misma opción de respuesta en el post test, cifra que posiblemente sea producto de la falta de atención por parte de la población que se ha evidenciado en el porcentaje de respuestas incorrectas de los demás interrogantes que componen el pretest y el postest, en cuanto a las respuestas incorrectas seguidamente con un porcentaje del 30 % que corresponde a la población objeto que seleccionó como respuesta la opción a) Completa, equilibrada, adecuada e inocua, así mismo se puede observar un porcentaje del 17 % que corresponde a la población objeto que a la hora de resolver el post test seleccionó la misma opción de respuesta para este mismo interrogante , seguidamente con un porcentaje del 4 % encontramos a la población objeto que durante la aplicación del pre test selecciono la opción de respuesta b) , así mismo con un valor levemente mayor encontramos el 7 % de la población que durante la solución del post test seleccionaron la misma opción de respuesta para este interrogante, también se puede observar un 4 % correspondiente a la población que durante la aplicación del pretest seleccionó la opción de respuesta d) completa, insuficiente, balanceada e inocua y por ultimo también se puede evidenciar un 7 % que corresponde a la población objeto que durante la aplicación del post test seleccionaron la misma opción de respuesta.

INFOGRAFÍAS INFORMATIVAS DE SALUD Y NUTRICIÓN

A continuación, se evidencia la actividad correspondiente a la elaboración de Infografías educativas de salud y nutrición que tienen como fin informar en temas de interés en salud al talento humano que hace parte del operador Centro Cristiano teniendo en cuenta las fechas representativas en el ambiente laboral y la relación que estás tienen con la salud.

Durante el desarrollo de la actividad se realizó inicialmente una revisión bibliográfica donde se determinaron los temas más importantes y relevantes que debían ser expuestos en las infografías, con el fin de que la información se presentara de manera puntual, conexa y consecutiva a la comunidad para que de

esta manera el proceso de aprendizaje no fuera tediosa, seguidamente se elaboró el material visual utilizando herramientas tecnológicas y el programa canva. En donde se contempla información relacionada con temas como:

- Día mundial contra el cáncer
- Día internacional de la mujer
- Semana de concientización sobre el consumo de sal
- Día mundial del agua
- Día mundial de la seguridad y salud en el trabajo
- Día mundial de la hipertensión
- Día mundial del medio ambiente
- Semana mundial de la lactancia materna
- Día mundial de la salud mental
- Día mundial contra la obesidad
- Día mundial contra la diabetes
- Estilos de vida saludables
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Día mundial de la alimentación

Una vez terminadas y aprobadas las infografías informativas de salud y nutrición se realizaron el respectivo envió al director del SG-SST para los fines pertinentes.

RESULTADOS DE INDICADORES:

- Numero de infografías realizadas/ Total de infografías programadas x100

$$\frac{17}{17} \; x\; 100 = 100\%$$

Se presentó el cumplimiento del 100% de la elaboración de las infografías programadas de acuerdo a la temática.

- Día mundial contra el cáncer (1)
- Día internacional de la mujer (1)
- Semana de concientización sobre el consumo de sal (1)
- Día mundial del agua (2)

- Día mundial de la seguridad y salud en el trabajo (1)
- Día mundial de la hipertensión (1)
- Día mundial del medio ambiente (2)
- Semana mundial de la lactancia materna (3)
- Día mundial de la salud mental (1)
- Día mundial contra la obesidad (1)
- Día mundial contra la diabetes (1)
- Estilos de vida saludable (1)
- Trastornos de la conducta alimentaria (1)
- Día mundial de la alimentación (1)

- Número de actividades desarrolladas para la entrega del material educativo ejecutadas/ Total de actividades para la entrega del material educativo programadas.

$$\frac{2}{2}\ x\ 100 = 100\%$$

Se presentó el cumplimiento del 100% de las actividades programadas para la entrega del material educativo.

- Diseño de infografías informativas de salud y nutrición
- Diligenciamiento de matriz de formación al talento humano.

CONCLUSIONES

- Las prácticas campos de acción profesional del semestre 2021-2 a pesar de la contingencia sanitaria, se lograron realizar de manera presencial, dando cumpliendo con todas las actividades planteadas en el plan de acción en apoyo a la estrategia del ICBF de las Unidades de Búsqueda Activa la cual está a cargo del Operador Centro Cristiano.
- Los Nutricionistas Dietistas en Formación fortalecieron sus conocimientos y habilidades en un entorno cercano al que próximamente se van a enfrentar como es el laboral en diferentes áreas como la comunitaria, educativa, administrativa, investigativa y académica atendiendo a las necesidades presentadas tanto por el Operador Centro Cristiano, como por la estrategia de Unidades de Búsqueda Activa.
- Mediante el análisis de la caracterización familiar fue posible identificar algunas condiciones en las que viven las familias caracterizadas por las Unidades de Búsqueda Activa y así mismo, reconocer factores de riesgo que generan impacto en la salud de los integrantes de cada familia, como también el impacto directo en el crecimiento y desarrollo de los niños, sobre todo en las zonas rurales donde se encuentra gran cantidad de la población vulnerable.
- Los criterios de seguimiento fueron establecieron con el objetivo de realizar la evaluación o supervisión de las operaciones desarrolladas por las Unidades de Búsqueda Activa con el fin de corroborar que se esté cumpliendo con la totalidad de las indicaciones planteadas en el Lineamiento técnico administrativo estrategia de atención y prevención de la desnutrición y que, a su vez, den cumplimiento a las obligaciones contractuales. De acuerdo con lo anterior, se pudo evidenciar que estas han sido cumplidas a cabalidad por el equipo interdisciplinario de las Unidades de Búsqueda Activa según lo requerido por la regional del ICBF en Norte de Santander
- El reconocimiento de la situación nutricional de las poblaciones permitió identificar posibles problemáticas que se estén presentando en el territorio en especial en la población vulnerable como lo es la primera infancia con el objetivo de minimizar los casos de malnutrición ya sea por déficit o por exceso a través de intervenciones educativas y de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Acuactecnica S.A.S. (20 de Marzo de 2017). *Acuactecnica S.A.S*. Obtenido de https://acuatecnica.com/tratamiento-agua-potable-colombia/

Boletín Epidemiológico Semanal. (Agosto de 2021). *Instituto Nacional de Salud.* Obtenido de Bajo peso al nacer; desnutrición aguda, moderada y severa y vigilancia integrada de la mortalidad por IRA, EDA o DNT: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_31.pdf

Congreso de la República. (2006). *LEY N° 1098 DE 2006.* Obtenido de https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2006/4609.pdf

Congreso de la república de Colombia. (7 de Junio de 2018). Obtenido de Ley 1532 de 2018: https://www.mineducacion.gov.co/1759/articles-357297_recurso_1.pdf

Consejo Nacional de Política Económica y Social. (2008). *Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.* Bogota. Obtenido de https://www.minagricultura.gov.co/Normatividad/Conpes/Conpes%20113%20de%202008.pdf

DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda.*

DANE. (2021). *La información del DANE en la toma de decisiones regionales.* Cúcuta. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/210319-InfoDane-Cucuta-Norte-de-Santander.pdf

Delgado, L. (4 de Diciembre de 2017). *Análisis de los programas sociales en Colombia: evidencia de encuestas a hogares*. Obtenido de https://vox.lacea.org/?q=blog/programas_sociales_colombia

Departamento Administrativo Nacional de Estadisticas. (s.f.). *¿Cómo es la situación de las niñas, adolescentes y mujeres jóvenes en Colombia en el marco de la Agenda 2030?* Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/genero/informes/Informe-situacion-ninas-en-mercado-agenda-2030.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadisticas. (2021). *La información del DANE en la toma de decisiones regionales.* Cúcuta. Obtenido de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/planes-departamentos-ciudades/210319-InfoDane-Cucuta-Norte-de-Santander.pdf

(2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/libro-ensin-2015.pdf

Gastronomica Internacional. (30 de Abril de 2020). *Gastronomica Internacional*. Obtenido de GUÍA SOBRE LA DESCOMPOSICIÓN DE ALIMENTOS Y CÓMO EVITARLO: https://gastronomicainternacional.com/articulos-culinarios/nutricion/descomposicion-de-alimentos/

GESTARSALUD. (23 de Septiembre de 2021). *GESTARSALUD*. Obtenido de https://gestarsalud.com/2021/09/23/embarazo-adolescente-sigue-siendo-mayoritario-en-zonas-rurales-del-pais/#:~:text=Colombia%20logr%C3%B3%20reducir%20la%20tasa,puntos%20entre%202019%20y%202020.&text=En%20Colombia%2C%20las%20adolescentes%20que,que%20reside

Gutierrez, M. C. (2019). *ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS DE MUJERES CABEZA DE FAMILIA EN SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO DEL MUNICIPIO DE SOACHA.* Bogotá. Obtenido de https://bdigital.uexternado.edu.co/bitstream/handle/001/2383/DAA-spa-2019-Aspectos_socioeconomicos_de_mujeres_cabeza_de_familia_en_situacion_de_desplazamiento_del_municipio_de_Soacha?sequence=1&isAllowed=y

Hernández, E., & Vargas, M. (s.f.). *Campus UniSabana*. Obtenido de https://www.unisabana.edu.co/portaldenoticias/al-dia/como-esta-la-desnutricion-infantil-en-colombia/

ICBF. (s.f.). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*. Obtenido de https://www.icbf.gov.co/1000-dias-para-cambiar-el-mundo

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. (2021). *Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, ICBF*. Obtenido de https://www.icbf.gov.co/bienestar/primera-infancia

Lagonell, M. d., Tineo, A. G., Márquez, Y., & Bastardo, L. (s.f). *scolaridad materna y desnutrición del hijo o hija. Centro Clínico Nutricional Menca de Leoni. Caracas.* Obtenido de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-07522005000200004

Meza, T. C., Valor, D. Y., & Moreno, E. F. (2013). Factores que influyen en la desnutrición infantil. *Revista Electrónica de Portales Medicos*. Obtenido de https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/factores-desnutricion-infantil/

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/Calidad-salud-deberes-derechos-mecanismos.aspx

Ministerio de salud y protección social. (s.f). Ciclo de vida. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx

Observatorio de familia. (2020). *Censo de Población y Familia.* Obtenido de https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Boletines/BOLETIN%20No.14.pdf

Observatorio de Políticas de las Familias. (2016). *Tipologías de Familias en Colombia: Evolución 1993 – 2014.* Obtenido de https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Documentos%20de%20trabajo/D3-tipologias-evolucion_dic3-(1).pdf

Registraduría Nacional del Estado Civil. (s.f.). *Registraduría Nacional del Estado Civil*. Obtenido de https://www.registraduria.gov.co/-Identificacion-3685-

Rodríguez, N. R. (s.f.). *Sociedad Colombiana de Pediatría*. Obtenido de https://scp.com.co/editorial/embarazo-en-adolescentes-problema-de-salud-publica-creciente-en-colombia/

Sanchez, J. (8 de Junio de 2020). *Ecología verde*. Obtenido de https://www.ecologiaverde.com/que-son-los-residuos-solidos-y-como-se-clasifican-1537.html

Subdirección de Salud Nutricional, Alimentos y Bebidas. (2017). *Guía de inocuidad de alimentos y bebidas para establecimientos de almacenamiento.* Bogotá. Obtenido de

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/Guia-inocuidad-alimentos-establecimientos-almacenamiento.pdf

Unidad de Proyección Normativa y Estudios de Regulación Financiera . (s.f). *Abece sobre el Programa Ingreso Solidario.*

Universidad de Caldas. (18 de Julio de 2017). *Universidad de Caldas*. Obtenido de http://vip.ucaldas.edu.co/lunazul/index.php/english-version/91-coleccion-articulos-espanol/249-gestion-del-agua-en-comunidades-rurales

Winterhalter. (12 de Julio de 2019). *Winterhalter*. Obtenido de https://www.winterhalter.com/co-es/blog-winterhalter/buenas-practicas-para-el-almacenamiento-de-alimentos/

Organizacion Mundial de la Salud. (9 de junio de 2021). *Organizacion Mundial de la salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Acción contra el hambre. (s.f.). *Acción contra el hambre*. Obtenido de https://www.accioncontraelhambre.org/es/desnutricion-aguda-que-es

Alcaldía de San Jose de Cúcuta. (2021). *DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS, DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA, PARA EL TERCER TRIMESTRE 2021.* Cúcuta.

Alcaldia Villa del Rosario. (2020). *DIAGNOSTICO NUTRICIONAL VIGENCIA 2020 EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS.*

Arcila, J. T. (2021). *Dirección Territorial de Salud .* Obtenido de DESNUTRICIÓN AGUDA, MODERADA Y SEVERA EN MENORES DE 5 AÑOS INFORME: http://observatorio.saluddecaldas.gov.co/desca/semestral/2021/Informe%20semestre%2001%202021%20DNTM5A%20DTSC.pdf

Banco Mundial. (2018). *Banco Mundial*. Obtenido de Nutrición: https://www.bancomundial.org/es/topic/nutrition/overview#1

Cancillería de Colombia . (2021). *GOV.CO*. Obtenido de Nacionalidad: https://cancilleria.gov.co/tramites_servicios/nacionalidad?__cf_chl_jschl_tk__=pmd_a75w_8JxEjrpxpTmWmePO8_LdBxN2U1q.N93abwa1P4-1635836486-0-gqNtZGzNAjujcnBszQjR

DANE. (2020). *Gobernación Norte de Santander .* Obtenido de https://ids.gov.co/web/2021/DIMENSIONES_SP/POBLACION%202020.pdf

Diego Andres García, J. G. (2020). *GIFMM NORTE DE SANTANDER.* Obtenido de https://www.r4v.info/sites/default/files/2021-06/Respuesta_COVID_Norte%20de%20Santander_VF_15072020%20%281%29.pdf

E.S.E HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM. (2020). DIAGNOSTICO NUTRICIONAL VIGENCIA 2020 MUNICIPIO VILLA DEL ROSARIO. Cúcuta. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DIAGNOSTICO%20NUTRICIONAL%202020%20MENORES%20DE%2018%20A%C3%91OS%20V.R%20(1).pdf

ENSIN. (2015). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional.*

Figueroa P, et al. (Junio de 2019). *MinSalud.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/resumen-politica-obesidad-infantil-amenaza-silenciosa.pdf

Folgado, A. C. (2021). *Guiainfantil.com*. Obtenido de Embarazo adolescente: riesgos y consecuencias: https://www.guiainfantil.com/articulos/embarazo/embarazo-adolescente-riesgos-y-consecuencias/

Gomez, R. Y. (2020). *DIAGNOSTICO NUTRICIONAL VIGENCIA 2020 MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO.* Villa Rosario. Obtenido de file:///D:/USUARIO/Downloads/DIAGNOSTICO%20NUTRICIONAL%202020%20MENORES%20DE%2018%20A%C3%91OS%20V.R.pdf

INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD. (2020). *DIAGNOSTICO NUTRICIONAL VIGENCIA 2020.* Obtenido de https://ids.gov.co/web/2020/DIMENSIONES_SP/DIAG_DTAL_NUTRICIONAL_2020_GESTANTES.pdf

Instituto Nacional de Salud. (Agosto de 2021). Boletín epidemiológico semana 31. *Bajo peso al nacer; desnutrición aguda, moderada y severa y vigilancia integrada de la mortalidad por IRA, EDA o DNT*. Colombia. Obtenido de https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2021_Boletin_epidemiologico_semana_31.pdf

John Apaza Valencia, M. R. (2017). Percentiles de la ganancia de peso gestacional de acuerdo con el índice de masa corporal pregestacional y peso al nacer en el Hospital Honorio Delgado de Arequipa. *Scielo Perú*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000300003

Mineducacion. (21 de Marzo de 2017). Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-353592.html?_noredirect=1

Ministerio de Salud. (s.f). Aseguramiento al sistema general de salud. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Regimensubsidiado/Paginas/aseguramiento-al-sistema-general-salud.aspx

Ministerio de Salud y Protección Social, M. (s.f.). *Minsalud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Ruta-para-mejorar-la-salud-materna.aspx

MinSalud. (04 de marzo de 2021). *Ministerio de Salud*. Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Obesidad-un-factor-de-riesgo-en-el-covid-19.aspx

Mónica Vargas, E. H. (2020). Los determinantes sociales de la desnutrición infantil en Colombia vistos desde la medicina familiar. *MEDWAVE Revista Biomédica*. Obtenido de https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfoques/ProbSP/7839.act

OMS. (2008). *Patrones de Crecimiento del Niño de la OMS, curso de Capacitación sobre la Evaluación del Crecimiento del Niño .* Obtenido de https://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf

OMS. (2021). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Las Naciones Unidas advierten de que la desnutrición aguda amenaza a la mitad de los niños menores de cinco años en el Yemen en 2021: https://www.who.int/es/news/item/12-02-2021-acute-malnutrition-threatens-half-of-children-under-five-in-yemen-in-2021-un

Organización Mundial de la Salud, O. (s,f). Obtenido de Organización Mundial de la Salud : https://www.who.int/es/news/item/07-11-2016-pregnant-women-must-be-able-to-access-the-right-care-at-the-right-time-says-who

Organizacion Mundial de la Salud, O. (s,f). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Prieto, et al. (2014). *Revista Argentina de Anatomía Online.* (H. F. Bianchi, Ed.) Obtenido de http://revista-anatomia.com.ar/archivo/2014-3-revista-argentina-de-anatomia-online.pdf#page=28

Rebeca Puche Navarro, M. O. (2009). *Desarrollo infantil y competencias en la primera infancia. .* Obtenido de https://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-178053_archivo_PDF_libro_desarrolloinfantil.pdf

Resolución 2465. (14 de Junio de 2016). Ministerio de Salud y Protección Social . Colombia. Obtenido de https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/resolucion_no._2465_del_14_de_junio_de_2016.pdf

Secretaria de Salud del municipio de Cúcuta. (2021). DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS, DEL MUNICIPIO DE SAN JOSÉ DE CÚCUTA, PARA EL TERCER TRIMESTRE 2021. Cúcuta, Norte de Santander. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/DIAGNOSTICO%20NUTRICIONAL%20TERCER%20TRIMESTRE.pdf

Stanford Children´s Health. (2021). *Stanford Children´s Health*. Obtenido de Embarazo después de los 30 años : https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=pregnancyoverage30-90-P05591

UNICEF. (2021). *UNICEF*. Obtenido de Sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes: https://www.unicef.org/mexico/sobrepeso-y-obesidad-en-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes

Lavoignet , B. J., & García Lima, M. D. (26 de Septiembre de 2017). Estilos de vida en estudiantes universitarios de la Facultad de Enfermería. *Revista Electrónica de Portales Medicos*. Obtenido de https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/estilos-de-vida-estudiantes-enfermeria/

Instituto Nacional de Salud. (s.f). *Medidas Antropométricas, registro y estandarización.* Lima. Obtenido de https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/modulo_medidas_antropometricas_registro_estandarizacion.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (s.f.). *Ministerio de Salud y Protección Social.* Obtenido de ABECÉ de la alimentación saludable: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-alimentacion-saludable.pdf

MinSalud. (s.f.). *Modos, condiciones y estilos de vida saludables.* Obtenido de https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/habitos-saludables.aspx

Organización Mundial de la Salud. (04 de Diciembre de 2020). *Organización Panamerica de la Salud .* Obtenido de https://www.paho.org/es/noticias/4-12-2020-elige-vivir-sano-opsoms-chile-presentaron-nuevas-recomendaciones-sobre-actividad

Bertocchi, J. A. (07 de septiembre de 2017). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000400009

CIB. (s,f). *FACULTAD DE MEDICINA CLÍNICA ALEMANA UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO*. Obtenido de https://medicina.udd.cl/sobre-la-facultad/comite-institucional-de-bioseguridad/definicion-de-bioseguridad/

Ministerio de Salud y Protección Social. (24 de Abril de 2020). *Resolución 666 del 2020, Protocolo general de bioseguridad para mitigar, controlar y realizar el adecuado manejo de la pandemia del Coronavirus COVID-19.* Obtenido de minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-666-de-2020.pdf

OMS. (2021). *Organización mundial de la salud.* Obtenido de Higiene de las manos: ¿por qué, cómo, cuándo?: https://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf

OMS. (2021). *Organización mundial de la salud*. Obtenido de Brote de enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público: https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public

FAO. (9 de Octubre de 2021). *Organización de las Naciones Unidades para la Alimentación y la Agricultura*. Obtenido de https://www.fao.org/colombia/noticias/detail-events/es/c/1439974/

FAO. (2021). *Organización de las naciones unidas para la alimentación y la agricultura*. Obtenido de Día Mundial de la Alimentación: https://www.fao.org/world-food-day/about/es/

OMS. (2020). *Organizacion mundial de la salud* . Obtenido de Alimentacion saludable: https://www.who.int/es/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---healthy-diet

OMS. (2020). *Organización mundial de la salud* . Obtenido de Alimentacion sana: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/healthy-diet

Guerrero, J. (2020). *IND*. Obtenido de Antropometría: qué es, qué mide y para qué sirve: https://www.inutriciondeportiva.com/antropometria-que-es-que-mide-y-para-que-sirve/

Instituto Nacional de Salud. (s.f). *Medidas Antropométricas, registro y estandarización.* Lima. Obtenido de https://bvs.ins.gob.pe/insprint/CENAN/modulo_medidas_antropometricas_registro_estandarizacion.pdf

Ministerio de salud y protección social. (2016). *Resolución 2465 de 2016.*

Pedraza, D. F. (2004). *Scielo Revista de salud pública.* Obtenido de Estado nutricional como factor y resultado de la seguridad alimentaria y nutricional y sus representaciones en Brasil: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642004000200002#:~:text=El%20estado%20nutricional%20es%20el,%2Dsocio%2Decon%C3%B3micos%20y%20ambientales.

Portal educativo. (s.f.). *Portal educativo*. Obtenido de https://www.portaleducativo.net/octavo-basico/200/Medios-de-comunicacion-Prensa-Television-Internet-Radio

Universidad de las Americas Puebla. (s.f). *Bibliotecas UDLAP.* Obtenido de La radio: conceptos y funciones: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/pacheco_p_fl/capitulo2.pdf