CONSOLIDADO DE PRÁCTICAS FORMATIVAS CAMPO DE ACCIÓN PROFESIONAL, EAS ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA HOGAR INFANTIL PILATUNAS, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

Presentado por:

Karen Sandryd Peña Pacheco
Nutricionista Dietista en formación - X semestre

Presentado a:

Andreina Vega Mendoza
Nutricionista Dietista, Esp. Práctica Pedagógica Universitaria
Docente supervisora Prácticas Campos de Acción Profesional

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
CÚCUTA NDS

2021-2

INTRODUCCIÓN

A través del convenio interinstitucional del programa de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona y la Entidad Administradora de Servicio Hogar Infantil Pilatunas, ubicado en el barrio San Luis en Cúcuta Norte de Santander; se llevó a cabo las prácticas formativas X semestre CAP de la Nutricionista-Dietista en formación Karen peña (modalidad presencial), en el cuál fortaleció los conocimientos, habilidades y apoyó el componente de salud y nutrición de la entidad.

La EAS ofrece el servicio a los niños y niñas de 2 a 4 años, 11 meses, 29 días cumpliendo lo descrito en el Manual Técnico Operativo del ICBF para la modalidad institucional, pero debido a la emergencia sanitaria por el Covid 19, en estos momentos se atiende 37 usuarios en la modalidad presencial y 68 en la modalidad remota.

Con base en lo anterior, la Nutricionista-Dietista en formación ejecutó diversas actividades, teniendo en cuenta las 5 áreas establecidas en las prácticas CAP, las cuales son: Área académica, área administrativa, área comunitaria, área educativa y área investigativa.

Se llevó a cabo el diagnóstico de la población, es de vital importancia evaluar e identificar la situación alimentaria y nutricional de los niños y niñas pertenecientes al hogar infantil pilatunas bajo el componente de salud y nutrición, establecido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar el cual trabaja por el bienestar y desarrollo integral de la población objeto, se realizó la evaluación nutricional bajo la información suministrada en el sistema de información Cuéntame de la segunda toma antropométrica realizada en el mes de julio del presente año por la Nutricionista Dietista Andreina Vega, la clasificación nutricional se realizó teniendo en cuenta los indicadores antropométricos establecidos en la resolución 2465 de 2016 del Ministerio de Salud y protección Social: peso/edad (P/E), talla/edad (T/E), peso/talla (P/T) e índice de masa corporal/edad (IMC/E).

De igual manera se revisó la ficha de caracterización socio familiar, el cual es una herramienta de obtención de datos sobre los beneficiarios de las modalidades de atención de la primera infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar sobre las condiciones de vida, experiencias y relaciones sociales en las cuales viven los niños y las niñas, permite conocer las condiciones socioeconómicas del grupo familiar al cual se

atiende a través del acompañamiento familiar psicosocial que ofrecen las modalidades de la Dirección de Familias y Comunidades: Mi Familia y Territorios Étnicos con Bienestar (TEB).
En este instrumento se consigna información básica de la vivienda que ocupa el grupo familiar, así como la de cada uno de los integrantes de la familia, nombre, sexo, fecha de nacimiento, pertenencia étnica, nivel educativo, afiliación al sistema de salud, condición de discapacidad, etc. Conocer esta información permite aproximar a las características de la familia que van a acompañar, así como a sus necesidades en términos de acceso a servicios básicos, información clave para la gestión de oferta.

Se recolecta información de cada familia a través de tres módulos que permiten en cada unidad de servicio identificar necesidades y particularidades culturales, físicas y sociales. Se analizó algunas variables del módulo I y III; en el módulo I se encuentran variables que permiten obtener información sobre los niños y niñas menores de 5 años para identificar puntos críticos en algunas áreas de desarrollo y de igual forma el seguimiento sobre ellos y en el módulo III se encuentran variables que permiten la identificación de factores generales en las condiciones de vivienda y composición familiar permitiendo conocer las dinámicas habituales de las familias para poder desarrollar acciones encaminadas a los procesos de cuidado y crianza.

A partir de los resultados obtenidos en la clasificación nutricional por antropometría y el análisis de la ficha de caracterización socio familiar, se realizó acciones de intervención que contribuyen a mejorar el estado nutricional de los niños y niñas, el cual fue establecido en el Plan de Intervenciones Colectivas, este es un plan de beneficios compuesto por intervenciones, procedimientos o actividades para la promoción de la salud y la gestión del riesgo dirigidas a grupos poblacionales, si desde la infancia se inculcan buenos hábitos alimentarios, estos fortalecerán una vida más saludable en la edad adulta y contribuirán a prevenir problemas de salud como la obesidad y la desnutrición.
La protección de la salud y la calidad de vida constituye un proceso que abarca las acciones dirigidas a fortalecer los medios necesarios para mejorar la salud y consolidar una cultura de autocuidado que involucre a individuos, familias, comunidades y la sociedad en conjunto, en un proceso orientado a modificar los condicionantes o determinantes de la salud, con el fin de mitigar su impacto en la salud individual y colectiva; es por ello que se ejecutan acciones encaminadas a este gran objetivo.
De igual manera se realizó la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales de la UDS, se realizó apoyo y acompañamiento a alguna de éstas.

JUSTIFICACIÓN

El estado nutricional es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto causado por los requerimientos nutricionales según la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física. (Res. 2465, 2016)
Es muy importante en la etapa prenatal y durante los primeros cinco años de vida, ya que tiene una relación directa con el crecimiento y con el desarrollo bioquímico y mental.

Todos los países del mundo están afectados por una o más formas de malnutrición, combatir todas las formas es uno de los mayores problemas sanitarios a escala mundial. Las mujeres, los lactantes, los niños y los adolescentes están particularmente expuestos a la malnutrición. La optimización de la nutrición al comienzo de la vida (en particular durante los 1000 días que transcurren entre la concepción y el segundo aniversario del niño) asegura el mejor arranque posible de la vida, con beneficios a largo plazo. La pobreza multiplica el riesgo de sufrir malnutrición y sus consecuencias, debido a que las personas pobres tienen una mayor probabilidad de sufrir distintas formas de malnutrición. Por su parte, ésta condición aumenta los costos de la atención de salud, reduce la pobreza y mala salud (OMS, 2021)

Es así como el ICBF a partir del año 1998, desde la Sede Nacional del Instituto se inicia el montaje de un nuevo Programa para la Evaluación Nutricional de los niños y niñas usuarios del ICBF. El proceso se inició elaborando un nuevo software, el cual se diseñó teniendo en cuenta las observaciones sobre ventajas y desventajas del software anterior del programa de evaluación nutricional de los hogares de bienestar. El software se denominó como la herramienta del “Programa de Seguimiento y Vigilancia Nutricional para usuarios de los proyectos de prevención y protección del ICBF”. Esta herramienta tuvo una concepción amplia de la evaluación, porque se planteó para todos los usuarios de los programas ICBF. Esta concepción se plasmó junto con sus lineamientos para la implementación y desarrollo, en un protocolo, al cual se le hicieron varias revisiones quedando como documentos las versiones 2001 y 2002 del mismo. (ICBF, 2018)

OBJETIVOS

Objetivo general

Establecer acciones encaminadas al fortalecimiento del componente salud y nutrición de la EAS Asociación de padres de familia del Hogar Infantil Pilatunas, a través de intervenciones según etapas de diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación que den cumplimiento a las competencias CAP

Objetivos específicos

- Determinar la clasificación nutricional y proponer actividades de intervención en el PIC dirigido a niños y niñas pertenecientes al Hogar Infantil Pilatunas
- Establecer análisis de la ficha de caracterización socio familiar, factores que inciden en la situación alimentaria y nutricional de los niños y niñas pertenecientes al Hogar Infantil Pilatunas
- Contribuir a mejorar o mantener el estado nutricional de los niños y niñas del Hogar Infantil Pilatunas, a través de las acciones de intervención generadas a partir de la clasificación nutricional por antropometría y la ficha de caracterización socio demográfico
- Verificar el cumplimiento de las obligaciones contractuales de la EAS Hogar Infantil Pilatunas, con la finalidad de realizar apoyo y acompañamiento a las actividades pendientes

METODOLOGÍA

Población objeto

El Hogar Infantil Pilatunas ubicado en el Barrio San Luis, de Cúcuta, Norte de Santander. Tiene una cobertura para 105 niños y niñas con UDS en edades desde los 2 hasta los 4 años 11 meses y 29 días.

Con base a la información obtenida del reporte cuéntame se evidenció una totalidad de 114 niños y niñas, de los cuales 2 se encuentran desvinculados, 7 usuarios se les ha realizado 2 tomas debido al seguimiento nutricional que se lleva con ellos porque presentan riesgo de desnutrición aguda y obesidad según el indicador P/T, así mismo se excluyó 3 niños dando cumplimiento al Manual Operativo Modalidad Institucional para la Atención a la Primera Infancia v6 donde se establece la atención para los rango de edad de 2 a 4 años, 11 meses, 29 días, teniendo en cuenta lo anterior se realiza este informe con una totalidad de 102 niños y niñas.

Indicador: Número de niños y niñas analizados / Total de niños y niñas de UDS X 100

102 / 105 X100 = 97,1%

Instrumento de recolección de información

La base de datos de los niños y niñas pertenecientes a la EAS Asociación de Padres de Familia Hogar Infantil Pilatunas, fue obtenida del sistema de información CUÉNTAME del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), mediante la solicitud formal dirigida a la psicóloga de la EAS, Información que fue suministrada a la nutricionista dietista en formación el 27 de septiembre de 2021, donde se brindó una asesoría por parte de la docente supervisora Andreina Vega, a cerca de este sistema de información el cual integra lo procesos de capacitación en la toma de medidas antropométricas, clasificación nutricional y las acciones que se desarrollan para mejorar el estado nutricional de los beneficiarios de los programas del ICBF a través de la implementación de los planes de intervención.

Igualmente es orientado a apoyar la recolección de los datos, producto de la atención a los beneficiarios en los servicios del ICBF para las direcciones de Primera infancia; Nutrición, y Familias, Niñez y Adolescencia.

Esta es una herramienta de gestión institucional que permite la recolección de los datos en línea de las Entidades Administradores de Servicio, Contratos, UDS, Talento Humano, Beneficiarios y atenciones priorizadas en la política pública de primera infancia. Integra la operación Nacional, Regional, Zonal y territorial por medio de los contratos generados con las Entidades Administradoras de Servicio de igual manera permite controlar la oferta institucional y los servicios prestados, genera información relevante para el análisis y toma de decisiones que contribuyen a la atención de la primera infancia del país. Este sistema de información permite exportar los reportes Entidades Administradoras de Servicio y Contratos, directamente desde los módulos correspondientes y desde el módulo “Reportes” se genera el listado general por toma. (ICBF, 2021)
La recolección de la información se hace trimestralmente en las diferentes unidades de servicio en las planillas de recolección primaria “Formato de Captura de información de datos antropométricos”, donde son consignados todos los datos pertinentes de la EAS, del niño o la niña, así mismo incluye el registro de la toma de medidas antropométricas.

Técnica e instrumentos para la toma de medidas antropométricas

La valoración antropométrica se efectúa con base en lo establecido en la resolución 2465 de 2016, por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años de edad. (Res. 2465, 2016)

De igual manera se describen las técnicas para la toma de medidas antropométricas y los equipos empelados, de esta manera es importante revisar la calibración y estado de funcionamiento de los equipos e antropométricos. Para garantizar la calidad de la información recolectada dando cumplimiento con lo descrito en la Guía Técnica para la Metrología Aplicable a los Programas de los Procesos Misionales del ICBF**.**

Tabla N°1. Técnica y equipos utilizados en la toma de medidas antropométricas en niños y niñas menores de 5 años

Equipo	Técnica
Báscula (Seca 813) 	• Ubicar la báscula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que esté tarada en cero "0" • Solicitar al niño o niña que retire los zapatos y que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula o en dado caso indicarle, debe estar con la mínima cantidad de ropa posible y que esté en posición recta y erguida, y con el menor movimiento posible durante toda la medición • Anotar el peso exacto en kilogramos con una aproximación de 50 a 100 gramos, según la sensibilidad del equipo. • Bajar al niño o niña de la báscula. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de lo permitido según la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez, promedie los dos valores que estén dentro de la variabilidad permitida

Fuente: (ICBF, 2018)

Tallímetro (Seca) 	• Ubicar el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas. Pedirle al usuario que retire sus zapatos o en dado caso ayudarle, se debe ubicar plantillas para indicar al usuario donde debe quedar. • Ubicar al usuario contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida con los talones juntos y las rodillas rectas. • Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Los talones no deben estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos. • Solicitar al usuario que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición y pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros. Con la mano derecha deslizar la pieza movible hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoye suavemente sobre ésta. Cuidar que el niño no doble la espalda ni se empine • Una vez la posición del usuario esté correcta, leer rápidamente el valor que marca la pieza movible ubicándose frente a ella y anotarlo • Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla.

Fuente: (ICBF, 2018)

Debido a la emergencia sanitaria del Covid-19 para la toma de medidas antropométricas se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Realizar el procedimiento de lavado de manos con agua y jabón y según lo definido en el protocolo de bioseguridad de la UDS. Tenga en cuenta que este se debe desarrollar mínimo cada 2 horas con una duración de 20 a 30 segundos como lo establece la resolución 777 de 2021
- Usar los Elementos de Protección Personal – EPP como tapabocas, guantes desechables y gafas de protección o según lo definido en el protocolo de bioseguridad
- Promover la protección de los equipos antropométrico, facilitar la limpieza y desinfección, los equipos deben desinfectarse una vez haya terminado con cada usuario

Seguidamente se describen los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas y niños según la resolución 2465 de 2016

Tabla N°2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte

Indicador	Punto de corte (desviación estándar)	Clasificación antropométrica
Peso para la Talla (P/T)	>3 >2 a ≤ 3 >1 a ≤ 2 ≥ -1 a ≤ 1 > -2 a < -1 < -2 a ≥ -3 < -3	Obesidad Sobrepeso Riesgo de sobrepeso Peso adecuado para la talla Riesgo de DNT aguda DNT aguda moderada DNT aguda severa
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1 ≥ -2 a < -1 < -2	Talla adecuada para la edad Riesgo de talla baja Retraso en talla
IMC para la Edad (IMC/E)	>3 >2 a ≤3 >1 a ≤2 ≤1	Obesidad Sobrepeso Riesgo de sobrepeso No aplica, verificar con P/T
Peso para la Edad (P/E)	>1 ≥ -1 a ≤1 ≥ -2 a ≤ -1 < -2	No aplica, verificar con IMC/edad Peso adecuado para la edad Riesgo de DNT global DNT global

Fuente: Resolución 2465 de 2016

MATRIZ DE VARIABLE

Tabla N°3. Matriz de variables

Variable	Definición	Tipo de variable	Categoría	Unidad de medida
Género	Característica que da a la palabra una condición de femenina o masculina	Cualitativa	Femenino y Masculino	---
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento	Cuantitativa	Grupo 2	Años
Peso	Mide la masa corporal total de un individuo.	Cuantitativa	---	Kilogramos
Talla	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza.	Cuantitativa	---	Centímetros

RESULTADOS Y ANÁLISIS

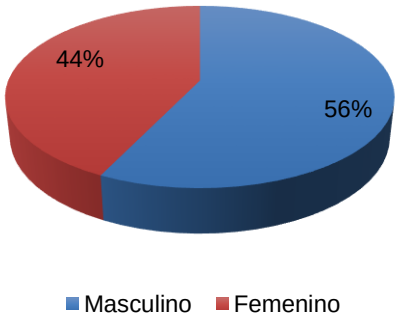
Para los resultados de la clasificación nutricional, se revisó la base de datos Cuéntame y se identificaron los flag o errores cometidos en el diligenciamiento de la información para realizar su corrección, luego se filtró información de variables sexo y edad, e indicadores de peso para la talla, talla para la edad, peso para la edad e índice de masa corporal. Para el análisis se hizo una revisión bibliográfica a nivel nacional, departamental y municipal para la verificación del estado nutricional de niños y niñas menores de 5 años.

1. Caracterización de la población perteneciente al Hogar Infantil Pilatunas según la variable género

Tabla N°4. Distribución porcentual de la población objeto según la variable Género

Género	Frecuencia	%
Masculino	57	56%
Femenino	45	44%
Total	102	100%

Gráfica N° 1. Distribución porcentual de la población objeto según la variable género



De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

En este sentido, el programa de la escuela de estudios de género de la facultad de ciencias humanas de la Universidad Nacional de Colombia (Fokus, 2012) El género es un estructurador social, es decir un ordenador que agrupa los "arreglos" (acuerdos tácitos o explícitos). (OMS, 2021)

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, para el año 2020 proyectó un total de 50.372.424 personas de las cuales, el 48,8% son hombres y el 51,2% son mujeres. (Boletín poblacional, 2020)
De acuerdo a la gráfica N°1 se identificó que en el Hogar Infantil Pilatunas el 56% correspondiente a 57 usuarios pertenecen al género masculino y en una menor proporción 44% equivalente 45 niños pertenecen al género femenino.

La modalidad institucional es una de las formas de atención que reciben niñas y niños de primera infancia desde los 2 años, 11 meses y 29 días podrán ser atendidos niñas y niños entre los 6 meses y 2 años (sala cuna) y hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad. Siempre y cuando no haya oferta de educación preescolar.

Esta modalidad cuenta con diferentes espacios que promueven y potencian el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con el fin de dar a los padres de familia y cuidadores la confianza y tranquilidad de que sus hijos tendrán oportunidades para un óptimo crecimiento, que de manera integral significa que pueden disfrutar de una alimentación balanceada y proporcional a sus requerimientos nutricionales, así como espacios para desarrollar las actividades propias de la primera infancia como arte, literatura, juego y exploración del medio. (ICBF, 2021)

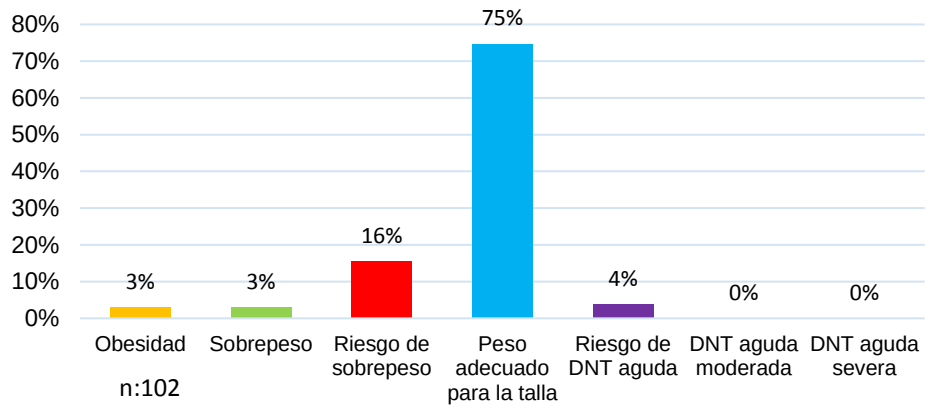
Es por esto que en el informe de clasificación nutricional sólo se tuvo en cuenta los usuarios en edades comprendidas de 2 a 4 años, 11 meses según lo establecido en el Manual Operativo Modalidad Institucional para la Atención a la Primera Infancia v6, con una totalidad de 102.

2. Clasificación del estado nutricional por antropometría de la población perteneciente al Hogar Infantil Pilatunas

Tabla N°5. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador peso para la talla

P/T	Frecuencia	%
Obesidad	3	3%
Sobrepeso	3	3%
Riesgo de sobrepeso	16	16%
Peso adecuado para la talla	76	75%
Riesgo de DNT aguda	4	4%
DNT aguda moderada	0	0%
DNT aguda severa	0	0%
Total	102	100%

Gráfica N°2. Distribución porcentual de la población objeto según el indicador pero para la talla



El indicador de crecimiento peso para la talla refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla indicando la situación actual del estado nutricional del individuo, independiente de la edad. Es considerado un índice para identificar niños o niñas que están con desnutrición, sobrepeso u obesidad y deficiencias nutricionales agudas. Se utiliza en niños menores de 5 años de edad e indica el estado nutricional de las últimas semanas.
Según la Resolución 2465 de 2016 a nivel individual se recomienda el uso de este indicado P/T como indicador trazador tanto para déficit como para exceso de peso. (Res. 2465, 2016)
Las fuentes de información nacional reportan en el periodo comprendido entre 1965 y 2000, una tendencia hacia la mejoría de la situación nutricional de los niños menores de cinco años en todo el país, encontrándose que en los últimos treinta y cinco años la desnutrición crónica (retraso de la talla con respecto a la edad) descendió de 31,9% a 13,5%, la desnutrición aguda (bajo peso con respecto a la talla) de 3,9% a 0,8% y la desnutrición global (bajo peso con respecto a la edad) disminuyó de 21,1% a 6,7%, teniendo como punto de corte <-2 desviaciones estándar para los tres Índices (SISVAN)

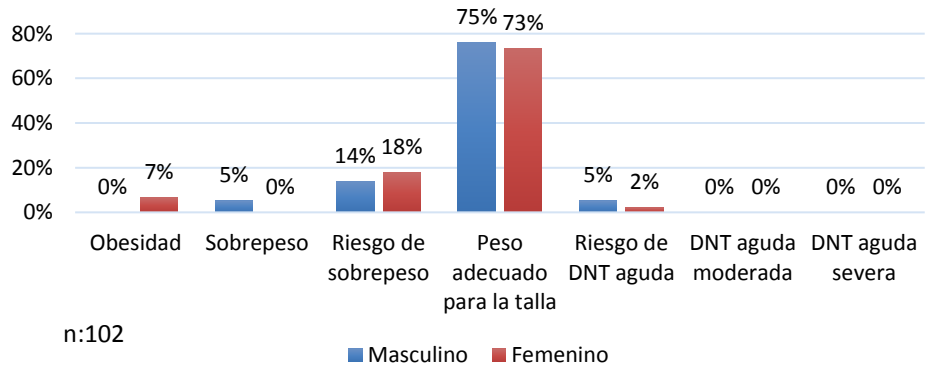
En Norte de Santander para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Peso para la Talla, se identifica que el subgrupo poblacional de 0-11 meses, presenta mayor prevalencia de desnutrición aguda con un 7 %, mientras que los subgrupos de 24 - 35 y 48 - 59 meses presentan mayor prevalencia de riesgo de desnutrición aguda con 11%.

El indicador peso para la talla es el que se ve afectado inmediatamente; el menor sufre un episodio de enfermedad o disminuye su calidad y/o cantidad de ingesta. La prevalencia de desnutrición aguda para los menores de 5 años es de 5% para el departamento de Norte de Santander. (WINSISVAN, 2019)
Del total de la población valorada se identifica que la mayor proporción en este caso 75% (77) se encuentran en un peso adecuado para la talla, el 16% que equivale a 16 están en riesgo de sobrepeso, un 4% (4) están en riesgo de desnutrición aguda, de igual manera se presentan casos de sobrepeso y obesidad equivalente a 3% en este caso 3 casos.

Tabla N°6. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador peso para la talla según variable género

P/T	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obesidad	0	0%	3	7%
Sobrepeso	3	5%	0	0%
Riesgo de sobrepeso	8	14%	8	18%
Peso adecuado para la talla	43	75%	33	73%
Riesgo de DNT aguda	3	5%	1	2%
DNT aguda moderada	0	0%	0	0%
DNT aguda severa	0	0%	0	0%
Total	57	100%	45	100%

Gráfica N°3. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador peso para la talla según la variable género

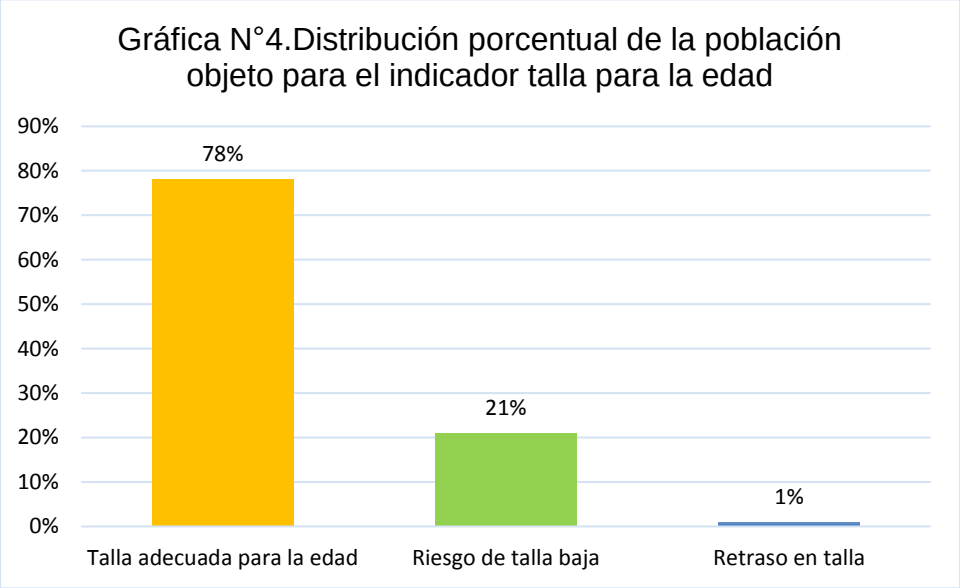


Con respecto al departamento Norte de Santander para el grupo poblacional menor de 5 años en el indicador peso para la talla, se identifica que tanto el género masculino como el femenino presenta igual prevalencia de desnutrición aguda con un 5%. Sin embargo en la prevalencia de riesgo de desnutrición aguda, el género femenino presenta 2 puntos porcentuales más que el género masculino. Se identifica que en el municipio de Tibú, se presentan los mayores índices de desnutrición aguda (16%), seguido del municipio de La Esperanza con 10%.
Así mismo en el municipio del Zulia, presenta la mayor prevalencia de obesidad con un 7%, mientras que la mayor Prevalencia de Sobrepeso se presenta en los municipios de Abrego, Puerto Santander y Sardinata con un 7 % y la mayor Prevalencia de Riesgo de Sobrepeso en el municipio de Pamplonita con 26%. La prevalencia de obesidad para el departamento es del 3% y de sobrepeso del 4%, mientras el Riesgo de Sobrepeso es del 15%. (WINSISVAN, 2019)

De acuerdo al total de la población se puede evidenciar la mayor proporción en este caso 76% correspondiente a 44 usuarios del género masculino y el 73% equivalente a 33 usuarios del género femenino están en un peso adecuado para la talla, un 18% (8) del género femenino y el 14% (8) género masculino están en riesgo de sobrepeso, seguidamente la obesidad fue mayor en el género femenino con una proporción del 7% (3), en el género masculino hubo una menor proporción en sobrepeso 5% correspondiente a 3, en cuanto al riesgo de desnutrición aguda en el género masculino se obtuvo una proporción del 5% (3) y para el género femenino una proporción del 2% (1).

Tabla N°7. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador talla para la edad

T/E	Frecuencia	%
Talla adecuada para la edad	80	78%
Riesgo de talla baja	21	21%
Retraso en talla	1	1%
Total	102	100%



El indicador T/E refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño o una niña en un momento determinada, este indicador permite identificar niños y niñas con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo, la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes (ICBF, 2021)

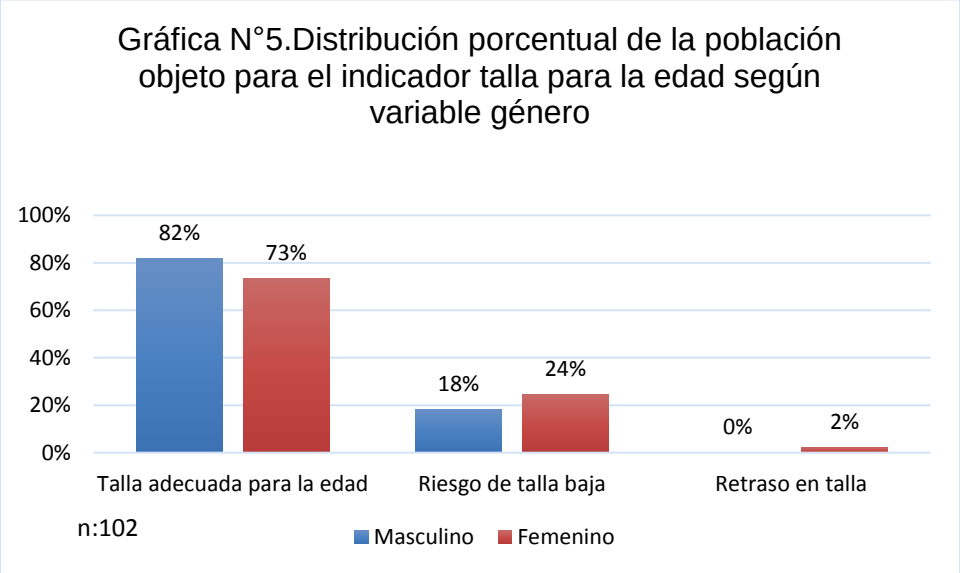
La talla baja para la edad, se presenta con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. El retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes, entre otros. (Res. 2465, 2016)

De igual manera el crecimiento lineal de una persona es indicador de desarrollo integral del cuerpo humano. Es así como una alteración de la talla en pleno proceso de crecimiento y desarrollo puede afectar el desarrollo de otros sistemas. La prevalencia del retardo del crecimiento está dada por el porcentaje de niños y niñas cuya talla se ubica por debajo de -2 desviaciones estándar según la edad, respecto a la población de referencia. (WINSISVAN, 2019)

Para el grupo poblacional menor de 5 años en el indicador talla para la edad, se identifica que el subgrupo poblacional de 12- 23 meses presenta mayor prevalencia de talla baja para la edad o retraso en talla, con un 13%, de la misma manera se identifica que el subgrupo poblacional de 36-47 meses presentan los mayores índices de riesgo de talla baja con un 26%; la afectación en este indicador es la manifestación de períodos prolongados de inanición y dieta insuficiente, por lo tanto no logra afectar en gran medida a los menores de 12 meses, ya que estos mediante el consumo de lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, logran ingerir sus necesidades de calorías y nutrientes para un óptimo crecimiento, no obstante a partir del año de edad cuando el menor inicia su alimentación familiar disminuye su aporte nutricional y comienza a desmejorar su condición presentándose retraso en el crecimiento. La prevalencia de talla baja para la edad o retraso en talla en el grupo de menores de 5 años para el departamento Norte de Santander es de 11%. (WINSISVAN, 2019)
De acuerdo a los resultados obtenidos se evidenció en una mayor proporción 78% equivalente 80 usuarios tiene una talla adecuada para la edad, el 21% correspondiente a 21 presenta riesgo de talla baja y el 1% (1) tiene retraso en talla.

Tabla N°8. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador talla para la edad según variable género

T/E	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Talla adecuada para la edad	47	82%	33	73%
Riesgo de talla baja	10	18%	11	24%
Retraso en talla	0	0%	1	2%
Total	57	100%	45	100%



La desnutrición crónica (retraso en talla para la edad) disminuyó al pasar de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015 ubicándose, no obstante, por encima del promedio de Suramérica (9,9%) y sin alcanzar la meta ODM de 8%. Los niños presentaron una mayor prevalencia frente a las niñas, asimismo, los indígenas y aquellos que tienen el índice de riqueza más bajo tuvieron también mayor prevalencia (ENSIN, 2015)

Para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador talla para la edad, se identifica que en el género femenino se presenta mayor prevalencia de talla baja para la edad o retraso en talla, con un 12% mientras la prevalencia de la talla baja para la edad o retraso en talla en el género masculino es de 10%.
De igual manera se identifica que en el municipio de Tibú, se presentan los mayores índices de talla baja para la edad o retraso en talla, con 24%, seguido del municipio de Villa Caro con 20% (WINSISVAN, 2019)

Del total de la población valorada se identifica que la mayor proporción en este caso 82% correspondiente a 47 al género masculino y un 73% (33) género femenino presentan una talla adecuada para la edad, el 18% (10) género masculino y 24% género femenino correspondiente a 11 usuarios presentan riesgo de talla baja y en una mínima proporción 2% equivalente a 1 presenta retraso en talla.

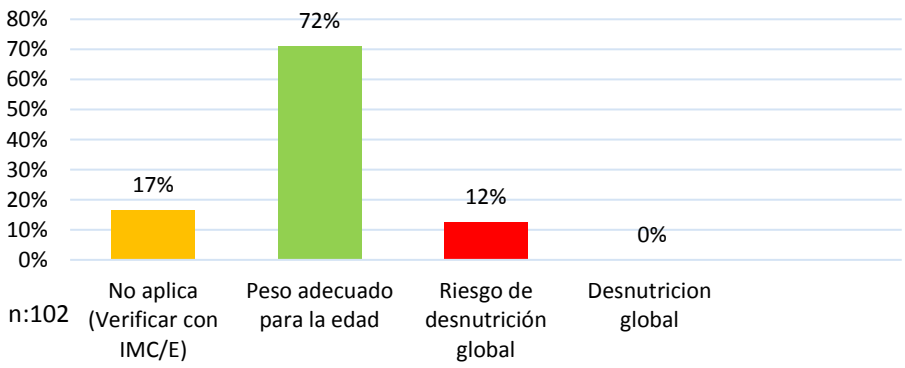
El retraso del crecimiento en la niñez es uno de los obstáculos más significativos para el desarrollo humano, y afecta a unos 162 millones de niños menores de 5 años.
Es un resultado, en gran medida irreversible, de una nutrición inadecuada y brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida. El retraso del crecimiento tiene una serie de efectos a largo plazo para los individuos y las sociedades: disminución del desarrollo cognitivo y físico, reducción de la capacidad productiva, mala salud y aumento del riesgo de enfermedades degenerativas como la diabetes. Si continúan las tendencias actuales, las proyecciones indican que en 2025 habrá 127 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento. (OMS, 2021)

La desnutrición crónica, que mide el retraso en la talla para la edad, disminuyó de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015. En 1990, uno de cada cuatro niños tenía desnutrición crónica, mientras que hoy solo es uno de cada diez. (ENSIN, 2015)

Tabla N°9. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador peso para la edad

P/E	Frecuencia	%
No aplica (Verificar con IMC/E)	17	17%
Peso adecuado para la edad	73	72%
Riesgo de desnutrición global	132	12%
Desnutrición global	0	0%
Total	102	100%

Gráfica N°6. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador peso para la edad



El indicador Peso para la Edad - P/E refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la longitud o talla, por lo cual es de carácter compuesto y resulta compleja su interpretación debido a que tiene significados diferentes o valores de predicción distintos en las diversas longitudes o tallas. Por lo tanto se sugiere utilizar el indicador Peso para la Edad - P/E únicamente a nivel poblacional (Res. 2465, 2016)

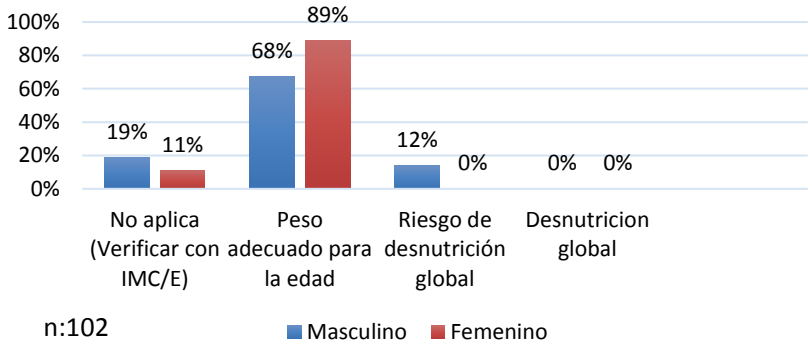
La desnutrición global es la suma de los desequilibrios nutricionales y de salud pasada y reciente en un niño y es un indicador nutricional que refleja alteraciones tanto del peso como de la talla. La desnutrición global en los territorios de Colombia y en ella se destaca por sus prevalencias las regiones Atlántica (4,6 %) y Central (2,5 %). De nuevo, la región Atlántica fue la que mostró la frecuencia más elevada de desnutrición global en Colombia. (ENSIN, 2015)
En Norte de Santander para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Peso para la Edad, se identifica que el subgrupo poblacional de 36-47 meses presenta la mayor Prevalencia de Desnutrición Global con un 7%. (WINSISVAN, 2019)

De acuerdo con los resultados de la gráfica anterior se evidencia que el 72% (73) se encuentra en peso adecuado para la edad, el 17% correspondiente a 17 no aplica, esto quiere decir que se debe verificar con el indicador IMC/E debido a que el indicador P/E no clasifica para exceso y en mínima proporción 12% equivale a 12 presenta riesgo de desnutrición global.

Tabla N°10. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador peso para la edad según variable género

P/E	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No aplica (Verificar con IMC/E)	11	19%	5	11%
Peso adecuado para la edad	39	68%	40	89%
Riesgo de desnutrición global	7	12%	0	0%
Desnutrición global	0	0%	0	0%
Total	57	100%	45	100%

Gráfica N°7. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador peso para la edad según la variable género

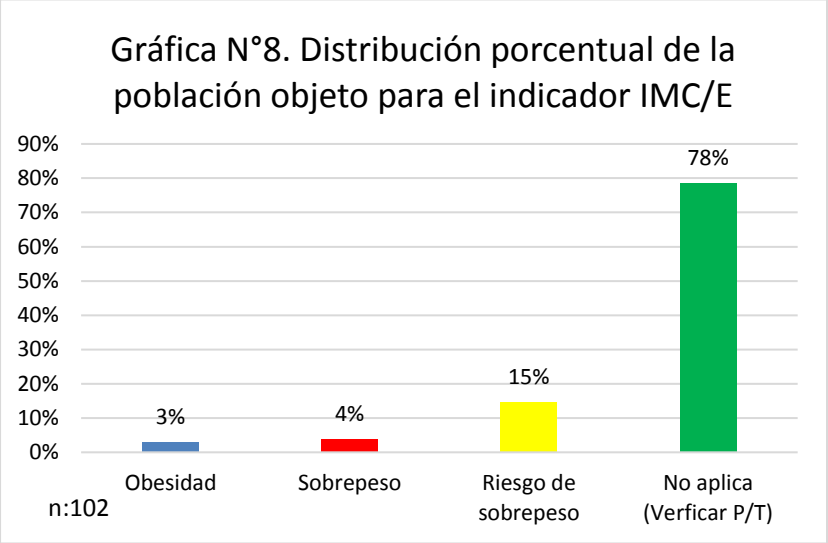


La desnutrición global, que marca el peso para la edad, afecta a 3,7% de los menores del país, menos de la mitad del registro de 1990, cuando impactaba a 8,6% de los menores de 5 años. (ENSIN, 2015)
Para el grupo poblacional de 0 a 5 años en el indicador Peso para la Edad, se identifica que tanto el Género Masculino como el Femenino presentan igual Prevalencia de Desnutrición Global con un 5% e igual de Prevalencia en Riesgo de desnutrición global con un 12%. En Cúcuta la prevalencia de desnutrición global fue de 12% y el riesgo de desnutrición global del 15%. (WINSISVAN, 2019)

Los resultados obtenidos para el indicador peso para la edad, se evidencia que el mayor porcentaje de los usuarios se encuentra en peso adecuado para la edad con un 89% correspondiente a 40 del género femenino frente a 68% (39) del género masculino. Así mismo el 19% correspondiente al género masculino con 11 casos y el 11% (5) en género femenino se encuentra dentro de la categoría no aplica, el cual se debe verificar con el indicador IMC/E. Con respecto al riesgo de desnutrición global éste fue prevalente en el género masculino 12% equivalente a 7, mientras que el género femenino no presentó casos.
La prevalencia de desnutrición global en menores de 5 años, en Norte de Santander para menores de 12 meses es de 4% con 534 casos, y en riesgo de desnutrición global 8% con 1003 casos, en el rango de 12-23 meses la prevalencia de desnutrición global corresponde a 426 casos equivalente al 4% y en riesgo de desnutrición global 1007 casos correspondiente al 10%, de 24-35 meses 369 casos equivalente al 6% se encuentran en desnutrición global y en riesgo de desnutrición 1012 casos equivalente al 16%; en la edad de 36-47 meses la prevalencia de desnutrición global fue 352 casos correspondiente al 7% y en riesgo de desnutrición el 16 % equivalente a 843 casos, por último, en la edad de 48-59 meses 356 casos en desnutrición global equivalen al 6% y en riesgo de desnutrición global la mayor proporción equivale al 17% correspondiente a 1020 casos. (WINSISVAN, 2019)

Tabla N°11. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador Índice de Masa Corporal para la Edad

IMC/E	Frecuencia	%
Obesidad	3	3%
Sobrepeso	4	4%
Riesgo de sobrepeso	15	15%
No aplica (Verificar P/T)	80	78%
Total	102	100%



El indicador IMC para la edad se correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación a la talla. Este indicador se recomienda únicamente en los análisis poblacionales para identificar el riesgo de sobrepeso y el exceso de peso (sobrepeso u obesidad). A nivel individual se recomienda el uso del indicador de Peso para la Talla (P/T) como indicador trazador tanto para déficit como para exceso de peso. (Res. 2465, 2016)

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes se define de acuerdo con los patrones de crecimiento de la OMS. La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública tanto en países desarrollados como en desarrollo, está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. (OMS, 2021)

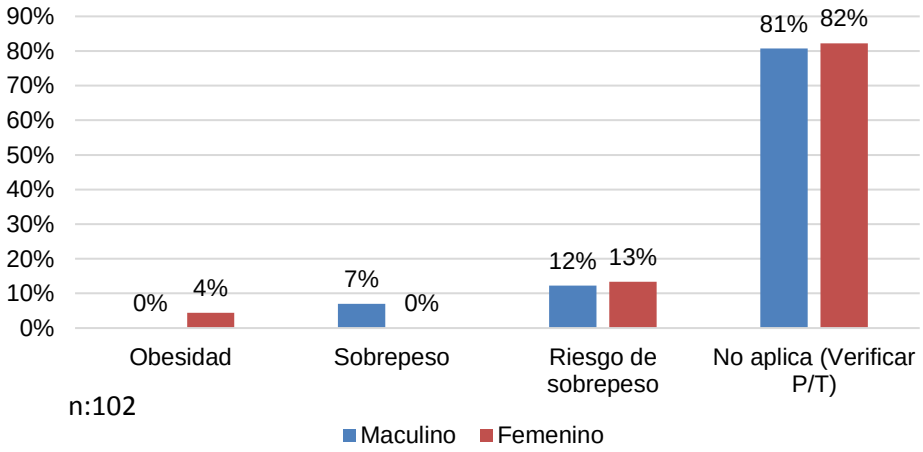
Según la ENSIN existe una tendencia mundial, el exceso de peso –que incluye tanto sobrepeso como obesidad– subió de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015; sin embargo, en el país es más baja la situación con respecto a Centroamérica (7,4%) y a Suramérica (7,0%) (ENSIN, 2015)

Los datos representados en la gráfica N°8, muestra que el 78% (80) no aplica es decir, hay que verificar con el indicador P/T, el 15% correspondiente a 15 están en riesgo de sobrepeso, el 4% (4) presentan sobrepeso y el 3% (3) presenta obesidad

Tabla N°12. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador Índice de Masa Corporal según variable género

IMC/E	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Obesidad	0	0%	2	4%
Sobrepeso	4	7%	0	0%
Riesgo de sobrepeso	7	12%	6	13%
No aplica (Verificar P/T)	46	81%	37	82%
Total	57	100%	45	100%

Gráfica N°9. Distribución porcentual de la población objeto para el indicador IMC según variable género



En 2016, según las estimaciones unos 41 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso o eran obesos.
Si bien el sobrepeso y la obesidad se consideraban antes un problema propio de los países de ingresos altos, actualmente ambos trastornos aumentan en los países de ingresos bajos y medianos, en particular en los entornos urbanos.
A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están vinculados con un mayor número de muertes que la insuficiencia ponderal. En general, hay más personas obesas que con peso inferior al normal. Ello ocurre en todas las regiones, excepto en partes de África subsahariana y Asia. (OMS, 2021)
Referente a la gráfica N°9 se observa una mayor proporción en el género femenino en este caso del 82% correspondiente a 37 usuarios, frente al 81% (46) del género masculino clasificados en no aplica es decir, se debe verificar con el indicador P/T, en cuanto al riesgo de sobrepeso el 13% que equivale 6 pertenece al género femenino en comparación al 12% (7) del género masculino, así mismo se observa una proporción del 7% (4) de sobrepeso en el género masculino, frente al 4% (2) del género femenino el cual presenta obesidad.

En la primera infancia, la prevalencia de exceso de peso en la ENSIN 2015 fue de 6,4%, más alta que en el 2010, con diferencias significativas entre edades simples del grupo de niños y niñas de 2 (8,4 %) vs. 3 y 4 años (4,9 % y 4,8 %). Esta situación incremental del exceso de peso infantil en Colombia es preocupante por su contribución con el riesgo de enfermedades no transmisibles en los diferentes momentos del ciclo de la vida, tales como diabetes, hipertensión y cáncer, entre otras. (ENSIN, 2015)

Sin embargo, el Atlas de la Obesidad Infantil, que hace un estudio puntual de 191 países, rescata para el caso colombiano, el hecho de tener políticas que promueven la práctica de actividad física y el consumo de dietas saludables en niños y jóvenes, pero los esfuerzos han sido insuficientes en cuanto al control del marketing masivo de productos azucarados. (Atlas de Obesidad Infantil, 2019)

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la clasificación nutricional por antropometría, se hace necesarios realizar la revisión y respectivamente la selección de las siguientes variables que inciden directa o indirectamente con el estado alimentario y nutricional de la población objeto, a través de la ficha de caracterización socio familiar, donde se priorizó las siguientes variables y de igual manera se muestra los resultados.

Tabla N°13. Variables priorizadas de la ficha de caracterización socio familiar

MODULO II: NIÑOS Y NIÑAS	
VARIABLES BÁSICAS	Grupo de edad Género Nacionalidad
CONDICIONES HABITACIONALES	¿La niña o niño duerme con adultos en la misma habitación?
ATENCIÓN EN SALUD	¿La niña o niño se encuentra afiliado (a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud? ¿La niña o niño cuenta con el esquema de vacunación completo, según la edad? ¿La niña o niño es alérgico a algún medicamento o alimento? La niña o niño ¿Cuenta con la valoración integral del desarrollo en salud según la edad?
MODULO III: FAMILIA	
CONDICIONES DEL ENTORNO DE LA VIVIENDA Y HABITABILIDAD	¿El lugar donde viven cuenta con espacios independientes para dormitorio, cocina y baños? ¿El agua que se usa para consumo humano en el hogar, se le realiza algún tratamiento para que sea apta para el consumo? ¿Qué tratamiento usa para el consumo de agua? ¿En dónde preparan los alimentos las personas del hogar? ¿Tipo de tenencia de la vivienda?

Fuente: Base de datos ficha de caracterización socio familiar 2021

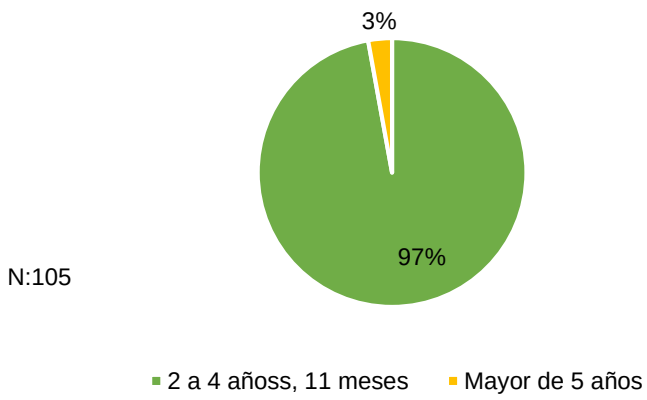
RESULTADOS Y ANÁLISIS

MODULO 1: NIÑO Y NIÑA

Tabla N°14. Distribución porcentual de la población objeto según variable grupo de edad

Grupo de edad	n	%
2 a 4 años, 11 meses	102	97%
Mayor de 5 años	3	3%
Total	105	100%

Gráfica N°10. Distribución porcentual de la población objeto según la variable grupo de edad



La modalidad institucional es una de las formas de atención que reciben niñas y niños de primera infancia desde los 2 años, 11 meses y 29 días podrán ser atendidos niñas y niños entre los 6 meses y 2 años (sala cuna) y hasta los 5 años, 11 meses y 29 días de edad. Siempre y cuando no haya oferta de educación preescolar.

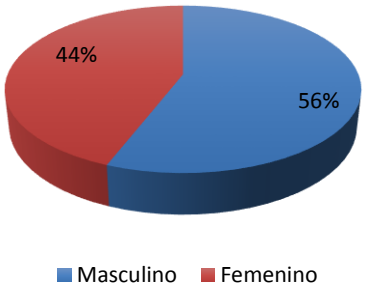
Esta modalidad cuenta con diferentes espacios que promueven y potencian el desarrollo integral de niñas y niños de primera infancia a través de los servicios de educación inicial en el marco de la atención integral, con el fin de dar a los padres de familia y cuidadores la confianza y tranquilidad de que sus hijos tendrán oportunidades para un óptimo crecimiento, que de manera integral significa que pueden disfrutar de una alimentación balanceada y proporcional a sus requerimientos nutricionales, así como espacios para desarrollar las actividades propias de la primera infancia como arte, literatura, juego y exploración del medio (ICBF, 2021)

Según la ENSIN 2015 menciona que a nivel nacional los menores de cinco años representaron el 8,9%, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la caracterización socio familiar se observa una prevalencia del 97% (102) en los niños y niñas en edades comprendidas de 2 a 4 años 11 meses y un 3% (3) mayores de cinco años.

Tabla N°15. Distribución porcentual de la población objeto según variable género

Género	Frecuencia	%
Masculino	57	56%
Femenino	45	44%
Total	102	100%

Gráfica N° 11. Distribución porcentual de la población objeto según la variable género



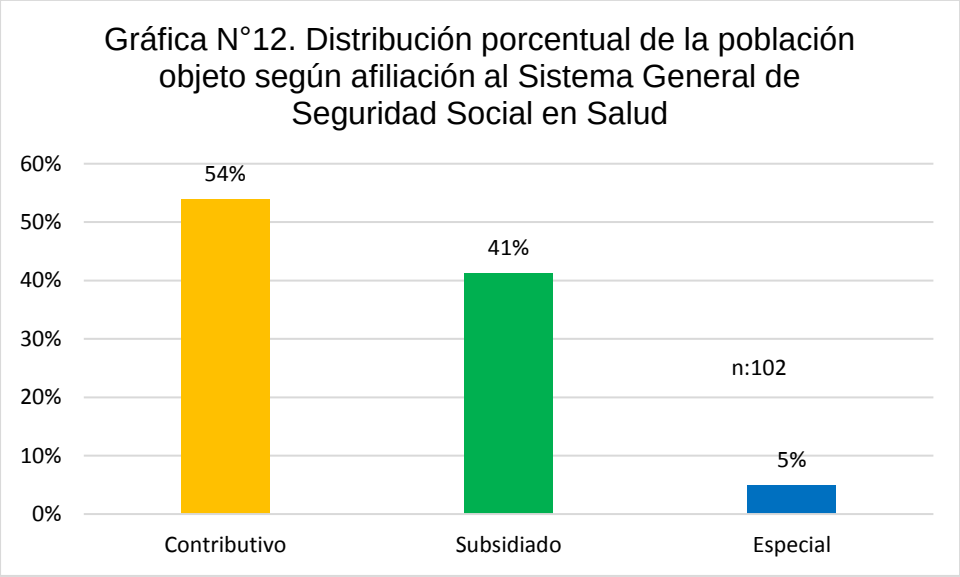
De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), El género se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres.

El Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018, para el año 2020 proyectó un total de 50.372.424 personas de las cuales, el 48,8% son hombres y el 51,2% son mujeres. (Boletín Poblacional, 2020)

De acuerdo a la gráfica N°11 se identificó que en el Hogar Infantil Pilatunas el 56% correspondiente a 57 usuarios pertenecen al género masculino y en una menor proporción 44% (45) niños pertenecen al género femenino.

Tabla N°16. Distribución porcentual de la población objeto según afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Salud

Afiliación al SGSSS	n	%
Contributivo	55	54%
Subsidiado	42	41%
Especial	5	5%
Total	102	100%



El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos mediante el cual el Estado garantiza la prestación de servicios de salud a los(as) colombianos(as), de acuerdo con lo establecido en las Leyes 100 de 1993, 1122 de 2007, 1438 de 2011, Decreto 780 de 2016 y las normas que la reglamentan y desarrollan. (DNP, 2021)

Existen tres tipos de participantes dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud: Los afiliados al régimen contributivo, son todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales, iguales o superiores a un (1) salario mínimo mensual legal vigente) y los pensionados. Los afiliados al régimen subsidiado, la población que no tiene recursos económicos y no puede aportar al sistema, es decir, aquellos que no tienen dinero suficiente para afiliarse al régimen contributivo o a un régimen excepcional y el régimen especial, aquellos sectores de la población que se rigen por las normas legales concebidas antes de la entrada en vigencia de la Ley 100 de 1993. Algunos casos son Fuerzas Militares, Policía Nacional, Ecopetrol, Magisterio (DNP, 2021)

Según datos de la Base de Datos Única de Afiliados (BDUA) dispuestos en el cubo BDUA del Sistema de Información de la Protección Social (SISPRO). Entre 2013 y 2018, la cobertura de afiliación se incrementó en 2,7 puntos porcentuales (p.p.): 2,6 p.p. para las mujeres y 2,9 p.p. para los hombres. (ASIS , 2019)

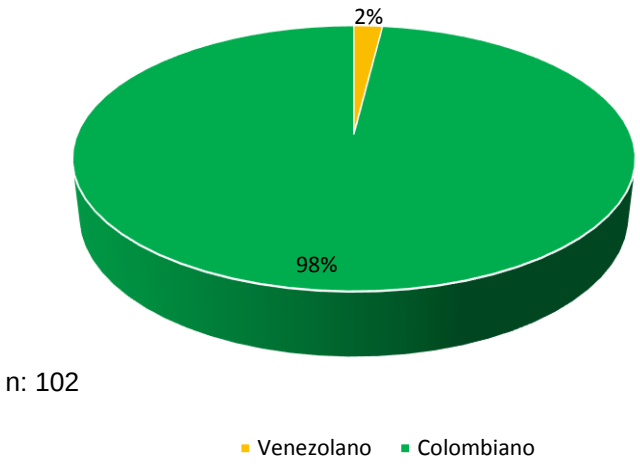
Aunque a nivel nacional el porcentaje de afiliados al régimen subsidiado (45,5%) es similar al de afiliados al régimen contributivo (44,9%), en Amazonas, Arauca, Bolívar, Caquetá, Casanare, Cauca, Cesar, Chocó, Córdoba, Guainía, Huila, La Guajira, Magdalena, Nariño, Norte de Santander, Putumayo, Sucre y Vichada más del 60% de afiliados pertenece al régimen subsidiado. (ASIS , 2019)

En la gráfica N°12, se evidencia que el 54% (55) pertenecen al régimen contributivo, el 41% correspondiente a 42 pertenecen al régimen subsidiado y en una menor proporción 5% (5) régimen especial.

Tabla N° 17. Distribución porcentual de la población objeto según la variable de Nacionalidad

Nacionalidad	n	%
Venezolano	2	2%
Colombiano	100	98%
Total	102	100%

Gráfica N° 13. Distribución porcentual de la población objeto según la variable de Nacionalidad



Se estima que hay cerca de 1.000 millones de migrantes en el mundo, es decir que equivale a uno de cada siete personas de la población mundial. En la Región de las Américas, el número de migrantes transfronterizos aumentó entre los años 2000 y 2015 en un 36%, para situarse en 63,7 millones personas; el número de desplazamientos internos ascendió a 7,1 millones (de los cuales 6,9 millones corresponden a Colombia). (MinSalud, 2020)

El total de migrantes de Venezuela se concentra en edades inferiores a los 55 años, aunque en los últimos 5 años su distribución ha variado. En 2015, esta población se concentraba en personas entre los 0 y 9 años de edad (35,8%), seguido de las personas entre los 25 y 54 años de edad (34,9%). Mientras que, para 2020, el 41,1% del total de migrantes de Venezuela se ubica entre los 25 y 54 años de edad (correspondientes a 928 mil personas); el 32,5% tiene entre 10 y 24 años de edad (correspondiente a 734 mil personas); por su parte, las personas del grupo etario de 55 años o más corresponde al 2,6% del total de migrantes de Venezuela (59 mil personas) (DANE, 2021)

De igual manera, a través del decreto 1288 del 2018 Por el cual se adoptó medidas para garantizar el acceso de las personas inscritas en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos, por medio del Permiso Especial de Permanencia –PEP, documento que sirve de identificación a los nacionales venezolanos en territorio colombiano, el cual les permite permanecer temporalmente en condiciones .de regularización migratoria y acceder a la oferta institucional en materia de salud, educación y trabajo así como a otro tipo de servicios como la apertura de cuentas bancarias, y en esa medida, es imperioso que todos los nacionales venezolanos inscritos en el Registro Administrativo de Migrantes Venezolanos cuenten con este documento. (Decreto 1288, 2018)

Teniendo en cuenta la gráfica N° 13, el 98% (100) son de nacionalidad Colombiana, y una pequeña proporción 2% (2) pertenecen a la nacionalidad venezolana.

Tabla N°18. Distribución porcentual de la población objeto según esquema de vacunación completo

Esquema de vacunación completo	n	%
Completo	102	100%
Incompleto	0	0
Total	102	100%

El Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) es una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con un fuerte compromiso de erradicar, eliminar y controlar las mismas. (PAI, 2021)

En los últimos años la cobertura con la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP3), la vacuna trazadora, se ha mantenido en los últimos 5 años alrededor del 90%. En 2018, el 88% de los niños menores de un año (aproximadamente 12.9 millones de niños) recibieron 3 dosis de la vacuna DTP3, protegiéndolos contra enfermedades infecciosas que pueden causar enfermedades graves y discapacidades o ser fatales. (OPS - OMS, 2021)

De la tabla N°18 se puede observar que el 100% (102) de los niños y niñas pertenecientes al Hogar Infantil Pilatunas cuenta con el esquema de vacunación completo de acuerdo a su edad.

Tabla N°19. Distribución porcentual de la población objeto según valoración integral del desarrollo de acuerdo a la edad

Valoración integral del desarrollo	n	%
Si	102	100%
No	0	0
Total	102	100%

El desarrollo de un niño o niña durante la primera infancia depende esencialmente de los estímulos que se le den y de las condiciones en que se desenvuelva. Es por esto que en la etapa comprendida entre los cero y los cinco años de edad es necesario atender a los niños y las niñas de manera armónica, teniendo en cuentan los componentes de salud, nutrición, protección y educación inicial en diversos contextos (familiar, comunitario, institucional), de tal manera que se les brinde apoyo para su supervivencia, crecimiento, desarrollo y aprendizaje. (MinEducación, 2021)

De igual manera es importante brindar una atención pertinente según lo establecido en la resolución 3280 de 2018 el cual indica la frecuencia de los controles de valoración integral según la edad del niño o niña.

Es así como en el Plan Sectorial 2006-2010 del Ministerio de Educación Nacional, se incluyó el tema de la educación para la primera infancia, definiéndola como un asunto prioritario. Conforme con este marco se viene avanzando en la construcción de una política educativa, que tiene como enfoque la integralidad. Dicho enfoque implica el trabajo intersectorial para garantizar el cumplimiento efectivo de los Derechos de los niños y las niñas, traducidos en cuidado, nutrición y educación para todos.

Por ello, la educación a los niños y niñas menores de cinco años se viene adelantando por medio de alianzas intersectoriales. Una de ellas es el convenio interadministrativo con el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), que garantiza la integralidad en la atención a 400.000 niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a los niveles uno y dos del Sisbén. Esta atención se brindará por medio de tres modalidades que buscan responder de manera diferencial a las necesidades de los niños y sus familias: fortaleciendo los procesos que vienen realizándose en los escenarios comunitarios,

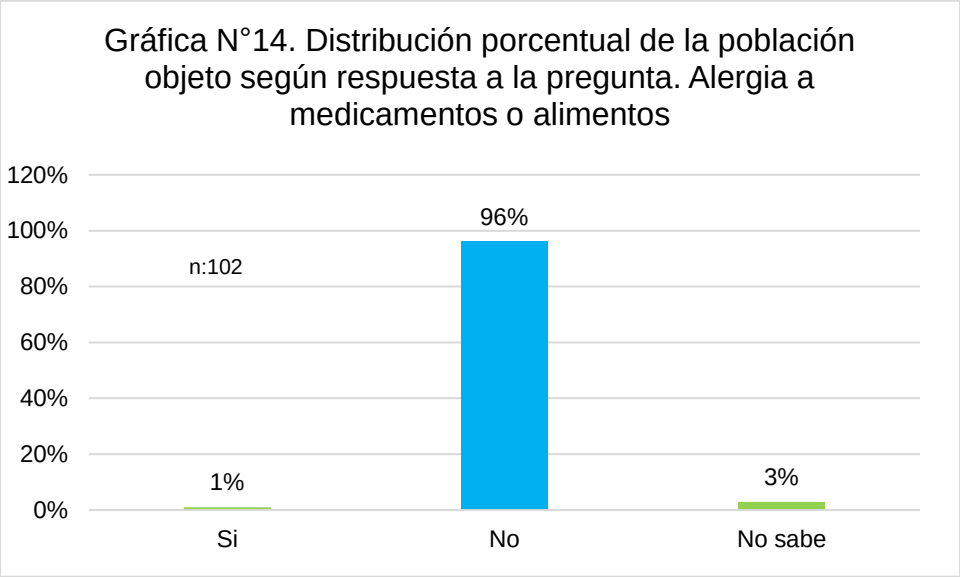
abriendo espacios en el sector urbano y realizando un esfuerzo especial en el sector rural donde no hay ningún tipo de atención para estos niños y niñas. (MinEducación, 2021)

Según estudios realizados en Risaralda, en la actualidad sólo el 24% los niños y niñas menores de cinco años recibe atención integral, y con la estrategia De Cero a Siempre se buscará hacer efectivos los derechos a la atención integral de 1’200.000 niños y niñas en situación de vulnerabilidad, enfrentándose así a un gran reto Nacional que exige una coordinación interinstitucional para alcanzar una cobertura del 100% de la población entre cero y cinco años de edad. (Gobernación de Risaralda, 2021).

En la tabla N°19 se puede evidenciar que el 100%(102) de la población objeto si recibe atención integral al desarrollo según la edad.

Tabla N°20. Distribución porcentual de la población objeto según respuesta a la pregunta. Alergia a medicamentos o alimentos

Alérgico a medicamento o alimento	n	%
Si	1	1%
No	98	96%
No sabe	3	3%
Total	102	100%



Una alergia a determinado alimento ocurre cuando el cuerpo reacciona contra proteínas no dañinas que se hallan en ese alimento. La reacción suele ocurrir al poco rato de que se ingiere el alimento. Estas reacciones pueden variar de leves a severas. (Food Allergies and Your Child, 2018)

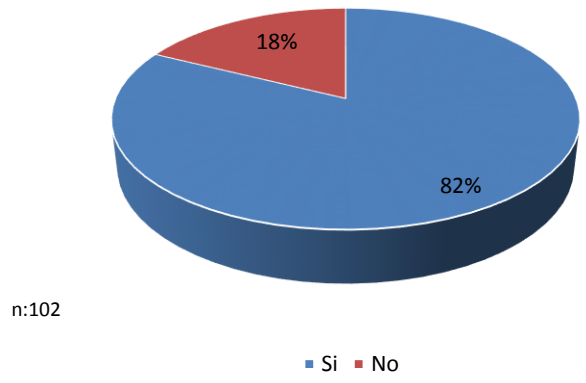
Entre el 4 % y el 8 % de los niños menores de 5 años presentan alergia a alimentos. Desde 1997 hasta 2015, la prevalencia de los casos informados de alergia a alimentos aumentó un 50 % entre los niños. Si bien la mayoría de los niños superan las alergias a medida que crecen, la alergia a los cacahuetes, frutos secos, pescado y mariscos puede durar toda la vida (Focus on Healthy Kids and Teens, 2019)

De acuerdo a los resultados obtenidos el 96% (98) de la población objeto no presenta ninguna alergia a medicamentos o alimentos, el 3% correspondiente a 3, según los padres de familia no sabe si el niño o niña presenta alergia y el 1% (1) de la población presenta alergia en este caso a un medicamento.

Tabla N°21. Distribución porcentual de la población objeto, según respuesta a la pregunta ¿El niño o niña duerme con adultos en la misma habitación?

Duerme con adultos en la misma habitación	n	%
Si	84	82%
No	18	18%
Total	102	100%

Gráfica N°15. Distribución porcentual de la población objeto segun respuesta a la pregunta ¿El niño o niña duerme con adultos en la misma habitación?



El colecho ha sido muy criticado por profesionales defensores de que los bebés deben dormir solos desde el nacimiento. Sin embargo, el 87% de los niños del mundo duermen acompañados. De hecho, las únicas áreas geográficas en las que no se practica el colecho de forma habitual son el sur de Europa, Estados Unidos y Canadá. En el resto del mundo, esta práctica está muy extendida y se realiza con naturalidad. (al., 2019)

Compartir la cama a veces está condicionado por falta de espacio en el hogar. Pero la literatura médica demuestra que las causas trascienden ese ámbito y que este fenómeno no sólo se da en poblaciones con un estatus socioeconómico medio y bajo, sino también alto. Aunque en Colombia muchas familias tienen que vivirlo, por sus condiciones económicas, éste acto es rechazado por profesionales en pediatría, por los pocos beneficios que aporta. Un estudio del año 2006 reveló que niños de la India de entre 3 y 10 años, el 93%, dormían con sus padres. En muchas partes del mundo, el colecho se práctica simplemente para mantener abrigado al niño durante la noche. Sin embargo, en otras culturas, como la europea y la occidental, lo hacen para una crianza saludable y feliz de los pequeños. (Martín, 2017)

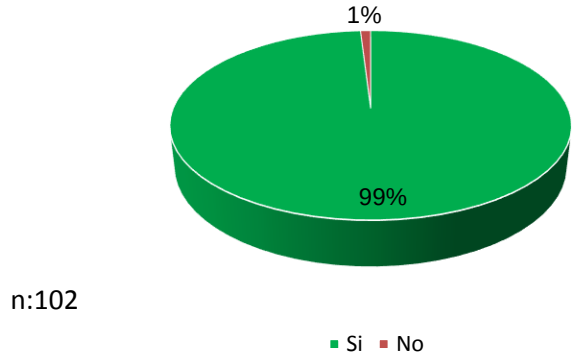
Según la gráfica N°15 el 82% correspondiente a 84 niños y niñas duerme con adultos en la misma habitación y en una menor proporción 18% (18) no comparte habitación.

MÓDULO 3: FAMILIA

Tabla N°22. Distribución porcentual de la población objeto, según respuesta a la pregunta ¿El lugar donde vive cuenta con espacios independientes para dormitorio, cocina y baño?

Espacios independientes para dormitorio, cocina y baño	n	%
Si	101	99%
No	1	1%
Total	102	100%

Gráfica N°16. Distribución porcentual de la población objeto, segun respuesta a la pregunta ¿El lugar donde vive cuenta con espacios independientes para dormitorio, cocina y baño?



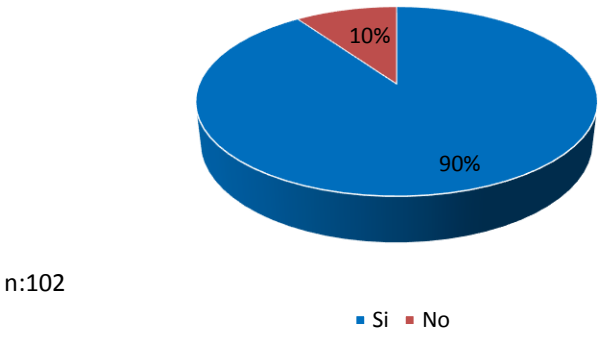
En Colombia, el 12,37% de los hogares registran déficit cuantitativo, ya que las viviendas que habitan presentaron carencias habitacionales, en lo referente a estructura, paredes, cohabitación y hacinamiento no mitigable; frente al Censo de 1993 (17,00%), disminuyó en 4,63 puntos. En la zona urbana o cabecera, el déficit cuantitativo es del 12,56% y en la zona rural o resto es del 11,71%; frente al Censo de 1993 se registra disminución en el área urbana de 7,78; mientras que en el área rural se presentó incremento de 4,76 puntos. (DANE, 2005)

Con los resultados obtenidos anteriormente se puede evidenciar que el 99% (101) de la población cuenta con espacios independientes para dormitorio, cocina y baño, y una mínima proporción 1% (1) no cuenta con estos espacios independientes.

Tabla N°23. Distribución porcentual de la población objeto según respuesta a la pregunta, ¿el agua para el consumo humano recibe algún tratamiento?

El agua para el consumo humano recibe algún tratamiento	n	%
Si	92	90%
No	10	10%
Total	102	100%

Gráfica N°17. Distribución porcentual de la población objeto según respuesta a la pregunta ¿El agua para el consumo humano recibe algún tratamiento?



El agua potable o agua para consumo humano es la que cumple con las características físicas, químicas y microbiológicas, de tal manera que no genera un riesgo para la salud. El agua para consumo humano debe ser transparente, sin color ni sabor, y no debe tener sólidos suspendidos (MinSalud, 2020)

Según la OMS 1.800 millones de personas han obtenido acceso a los servicios básicos de agua potable desde el año 2000, pero existen grandes desigualdades en la accesibilidad, disponibilidad y calidad de estos servicios. Se estima que 1 de cada 10 personas (785 millones) todavía carecen de servicios básicos, incluidos los 144 millones que beben agua de superficie que no ha recibido tratamiento. Los datos muestran que 8 de cada 10 personas que viven en zonas rurales carecían de acceso a estos servicios, y en uno de cada cuatro países con estimaciones para diferentes grupos de riqueza, la cobertura de los servicios básicos entre los más ricos era por lo menos el doble de alta que entre los más pobres. (OMS, 2021)

La población del mundo tiene un acelerado crecimiento, lo cual hace necesario que, cada vez exista más agua tratada para el consumo y que cada día, existan muchos más países y empresas preocupadas en este asunto. En muchos lugares del mundo, el agua antes de llegar a los hogares y empresas donde se usa, recibe tratamiento con diferentes métodos depurativos o de eliminación de algunos o todos los contaminantes que se encuentran en las aguas residuales, para que posteriormente, pueda ser utilizada.

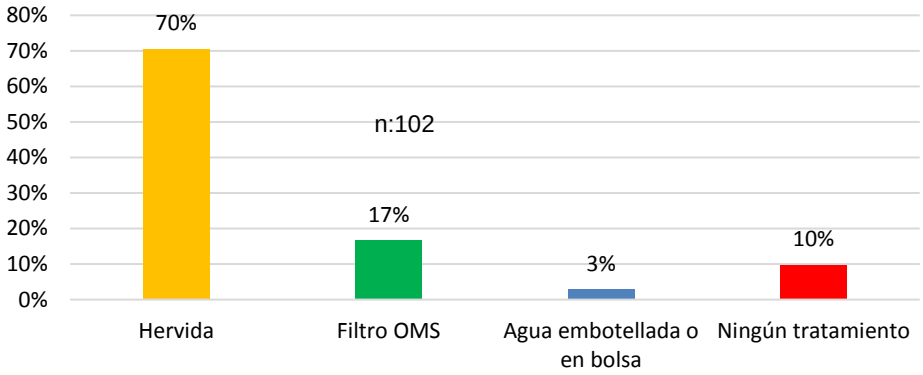
El tratamiento de agua posee diferentes métodos que son empleados dependiendo de la utilización que se le quiera dar al agua: Tratamiento con cloro, almacenamiento y sedimentación; desinfección mediante ebullición, productos químicos entre otros.

Se puede evidenciar que el 90% (92) de la población le realiza algún tratamiento al agua que utilizan para consumir y el 10% no le realiza ningún tipo de tratamiento.

Tabla N°24. Distribución porcentual de la población objeto según respuesta a la pregunta, tipo de tratamiento que recibe el agua para consumo humano

Tipo de tratamiento que recibe el agua para consumo humano	n	%
Hervida	72	70%
Filtro OMS	17	17%
Agua embotellada o en bolsa	3	3%
Ningún tratamiento	10	10%
Total	102	100%

Gráfica N°18. Distribución porcentual de la población objeto según respuesta a la pregunta, tipo de tratamiento que recibe el agua para consumo humano



El tratamiento y almacenamiento inocuo del agua en los hogares es una intervención importante en materia de salud pública que permite mejorar la calidad del agua potable y reducir la incidencia de enfermedades diarreicas**,** sobre todo entre las poblaciones que se abastecen de agua procedente de fuentes no mejoradas y, en algunos casos, de agua canalizada por tuberías que no es salubre o cuya inocuidad no es segura".

De los 2100 millones de personas que no disponen de agua gestionada de forma segura, 844 millones no tienen ni siquiera un servicio básico de agua potable. Esto incluye a 263 millones de personas que tienen que emplear más de 30 minutos por viaje para recoger agua de fuentes que se encuentran lejos de su hogar, y 159 millones que todavía beben agua no tratada procedente de fuentes de agua de superficie, como arroyos o lagos. (OMS, 2021)

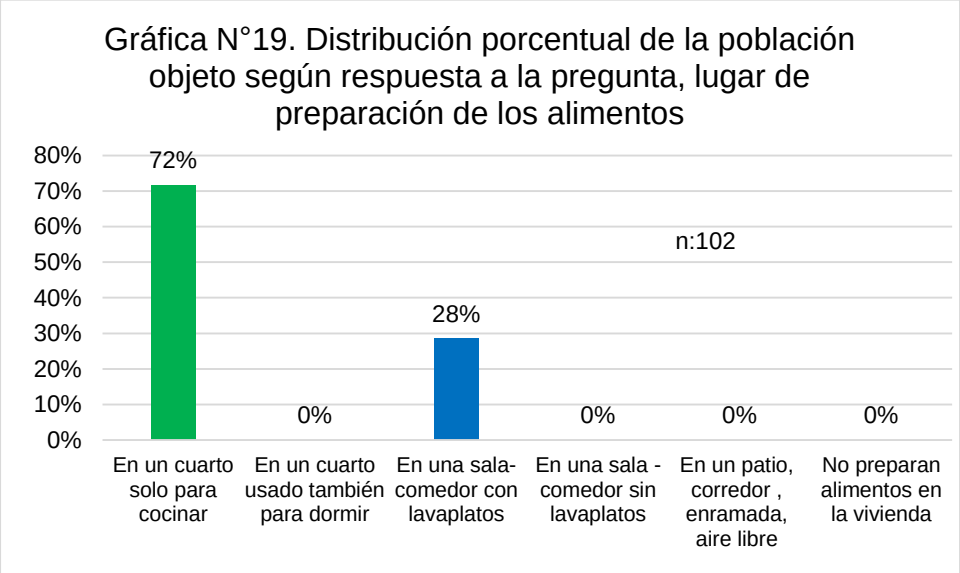
En 90 países, el progreso hacia el saneamiento básico es demasiado lento, lo que significa que sus habitantes no alcanzarán la cobertura universal para 2030 según los ODS. De los 4500 millones de personas que no cuentan con un saneamiento seguro, 2300 millones aún no disponen de servicios básicos de saneamiento. (OMS, 2021)

De acuerdo a la gráfica N°18 se evidencia que el 71% (72) de la población hierve el agua para el consumo humano, el 17% correspondiente a 17, utiliza filtro OMS, el 10% (10) no realiza ningún tratamiento al agua y en una mínima proporción 3% (3) consume agua embotellada.

Se estima que el saneamiento deficiente es la causa de 280 000 muertes por diarrea cada año y que es un importante factor subyacente a varias enfermedades tropicales desatendidas, como las lombrices intestinales, la esquistosomiasis y el tracoma. Las malas condiciones de saneamiento también contribuyen a la malnutrición (OMS, 2021)

Tabla N°25. Distribución porcentual de la población objeto según respuesta a la pregunta, lugar de preparación de los alimentos

Lugar de preparación de los alimentos	n	%
En un cuarto solo para cocinar	73	72%
En un cuarto usado también para dormir	0	0%
En una sala- comedor con lavaplatos	29	28%
En una sala -comedor sin lavaplatos	0	0%
En un patio, corredor , enramada, aire libre	0	0%
No preparan alimentos en la vivienda	0	0%
Total	102	100%



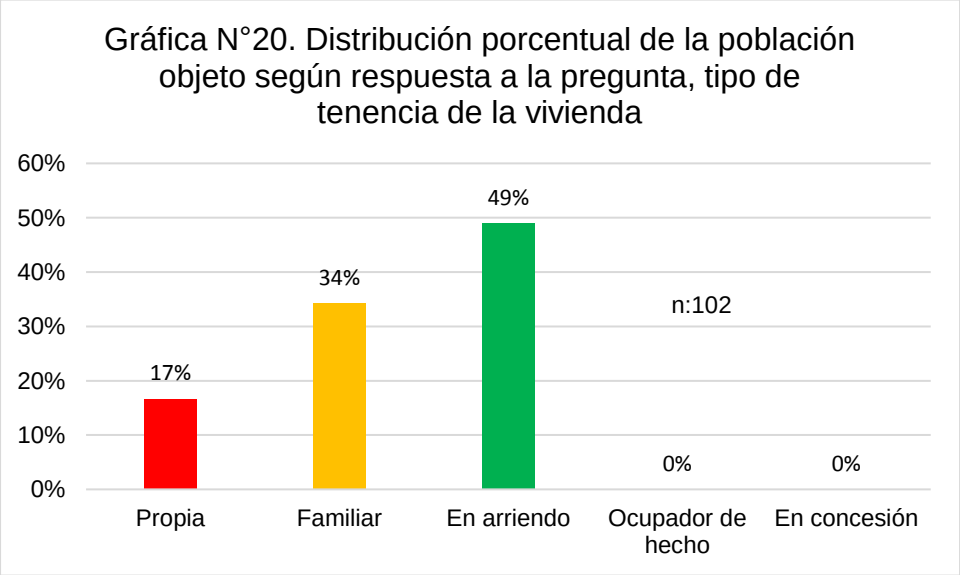
Las viviendas al no disponer de un lugar adecuado para preparar los alimentos. Son hogares que preparan los alimentos en un cuarto usado también para dormir; en una sala- comedor sin lavaplatos; en un patio, corredor o al aire libre. (DANE, 2005)

El 1,08% de los hogares del país habitan en viviendas en esta condición; frente al Censo de 1993 (1,95%), disminuyó en 0,87 puntos. En el área urbana los hogares que padecen ésta situación son el 1,23% y en la zona rural alcanza el 0,56%. Con relación al Censo de 1993, se registran disminuciones de 1,11 y de 0,21 puntos, respectivamente (DANE, 2005)

Según lo indicado en la gráfica N°19 el 72% (73) de la población preparan los alimentos en un cuarto solo para cocinar y el 28% (29) los prepara en una sala-comedor con lavaplatos.

Tabla N°26. Distribución porcentual de la población objeto según respuesta a la pregunta, tipo de tenencia de la vivienda

Tipo de tenencia de la vivienda	n	%
Propia	17	17%
Familiar	35	34%
En arriendo	50	49%
Ocupador de hecho	0	0%
En concesión	0	0%
Total	102	100%



La forma de tenencia de la vivienda, como la propiedad y el arriendo, representa condición de bienestar e indica la capacidad de los hogares para tener la seguridad de un espacio que les permita la protección y abrigo frente al medio físico y social, cumplir con funciones básicas como la sobrevivencia y la perpetuación de la especie, así como la preparación y el consumo de alimentos, el aseo personal, el reposo, la recreación, la procreación y la crianza. A nivel nacional la principal forma de tenencia de vivienda es la de tener vivienda propia, equivalente al 54,4 %, seguida del arriendo con el 31,2 %, el habitar sin pago corresponde al 7,2 % y el 1,3 % a los que viven en tenencia o posesión (DANE, 2005)

Según los resultados obtenidos con la variable tipo de tenencia el 49% (50) están en arriendo, el 34% (35) en vivienda familiar y en una menor proporción 17% (17) casa propia.

Desde el componente salud y nutrición establecido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, se dio cumplimiento a las acciones encaminadas a la prevención o deterioro del estado nutricional, con base a la información suministrada en el análisis de la ficha de caracterización socio demográfica y la clasificación nutricional por antropometría de los niños y niñas beneficiarios del Hogar Infantil Pilatunas, el cual se pudo identificar casos de malnutrición por déficit o por exceso y como resultado se crean actividades educativas bajo la estrategia de Información, Educación y Comunicación, con la finalidad de fomentar Hábitos y estilos de vida saludable mediante la creación de espacios agradables, divertidos y llenos de aprendizaje.

Se ejecutó 10 actividades educativas para la modalidad presencial y 4 para la modalidad remota, dirigida a la población objeto.

Actividad N°1. Tablero de los súper héroes

Para ejecutar la estrategia, fue necesario disponer de una herramienta (Tablero) que contempla los días de la semana y un espacio para que cada niño y niña al momento de consumir los alimentos que componen los tiempos de comida (refrigerio reforzado almuerzo) pegue un sticker, reflejándose como súper héroe**,** con ésta estrategia se buscó incentivar el consumo de alimentos ofrecidos en el servicio de alimentación, de igual manera se explicó lo importante que es consumir variedad de alimentos debido a que les permite crecer sanos y fuertes.

La actividad se empezó a ejecutar el día 28 de septiembre, la estudiante Karen Peña explicó a todos, que quien consumiera todos los alimentos, se le daría un súper héroe como forma de premio para que pudieran pegarlo en el tablero, fue un momento muy divertido y agradable para todos los niños y niñas, debido a que todos estaban ansiosos por recibir el sticker, para ésta primera estrategia se pudo identificar en el tiempo de comida (almuerzo) que ningún niño consumió la ensalada (de remolacha), pero si el resto de los alimentos.

Cabe resaltar que ésta actividad fue pensada inicialmente para ejecutarse una semana (28 al 31 de septiembre) pero llamó tanto la atención de los usuarios que se decidió dejarla y desarrollarla los día que aún no estaban las demás actividades o incluso cuando el niño o niña pedía el súper héroe al haber terminado los alimentos servidos.

Tabla N°27. Actividad educativa “El tablero de los súper héroes”

Indicador	Evidencia fotográfica
28 de septiembre: Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100 31 / 37 X 100 = 83.7%	 **Anexo N°1.** Luisa Esquivel / Tablero de los súper héroes / 28 de septiembre de 2021
29 de septiembre: Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100 *28 / 37 X 100 =75,6%*	 **Anexo N°2.** Diana Laguado / Tablero de los súper héroes / 29 de septiembre de 2021
30 de septiembre: Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100 *24 / 37 X 100 = 64,8%*	 **Anexo N°3.** Diana Laguado / Tablero de los súper héroes / 30 de septiembre de 2021
31 de septiembre: Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100 *20 / 37 X 100 = 54%*	 **AnexoN°4.** Diana Laguado / Tablero de los súper héroes / 31 de septiembre de 2021

Actividad N°2. Stand fotográfico

Para implementar la actividad se utilizó material reciclable (cartón) con el cuál se realizó el cuadro de selfie decorado con frutas y una corona. **(Anexo N°5)**

Esta actividad fue ejecutada el día 4 de octubre para el tiempo de comida almuerzo, antes de servir la comida, la nutricionista-Dietista explicó a todos los niños y niñas que quien terminara de comer se sentaba en la silla decorada, se ponía la corona y se tomaba la foto con el cuadro de selfie **(Anexo N°6)**

Con ésta actividad se incentivó a los usuarios a consumir los alimentos servidos, los niños y niñas estuvieron muy contentos y realizaron comentarios como: “Yo soy la reina” “Voy a comer para ganarme la corona”.

Estuvieron muy emocionados por pasar al frente y ponerse la corona, de igual manera se realizan este tipo de actividades para hacer más a meno y divertido el momento de alimentación, así mismo fue muy satisfactorio ver que todos los niños y niñas consumieron los alimentos servidos.

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

26 / 37 X 100 = 70,2%



Anexo N°5. Karen peña / Stand fotográfico / 4 de octubre de 2021



Anexo N°6. Soluna / Stand fotográfico / 4 de octubre de 2021

Actividad N°3. Semáforo de los alimentos

A través de ésta actividad se busca que los niños y niñas identifiquen la frecuencia con la deben consumir algunos alimentos como lo son: frutas, verduras, carnes y demás.

La nutricionista-dietista en formación ejecutó esta actividad el día 26 de octubre en el comedor antes de servir el almuerzo; preguntó a los niños y niñas si conocían el semáforo y respondieron que sí, luego preguntó que se debía hacer cuando el semáforo estaba en rojo y algunos niños dijeron: “parar la moto”, “no pasar” seguidamente preguntó que se debía hacer cuando el semáforo estaba en amarillo y hubo variedad de respuestas: “No podemos pasar”, “hay que esperar”, y finalmente la estudiante preguntó que se debía hacer cuando el semáforo estaba en verde y todos dijeron: “pasar”.

Después de esto brindó la explicación relacionando el semáforo de los alimentos con unas caritas (triste, feliz y pensativa), les comentó que eso mismo pasaba con los alimentos, el color rojo significa que se debe evitar el consumo de ellos (Comidas rápidas, dulces, galletas, bombo bum), el color amarillo los alimentos que se deben consumir 2 a 3 veces por semana, los cuales no se deben comer en exceso (Carne, pollo, pescado) y el color verde aquellos alimentos que deben consumir diariamente (frutas, verduras, lácteos) **(Anexo N°7)**

Después que los niños y niñas terminaran de comer, se le entregaba una ficha con la forma de alguno de los alimentos mencionados y ellos debían pegarla en el color correspondiente **(Anexo N°8)** para ellos fue fácil identificarlo debido a que relacionaban el color del semáforo con las caritas que se presentó y porque ya tienen conocimiento sobre cuáles son los alimentos que se deben consumir diariamente y los que no son saludables para el organismo.

Cabe resaltar que para este día solo asistieron 2 grupos de niños y niñas al Hogar Infantil, debido a que el grupo de párvulos se encontraba en aislamiento preventivo.
De igual manera se realizó la actividad con el grupo después que retornaron a modalidad presencial **(Anexo N°9)**

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

26 / 37 X 100 = 70,2%





Anexo N°7. Diana Laguado / Explicación actividad educativa / 26 de octubre de 2021 **Anexo N°8.** Diana Laguado / Semáforo de los alimentos / 26 de octubre de 2021



Anexo N°9. Liseth Ramírez / Semáforo de los alimentos / 25 de Noviembre de 2021

Actividad N°4. La hora del cuento

Para ejecutar ésta actividad se dispuso de equipos (Pc y Video Beam), se proyectó los videos por cada salón esto con el fin de mantener el distanciamiento, la estudiante dijo a los niños y niñas que prestaran mucha atención al cuento porque al finalizar se realizarían unas preguntas.

https://www.youtube.com/watch?v=cFUaHGlF0Dk (Selección saludable de alimentos)

https://www.youtube.com/watch?v=PWTDCGbfUkg (No quiero verduras)

Los videos proyectados relacionaron a un niño que no le gustaban las verduras ni los alimentos sanos, prefería comer helados, galletas y comidas rápidas. Hasta que un día tuvo que ir al doctor porque se sentía muy mal, enfermo y sin fuerzas y el doctor le dijo que si fuerte y sano quería crecer, frutas y verduras debía comer.

Los niños y niñas estuvieron muy atento y pendientes de los videos **(Anexo N°10)**, al finalizar la estudiante preguntó: ¿Qué le pasó al niño que no quería comer verduras? Y respondieron: "se enfermó" volvió a preguntar ¿Y por qué se enfermó? Hubo variedad de preguntas: "Porque no quería comer verduras" "porque comió mucho dulce y le dolió la barriga" y ¿Cuáles son los alimentos que debemos consumir para estar sanos y fuertes? "Manzana", "Frutas y verduras", "carne", "pollo". Seguidamente preguntó: ¿Cuáles son los alimentos que debemos evitar, porque no son buenos para nuestra salud? "Hamburguesa", "perro caliente", "dulces" respondieron los niños y niñas.

La estudiante les dijo que siempre debían comer alimentos saludables para crecer fuertes y saludables, porque si comían dulces y comidas rápidas se iban a enfermar y no tendrían fuerzas para jugar, correr y realizar todas las actividades que hacen en el Hogar Infantil. **(Anexo N°11)**

Por medio de ésta estrategia educativa se busca explicar a los niños y niñas la importancia del consumo de alimentos saludables, de igual manera mencionar cuales son las consecuencias de una alimentación inadecuada, como se ha venido explicando con las demás actividades, con el fin de sensibilizar sobre la importancia de una alimentación saludable.

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

26 / 37 X 100 = 70,2%



Anexo N°10. Karen peña / la hora del cuento / 2 de noviembre



Anexo N°11. Diana Laguado / la hora del cuento / 2 de noviembre

Actividad N°5. Viernes rumbero

La actividad se realizó el día 5 y 26 de noviembre en el área de juegos del Hogar Infantil Pilatunas **(Anexo N°12),** antes de iniciar la rumba terapia la Nutricionista-Dietista en formación explicó a los niños y niñas que se debe realizar ejercicio para mantener un cuerpo saludable, para prevenir enfermedades del corazón y la obesidad. Así mismo esto permite dormir mejor y sentirse bien. Seguidamente se dio inicio a la actividad la cual tuvo un tiempo de duración de 30 minutos aproximadamente y ésta fue dirigida por un instructor.

Todos los niños y niñas estuvieron muy contentos, bailando, saltando y realizando lo que decía el instructor. **(Anexo N°13)**

Mediante ésta rumba terapia se busca que los niños y niñas se mantengan activos, promoviendo la actividad física pero de una manera más divertida.

5 de Noviembre
Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

18 / 37 X100 = 48,6%

26 de Noviembre (Anexo N°14)

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

17 / 37 x 100 = 45,9%

Nota: Teniendo en cuenta la poca asistencia de niños y niñas los día viernes, se hace necesario establecer un cambio en la actividad, es decir, realizar la bailo terapia otro día de la semana donde la asistencia de los usuarios sea mayor, por ejemplo: Un Jueves rumbero



Anexo N°12. Karen peña / Viernes rumbero / 5 de Noviembre de 2021



Anexo N°13. Luisa Esquivel / Viernes rumbero / 5 de Noviembre de 2021



Anexo N°14. Luisa Esquivel / Viernes rumbero / 26 de Noviembre de 2021

Actividad N°6. Obra de teatro "El dilema de Juanita"

La actividad fue realizada el día 10 de noviembre en el comedor antes de servir el almuerzo, la Nutricionista-Dietista preguntó a los niños y niñas si les gustaba las frutas y verduras y todos respondieron que "si" y luego les dijo que estuvieran muy atentos a la obra de teatro que se iba a presentar.

Se contó con la ayuda de las docentes para representar los personajes en la obra de teatro. **(Anexo N°15)**

https://www.youtube.com/watch?v=Drl477HTWNY

Érase una vez en un lugar muy hermoso vivía una niña llamada juanita a quien le gustaba jugar, correr y saltar pero no le gustaba comer lo que su mamá preparaba con mucho amor. Cierto día la madre de juanita preparó una deliciosa ensalada de brócoli y zanahoria, acompañado de un delicioso jugo de melón, como la madre de juanita tenía que ir al mercado antes de salir le dijo:

Madre de Juanita: Juanita tengo que ir al mercado aquí te dejo la comida recuerda que debes comértela toda esto es muy saludable para ti

Juanita: Bueno, pero me traes una golosina, por fis mami

Madre de Juanita: No mi amor, debes comer toda tu comidita, las golosinas te hacen daño y no queremos que te enfermes verdad.

Juanita: Está bien mamá

Juanita fue a la cocina a ver lo que su mamá había preparado, al ver que se trataba de una ensalada se disgustó. ¡De pronto algo mágico sucedió! La zanahoria y el brócoli cobraron vida y saludaron a juanita

Brócoli y zanahoria: Hola Juanita

Juanita: ¡Oh No! que está pasando, ¿estoy soñando?

Zanahoria: Tranquila juanita no te asustes solo queremos hablar contigo, nos gustaría saber por qué no te gustamos si somos tan buenas

Juanita: Es que me gusta más la salchipapa

De pronto de la nada y sorpresivamente apareció junto a juanita una salchipapa

Salchipapa: Hola juanita, escuché que te gusto y he venido a salvarte de esas odiosas verduras

Juanita: ¡Oh No! No puede ser me estoy volviendo loca

Brócoli: Juanita no escuches a la salchipapa, ella lo único que quiere es hacerte daño, yo soy saludable y si me comes crecerás fuerte y sana

Salchipapa: ¡Es mentira! No le creas juanita, ellas mienten por eso son verde

Zanahoria: ¡Eso no es cierto! Las verduras tenemos colores brillantes porque tenemos vitaminas dentro de nosotras

Salchipapa: Yo soy deliciosa y todos los niños quieren comerme, todos me prefieren

Juanita: Pero mi mamá y mi profesora dicen que no debo comer comida chatarra

Brócoli: Si juanita, ellas tienen mucha razón, las salchipapas son comida chatarra que te hacen mucho daño

Juanita: Pensándolo bien, me gusta mucho la salchipapa, pero la última vez que comí me dolió mucho la barriga y el doctor me pinchó la colita

Zanahoria: Así es juanita, ahora entiendes porque no debes comer comida chatarra, es por eso que debes comernos, nosotras somos buenas y vamos a ayudarte a crecer sana y fuerte

Salchipapa: No las escuches juanita, están mintiéndote

Juanita estaba confundida por todo lo que había pasado, dio un par de vuelta y luego se acercó a la salchipapa y le dijo: ¡Salchipapa vete, no eres buena para mí!

Brócoli y zanahoria: ¡Muy bien Juanita!

Brócoli: Has hecho lo correcto, tu mamá estará muy orgullosa de ti

Juanita: Si amigos, ustedes tiene razón, ahora comeré la comida que mi mamá preparó con mucho amor

Un momento después todo volvió a la normalidad, las verduras estaban en el plato de juanita, entonces juanita ase acercó a ellas y se comió todo lo que había en el plato

¡Y colorín, colorado, juanita se ha alimentado!

La Nutricionista-Dietista en formación realizó preguntas a los niños y niñas: ¿Qué le pasó a Juanita? Los niños respondieron que no quería comer verduras y ¿Por qué no quería comer verduras? “porque no le gustaba” “porque le gustaba la salchipapa” fueron algunas de las respuesta dichas por los niños y niñas. ¿Nosotros debemos comer comidas rápidas? La respuesta de todos los niños fue “no” ¿Por qué no lo debemos hacer? se tuvo variedad de respuestas: “porque nos hace daño”, “nos duele la barriga”, “nos ponemos muy gordos” y ¿Entonces qué debemos hacer? “comer comida saludable” “comer frutas y verduras” ¿ustedes se van a comer la ensalada que les van a servir ahora en el almuerzo? Todos los niños respondieron que “si”

Esta estrategia tiene la finalidad de incentivar a los niños y niñas al consumo de verduras, resaltando beneficios, los cuales contribuyen a mantener un buen estado de salud, de igual manera a tener un óptimo crecimiento y desarrollo.

En esta actividad se observó que todos los niños y niñas identifican cuáles son los alimentos saludables y no saludables, que se debe consumir verduras. Pero así mismo se observa el rechazo que tienen a alguna de estas.

Para este día se ofreció ensalada de remolacha el cual no tiene buena aceptación por los niños y niñas, pero se tuvo un gran avance, de la totalidad de 24 niños y niñas que asistieron, 5 de ellos consumieron la ensalada.

Fue un excelente avance debido a que en preparaciones anteriores se observó que ninguno tomaba la iniciativa de probarla.

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

24 / 37 X100 = 64,8%



Anexo N°15. Diana Laguado / Obra de teatro / 10 de noviembre de 2021

Actividad N°7. Clasifica los alimentos

Para implementar la actividad se dispuso de material reciclable (cartón), se diseñó 2 caras (una triste y una feliz) al niño y niña se le dio la libertad de escoger una ficha la cual llevaba la imagen de un alimento (Fruta, comida rápida, productos de paquetes y verduras), los niños y niñas debían indicar en cual carita clasificaban la ficha escogida, de esta manera se identificó el gusto por ciertos alimentos. **(Anexo N°16)**

La actividad fue ejecutada el día 12 de noviembre en el comedor, para el tiempo de comida (almuerzo), la estudiante explicó a los niños y niñas que luego de terminar los alimentos servidos, cada uno escogía una ficha y debía clasificar el alimento como saludable o no saludable. **(Anexo N°17).** Se logró identificar que dos niños clasificaron la comida rápida como saludable, de esta manera se puede evidenciar el consumo de estos alimentos en casa.

Al finalizar la actividad la estudiante explicó cuáles son las consecuencias que conlleva el consumo de alimentos no saludables debido a que producen enfermedades del corazón, si consumen muchos dulces sentirán malestares en el estómago, se van a sentir cansados, triste y no tendrán energía para correr y realizar cualquier deporte. No crecerán sanos y fuertes.

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

24 / 37 X100 = 64,8%



Anexo N°16. Karen Peña / Clasifica los alimentos / 12 de noviembre de 2021



Anexo N°17. Luisa / Clasifica los alimentos / 12 de noviembre de 2021

Actividad N°8. La caja misteriosa

Para implementar la actividad primeramente se socializó con las docentes a cargo, debido a que el niño o niña debía traer una diadema con la fruta o verdura de su preferencia, ésta fue realizada el día 17 de noviembre.

La Nutricionista-Dietista en formación guardó las diademas en la caja misteriosa **(Anexo N°18),** y llevó la caja al comedor para realizar la actividad en el tiempo de comida (almuerzo).

Los niños y niñas preguntaban que había en la caja y la estudiante les dijo: “El día de hoy les traje una sorpresa, pero sólo a los niños y niñas que almuercen todo lo que se les sirva y quien no coma, no podrá ganar el premio que hay en la caja misteriosa”

Esto generó curiosidad e intriga en los niños y niñas, porque ellos desconocían lo que había dentro de la caja.

El menú establecido para éste día incluyó hígado encebollado, el cual es una preparación poco consumida por ellos, pero los niños y niñas estaban ansiosos por ganarse lo que había dentro de la caja y debido a la motivación de la estudiante, se logró que todos consumieran la preparación de ese día.

Seguidamente se fue premiando al niño o niña con la diadema **(Anexo N°19),** todos salieron muy contentos y motivados por haber ganado. **(Anexo N°20)**

La Nutricionista-Dietista los felicitó a todos y recalcó la importancia de consumir alimentos variados, incluida las carnes para ser niños fuertes.

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

22 / 37 X 100 = 59,4%



Anexo N°18. Karen Peña / Caja misteriosa / 17 de noviembre de 2021



Anexo N°19. Luisa Esquivel / Caja misteriosa / 17 de noviembre de 2021



Anexo N°20. Diana Laguado / Caja misteriosa / 17 de noviembre de 2021

Actividad N°9. En busca de lo saludable

Para la ejecución de la actividad, se hizo un árbol con material reciclable (cartón), de igual manera se realizaron figuras pequeñas con forma de frutas y verduras. **(Anexo N°21).** Esto se realiza con la finalidad de incentivar a todos los niños y niñas a consumir estos alimentos y recalcar los beneficios que aporta a la salud.

La actividad fue ejecutada el día 19 de noviembre en el área de juegos del Hogar Infantil Pilatunas y se realizó por grupos.

Antes de iniciar la actividad, la Nutricionista-Dietista preguntó a los niños y niñas: ¿Ustedes saben cuáles son los alimentos saludables? Y todos respondieron "si", luego les dijo: Cada uno de ustedes me debe decir un alimento saludable, los niños fueron respondiendo: "Manzana" "banano" "frutas" "pollo" "vegetales" y así sucesivamente. Luego preguntó ¿Cuáles son los alimentos no saludables? Y los niños y niñas decían: "Hamburguesa" "helado" Pizza".

Seguidamente la estudiante les dijo: Hoy vamos a realizar un juego muy divertido llamado, en busca de lo saludable, ustedes deben buscar todas las frutas y verduras que oculté en varios lugares, quien vaya encontrando viene y me dice el nombre de la fruta o verdura y lo pega en el árbol.

Todos los niños y niñas corrieron, en busca de las frutas y verduras, a medida que iban encontrando las pegaban en el árbol **(Anexo N°22)**

Luego de haber completado el árbol **(Anexo N°23),** la estudiante recalcó que se deben consumir estos alimentos porque aportan muchas vitaminas y minerales que el organismo necesita, el cual ayuda a prevenir enfermedades y les permite crecer sanos.

Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

28 / 37 X 100 = 75,6%



Anexo N°21. Karen Peña / En busca de lo saludable / 19 de noviembre de 2021



Anexo N°22. Karen Peña / En busca de lo saludable / 19 de noviembre de 2021



Anexo N°23. Soluna Rincón / En busca de lo saludable / 19 de noviembre de 2021

Actividad N°10. Dramatizado "El debate de las frutas y verduras"

Para ejecutar la actividad, primeramente se socializó con las docentes a cargo, debido a que se requirió la participación de ellas.

La actividad fue realizada el día 24 de noviembre, se cumplió con las medidas de bioseguridad: Tapabocas, alcohol y el distanciamiento. Para este día todos los niños y niñas llevaron una diadema con una fruta o verdura, la estudiante dio el saludo de bienvenida, les dijo que estuvieran muy atentos a la presentación que iba a realizar con las docentes.

Inició con un baile denominado "Las manos hacia arriba" **(Anexo N°24)** (https://www.youtube.com/watch?v=swUf2gSlroc)

Las manos hacia arriba las manos al revés
Las manos en la espalda las manos en los pies
Las manos dando palmas, las manos dicen no

Las manos dicen hola y también dicen adiós
Las manos de sombrero las manos con calor
Las manos de arañitas las manos caracol
Las manos tocan el piano y tocan el violín

Ahora tienen sueño pero no quieren dormir
Las manos dando palmas, las manos dicen no
Las manos dicen hola y también dicen adiós
Las manos de sombrero las manos con calor

Las manos de arañitas las manos caracol
Las manos tocan el piano y tocan el violín
Ahora tiene sueño se acuestan y a dormir

Seguidamente se presentó el dramatizado **(Anexo N°25)**

- Hay reunión en el huerto anuncia la **banana** madura, porque frutas y verduras no logran ponerse de acuerdo
- Somos más nutritivas afirmaron las **verduras** y respondieron las **frutas:** Tenemos más vitaminas
- **Piña:** Yo de todas, soy la reina (Dijo la piña moviendo su corona), soy dulce, deliciosa tengo un gran aporte de fibra y mejoro tu digestión
- Y dijo la **zanahoria burlona:** yo soy más rica y más bella, tengo muchas vitaminas que mejoran tu visión
- **Brócoli:** Yo soy verde, delicioso y cuido tu piel con todos los nutrientes que aporto
- Y gritó la **manzana** enojada: Conmigo hay más variedad, protejo tu corazón, soy fuente de vitamina A, C y te ayudaré a estar saludable
- Somos dulces, pequeñas y muy sabrosas, además prevengo enfermedades del corazón dijeron a coro las **uvas.**
- Y respondió la **lechuga**: Yo soy fresca y muy jugosa

  Discutiendo sus beneficios estuvieron todo el día, hasta que intervino una **niña**, que dulcemente les dijo: Tanto unas como otras son un gran alimento y estamos muy contento porque todas son deliciosas, frutas y verduras cada día todo debemos comer, para que podamos crecer, con buena salud y energía.

  Al finalizar la presentación, intervino una docente, la cual les recalcó a los niños y niñas que siempre se deben lavar las manos con agua y jabón antes de comer, para evitar infecciones o malestares en el estómago, que la hora de comer es un momento muy importante el cual se debe respetar, no jugar con los alimentos, no tirarlos, sentarse de manera adecuada y no hablar con la boca llena, la finalidad era recordarle a los niños y niñas las normas que se deben tener en cuenta cuando se está en la mesa.

  Luego la Nutricionista-Dietista en formación les recordó a los niños y niñas una vez más la importancia del consumo de frutas y verduras para mantener un buen estado de salud y de esa manera crecer sanos, debido a que estas aportan muchos nutrientes como la vitamina A, C, E y minerales esenciales para el organismo.

  Todos los niños y niñas conocen e identifican cuales son los alimentos saludables que se deben consumir, aunque rechacen algunas verduras.

  Indicador: Número de niños y niñas que participaron de la actividad / Total de niños y niñas programados X 100

  20 / 37 X 100= 54%



Anexo N°24. Andreina Vega / Baile “Las manos hacia arriba” / 24 de Noviembre de 2021



Anexo N°25. Andreina Vega / El debate de las frutas y verduras / 24 de Noviembre de 2021

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DIRIGIDA A LOS NIÑOS Y NIÑAS MODALIDAD REMOTA DEL HOGAR INFANTIL PILATUNAS

Actividad N°1. Video "Plato saludable de la familia colombiana"

La Nutricionista-Dietista en formación realizó video sobre el plato saludable de la familia colombiana, el cual fue enviado por el grupo de WhatsApp de la EAS Hogar Infantil Pilatunas dirigido a la escuela de padres. Esto bajo la supervisión de la Nutricionista-Dietista Andreina Vega.

Esto con la finalidad de brindar información acerca de la distribución de alimentos y las porciones recomendadas en la primera infancia, el video se enfocó en la estrategia del ICBF denominada: Mi plato, un arcoíris divertido de sabores, el cual es una guía para seleccionar los alimentos y las porciones adecuadas para cada una de las comidas y de igual manera garantizar una alimentación variada, nutritiva y saludable a los niños y niñas.





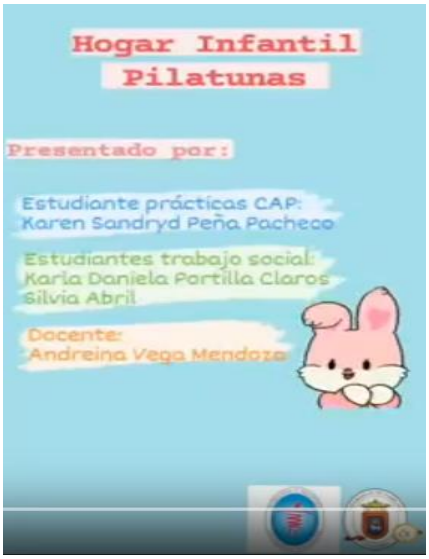
Anexo N°26. Plato saludable de la familia colombiana

Actividad N°2. Video "Alimento de Alto Valor Nutricional (AAVN)"

Los siguientes videos educativos fueron realizado por la Nutricionista-Dietista en formación, con el apoyo de dos estudiantes de octavo semestre del programa de Nutrición y Dietética que realizan trabajo social, bajo la supervisión de la Nutricionista-Dietista Andreina Vega, el cual fue enviado a los padres de familia de los niños y niñas a través del grupo de WhatsApp.

Estos fueron enfocados en temas como: Alimento de Alto Valor Nutricional (AVNN), enfermedades inmunoprevenibles y actividad física en la primera infancia.

A través de este video se explicó a los padres de familia los beneficios de la Bienestarina Más, presentación (Polvo y liquida) y finalizó con una receta donde incluye como ingrediente principal el AAVN, el cual es entregado a los usuarios en la RPP.





Anexo N°27. Alimento de Alto Valor Nutricional

Actividad N°3. Video "Enfermedades inmunoprevenibles en la infancia"

A través de este video se dio a conocer a los padres de familia, información importante acerca de las vacunas, debido a que éstas son necesarias para proteger a los niños y niñas de enfermedades peligrosas los cuales pueden tener complicaciones graves e incluso provocar la muerte.





Anexo N°28. Enfermedades inmunoprevenibles en la infancia

Actividad N°4. Video "Actividad física en la primera infancia"

A través de éste video se busca que los padres de familia promuevan la actividad física en los niños y niñas desde casa, así mismo que tengan en cuenta los beneficios que tiene para la salud.





Anexo N°29. Actividad física en la primera infancia

De igual manera se hizo la verificación del cumplimiento de las obligaciones contractuales del componente de salud y nutrición, con base a los 5 ejes de la política de la seguridad alimentaria y nutricional, realizando apoyo y acompañamiento en las siguientes actividades:

Tabla N°28. Apoyo y acompañamiento en las obligaciones contractuales

Disponibilidad	Acceso	Consumo	Aprovechamiento biológico	Calidad e inocuidad
Compras locales: La Nutricionista-Dietista en formación realizó una socialización sobre el tema, dirigido al talento humano de la UDS, de igual manera envío una infografía a través de WhatsApp	**Estandarización de porciones:** La Nutricionista-Dietista de la UDS realizó el tercer taller práctico de estandarización de porciones dirigido a las manipuladoras de alimentos, en el cual la estudiante hizo acompañamiento en la actividad	**Desarrolla acciones dentro de la celebración de la semana HEVS:** La Nutricionista-Dietista en formación realizó una capacitación dirigida al talento humano de las UDS (HI Pilatunas y HI Blanca Nieves), abordó te mas como: Plato saludable de la familia colombiana, recomendaciones de las GABAS, importancia de la actividad física y el consumo de agua. **Plan de formación a las familias:** De igual manera abordó temas relacionados con los Hábitos y estilos de vida saludable, dirigido a los padres de familia de las dos UDS, a través de la plataforma de Google Meet **Enfermedades inmunoprevenibles:** Se envió un video educativo a los padres de familia de las dos UDS a través del grupo de WhatsApp que tienen conformado con las agentes educativas, se explicó la importancia que tiene las vacunas en la primera infancia; A demás se contó con el apoyo de 2 estudiantes del programa de Nutrición y Dietética de octavo semestre que realizan trabajo social	**Seguimiento nutricional a los niños y niñas con malnutrición:** La Nutricionista-Dietista en formación realizó acompañamiento al tamizaje nutricional en los niños y niñas con malnutrición	**Diligenciamiento de los formatos del Plan de Saneamiento Básico:** La Nutricionista-Dietista en formación diligenció diariamente los formatos correspondientes al Plan de Saneamiento Básico y Buenas Prácticas de Manufactura de la UDS **Plan de formación al talento humano:** La Nutricionista-Dietista en formación realizó capacitación dirigida al talento humano de las UDS, donde abordó temas sobre **Plan de Saneamiento Básico, Buenas Prácticas de Manufactura y Enfermedades Transmitidas por Alimentos**, esto con el fin de dar cumplimiento a las 10 horas de formación establecidas por el ICBF.

Fuente: Documento de obligaciones contractuales

CONCLUSIONES

- Se determinó la clasificación nutricional por antropometría de la población, y con base a los resultados obtenidos en el informe se identificó que para el indicador P/T una proporción del 4% (4) presenta riesgo de desnutrición aguda y un 3% (3) obesidad, de igual manera para el indicador T/E sólo el 1% (1) presenta retraso en talla, en cuanto al indicador IMC/E hay un 3% (3) que presenta obesidad y en el indicador P/E no se presentó casos de desnutrición global, de igual manera con base a estos resultados se estableció acciones de intervención para reducir la prevalencia de estos casos, así mismo prevenir la malnutrición en aquellos usuarios que se encuentren adecuados según los indicadores que se contempla en la resolución 2465 de 2016.
- Con base al análisis de la ficha de caracterización socio familiar, se estableció las variables que probablemente inciden de manera directa e indirecta en la situación alimentaria y nutricional de los niños y niñas del Hogar Infantil Pilatunas, entre las cuales se encuentra: Nacionalidad, afiliación a la SGSSS, esquema de vacunación completo, valoración integral, tratamiento al agua para consumo, alérgico a alimentos o medicamentos, espacios independientes en el hogar y tipo de tenencia de la vivienda, de igual manera por medio de las variables analizadas se pudo identificar que el 100% de la población cuenta con el esquema de vacunación completo y la valoración integral del desarrollo, que el 99% cuenta con espacios independientes en cuanto a dormitorio, cocina y baño, el 90% le realiza algún tratamiento al agua que utilizan para consumo humano y el tipo de tratamiento más utilizado es el hervido con una proporción del 71%, esto nos permite deducir que un gran porcentaje de la población viven en óptimas condiciones las cuales contribuyen a un mantener buen estado de salud.
- A través de la estrategia de Información. Educación y Comunicación (IEC), se ejecutó acciones de intervención dirigida a la población objeto, con el fin mejorar o mantener un estado nutricional adecuado y por ende fortalecer el componente de salud y nutrición de la Entidad Administradora de Servicio.
- Se verificó el cumplimiento de las obligaciones contractuales del componente de salud y nutrición con base a los 5 ejes de la Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional, de igual manera se realizó apoyo y acompañamiento con las siguientes actividades: Socialización sobre compras locales, acompañamiento en el tercer taller práctico de estandarización de porciones dirigido a las

manipuladoras de alimentos, Capacitación de Hábitos y Estilos de Vida Saludable dirigido al talento humano y a los padres de familia de las dos UDS (HI Pilatunas y HI Blanca Nieves), video enviado a través del grupo de WhatsApp de los padres de familia, sobre enfermedades inmunoprevenibles, acompañamiento en el seguimiento nutricional a los niños y niñas con malnutrición, diligenciamiento de los formatos del Plan de Saneamiento Básico y plan de formación dirigido al talento humano en temas de Plan de Saneamiento Básico, Buenas Prácticas de Manufactura y Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

Bibliografía

(2020). *ASIS.* Colombia: Análisis de Situación en Salud.

(2019). *Atlas de Obesidad Infantil.* Federación mundial de la obesidad.

Boletín poblacional. (2020). Ministerio de salud y protección social.

CONPES113. (s.f.). 2007.

ENSIN. (2010). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia.

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

(2018). *ICBF.* GUÍA TÉCNICA Y OPERATIVA SISTEMA DE SEGUIMIENTO NUTRICIONAL.

ICBF. (2021). Instituto Colombiano de Bienestar Familiar .

OMS. (2021). Organización Mundial de la Salud.

(2021). *OMS.* Metas mundaiales de nutrición 2025.

Res. 2465. (2016). Ministerio de Salud y Protección Social.

(s.f.). *SISVAN.* Sistema de Vigilancia Epidemiológia Alimentaria y Nutricional.

(2019). *WINSISVAN.* NORTE DE SANTANDER: SISTEMA DE VIGILANCIA NUTRICIONAL.

al., J. e. (2019). *ADHERENCIA DE PADRES Y CUIDADORES A RECOMENDACIONES SOBRE LA PRÁCTICA DE SUEÑO SEGURO.*

(2019). *ASIS .* Bogotá, Colombia: Análisis de Siruación en Salud, Dirección de Epidemiología y Demografía.

(2020). *Boletín Poblacional.* Ministerio de salud y protección social.

Castaño, L. S., & Isaza, E. J. (2015). *Situación alimentaria y nutricional en Colombia desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud.* Medellín-Colombia: Escuela de Nutrición y Dietética, Universidad de Antioquia.

(2005). *DANE.* CENSO GENERAL 2015 Déficit de vivienda.

(2020). *DNP.* Departamento Nacional de Planeación.

(2021). *DNP.* Departamento Nacional de Planeación.

(2019). *Focus on Healthy Kids and Teens.*

(2018). *Food Allergies and Your Child.* Copyright © 2007 American Academy of Pediatrics, Updated 11/2010.

(2021). *Gobernación de Risaralda.*

(2020). *ICBF.* BOGOTÁ D.C: PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN.

(2021). *ICBF.* ONSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR.

Martín, R. M. (2017). *El colecho en nuestro medio.* Pediatria AtenciÓN Primaria, SCIELO.

(2021). *MinEducación.* Ministerio de Educación Nacional.

(2020). *MinSalud.* Ministerio de Salud y Protección Social.

(2021). *OMS.* ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

(2021). *OPS - OMS.* ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

al., N. B. (2019). *Prevalencia de malnutrición en menores de 5 años. Comparación entre parámetros OMS* , 2.

(2021). *ICBF.* Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

(2016). *MINSALUD.* Bogotá DC: POLITICA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD.