

IMPACTO DEL EL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN
AL PROGRAMA DEL CENTRO DE RECUPERACION ESPERANZA Y VIDA DE
LA UNIVERSIDAD DEL SINU Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR
FAMILIAR - ICBF DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE
DE 2010 A SEPTIEMBRE DE 2011 – EN CARTAGENA DE INDIAS

ZAIDA DOWNS GUTIERREZ DE PIÑERES
SARA GUERRERO DELGADO
SANDRA MILENA SARAVIA ALTAHONA
VIRGINIA SILVA CASTRO

UNIVERSIDAD DEL SINU ELÍAS BECHARA ZAINÚM SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
PROYECTO DE GRADO
CARTAGENA DE INDIAS D.T.C

2011 – 2

IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL
PROGRAMA DEL CENTRO DE RECUPERACIONES PERANZA Y VIDA DE LA
UNIVERSIDAD DEL SINU Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR
FAMILIAR - ICBF DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE
DE 2010 A SEPTIEMBRE DE 2011 EN CARTAGENA DE INDIAS

ZAIDA ESTHER DOWNS GUTIERREZ

SARA GUERRERO DELGADO

SANDRA MILENA SARAVIA ALTAHONA

VIRGINIA SILVA CASTRO

Trabajo de grado para optar al título de Nutricionista Dietista

Diego Fernando Villota Bedoya

Asesor Metodológico

Carmen Leticia De Ardila

Asesora Disciplinar

UNIVERSIDAD DEL SINU ELÍAS BECHARA ZAINÚM SECCIONAL CARTAGENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

PROYECTO DE GRADO
CARTAGENA DE INDIAS D.T.C
2011 – 2

Nota de Aceptación

Presidente del Jurado

Jurado

Cartagena, Noviembre 2011

Dedicamos este proyecto a Dios por llevarnos a su lado a lo largo de esta vida ,siempre llenándonos de sabiduría , alegría y gozo espiritual .

A nuestros padres que nos enseñaron todo el valor y toda la fuerza en un solo abrazo, y nos brindaron su apoyo incondicional para brillar en sociedad como futuras profesionales .

A cada una de las personas que participaron en la investigación realizada, ya que invirtieron su tiempo y conocimiento para ayudarnos a complementar, nuestro proyecto de grado y por último a todas aquellas personas que sin esperar nada a cambio compartieron conocimientos y diversión, a todos aquellos que durante los últimos cinco años que duro esta carrera lograron convertir este sueño en una realidad.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

Primero que todo damos gracias a Dios por ser nuestro guía en todo nuestro proceso de aprendizaje diario.

Durante estos cinco años son muchas las personas que han participado en este proyecto, a quienes queremos expresarles toda nuestra gratitud por el apoyo y la confianza que nos brindaron de forma desinteresada.

En primer lugar queremos agradecer a la Universidad del Sinú por brindarnos las bases necesarias durante todo nuestro proceso educativo y más aún por la excelente asesoría en el desarrollo de nuestro proyecto de grado, destacando largos y fructíferos periodos que desarrollamos en esta labor investigativa.

Queremos dar un especial reconocimiento a la Dra. Carmen Leticia De Ardila, Asesora Disciplinar, al Dr. Diego Villota Bedoya, Asesor Metodológico, Rider

Hoyo Verdugo asesor metodológico de la universidad de Cartagena y la universidad de San Buena Ventura por brindarnos su apoyo y confianza para que este proyecto se forjara, además agradecemos a la Dra. Patricia Buelvas; de igual manera también nos complace agradecer la acogida y el apoyo del personal profesional del CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA, lugar donde se desarrolló esta investigación ya sin el apoyo de estas personas no se hubiese llevado a cabo esta labor.

No podemos olvidar a nuestras compañeras con las cuales compartimos incontables horas de estudio, gracias por los buenos y malos momentos, por aguantarnos y por escucharnos.

CONTENIDO

	pág.
INTRODUCCION	
12	
1. TITULO	18
2. RESUMEN	19
3. PROBLEMA	
22	
3.1 DESCRIPCION DEL PROBLEMA	
22	
3.2 FORMULACION DEL PROBLEMA	
28	
4. JUSTIFICACION	29

5. OBJETIVOS	
34	
5.1 OBJETIVO GENERAL	34
5.2 OBJETIVO ESPECIFICO	
34	
6. MARCO DE REFERENCIA	
36	
6.1 ANTECEDENTES	
36	
6.2 MARCO TEORICO	
42	
6.3. MARCO LEGAL	
47	
6.4. MARCO CONCEPTUAL	
53	
7. DISEÑO METODOLOGICO	
57	
7.1 TIPO DE INVESTIGACION	
57	
7.2 POBLACION Y MUESTRA	
57	
7.3 FUENTES DE INFORMACION	
58	
7.4CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION	
58	
7.5 VARIABLES	
60	

7.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION	
64	
7.7 TECNICAS DE TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADO	
65	
7.8 ASPECTOS ETICOS	65
8. RESULTADOS ESPERADOS	
66	
9. RECURSOS	
67	
9.1 RECURSOS HUMANOS	
68	
9.2 RECURSOS MATERIALES	
68	
9.3 RECURSOS INSTITUCIONALES	68
10. PRESUPUESTO	
68	
11. CRONOGRAMA DEL PROYECTO	
70	
12. ANALISIS DE RESULTADOS ESPERADOS	72
13. CONCLUSIONES	
91	
14. RECOMENDACIONES	94
15. BLIBLIOGRAFIA	96
16. ANEXOS.	98

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Grafica 1. Cobertura de beneficiarios del centro de recuperación nutricional por mes, durante el primer trimestre, especificados por sexo.....	69
Gráfica 2. Cobertura del centro de recuperación nutricional Esperanza Y vida durante el primer año de funcionamiento.....	70

Grafica 3. Estancia en el centro de recuperación nutricional esperanza y vida primer trimestre 2010.....	71
Gráfica 4. Número de días promedio de estancia de atención de niños y niñas durante el primer trimestre del 2011 en el centro de recuperación nutricional....	72
Gráfica 5 Distribución por sexo de los niños y niñas del programa del centro de recuperación nutricional Esperanza y Vida.....	73
Gráfica 6. Edad en meses de los niños y niñas atendidos en el centro de recuperación nutricional Esperanza y Vida.....	74
Gráfica 7. Tamaño de las familias ingresadas de los niños y niñas ingresadas al programa de recuperación nutricional Esperanza y Vida.....	75
Gráfica 8. Nivel de inseguridad alimentaria de la familia de los niños y niñas beneficiarias del programa de recuperación nutricional Esperanza y Vida.....	76
Gráfica 9. Porcentaje de niños y niñas del centro recuperación nutricional Esperanza y Vida afiliados al SGSSS.....	77
Gráfica 10. Porcentaje de las familias de los niños y niñas beneficiarios del programa de recuperación nutricional por rangos de ingresos económicos según sexo.....	78
Gráfica 11. Porcentaje de peso al nacer de los niños y niñas que ingresan al centro de recuperación nutricional Esperanza y Vida durante el periodo de estudio.....	79
Gráfica 12. Talla al nacer de los niños y niñas beneficiarios del programa nutricional esperanza y vida	80

Gráfica 13 Antecedentes patológicos de las familias de niños y niñas del programa ESPERANZA Y VIDA	81
Gráfica14. Lactancia materna exclusiva de los niños y niñas del programa de recuperación nutricional Esperanza Y Vida	82
Gráfica 15.Distribución porcentual de peso comparativo al ingreso y al egreso de los niños y niñas del programa de recuperación nutricional Esperanza y Vida...	83
Grafica 16. Diagnostico nutricional al ingreso De los niños y niñas beneficiarios del programa recuperación nutricional Esperanza y Vida.....	84
Grafica 17. Diagnostico Nutricional al egreso de los niños y niñas beneficiarios del programa recuperación nutricional Esperanza y Vida.....	85

LISTADO DE ANEXOS.

16.1. ESCALA DE MEDICIÓN DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA EN LOS HOGARES PARA LATINOAMERICANA Y EL CARIBE. (ELCSA)

16.2. INSTRUMENTO PARA LA CARTACTERIZACION DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS (AS) QUE INGRESAN A LAS UNIDADES DE LA ATENCION INTEGRAL Y RECUPERACION NUTRICIONAL PARA LA PRIMERA INFANCIA.

16.3. FACHADA DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA

16.4. HABITACIONES DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA.

16.5. NIÑA BENEFICIARIA DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA.

16.6. NIÑO BENEFICIARIO DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL EPERANZA Y VIDA.

16.7. BEBE BENEFICIARIO DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA.

16.8. NIÑO BENEFICIARIO DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA E INVESTIGADORA.

16.9. AUXILIAR DE ENFERMERÍA DEL GRUPO INTERDISCIPLINARIO DEL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA E INVESTIGADORAS.16.10.INVESTIGADORAS EN EL CENTRO DE RECUPERACIÓN NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA.

INTRODUCCION

El presente estudio pretende evaluar el impacto del Estado Nutricional y para ello se toma como punto de partida las Historias clínicas para identificar los

Tipos de desnutrición que padece la población objeto, sustentado en las conceptualizaciones expuestas decimos que:

La infancia es considerada como una etapa trascendental en el proceso evolutivo del hombre, caracterizada por dos fenómenos: crecimiento y desarrollo. Para que estos fenómenos se produzcan con total normalidad, es fundamental una adecuada nutrición.

La nutrición a su vez está sometida a factores condicionantes: alguno fijo, como el potencial genético del individuo y otros dinámicos, como los factores sociales, económicos y culturales, que pueden actuar en forma favorable o desfavorable en esta etapa. Cuando se modifica el equilibrio de estos factores y se ve alterada la nutrición, se interrumpe el crecimiento y desarrollo del niño, dando lugar a la desnutrición infantil. La desnutrición puede ser primaria cuando se produce por una carencia nutritiva y/o psicoafectiva, y secundaria cuando existe una enfermedad que la determina, independientemente de su situación socio-cultural; por ejemplo enfermedades genéticas, metabólicas, inmunológicas, malformaciones, que puedan afectar al cerebro, corazón, riñón, hígado, entre otros. Es importante reconocer además que los efectos de la desnutrición se valoran a corto y largo plazo. En un primer momento aparecen enfermedades diarreicas, deshidratación, alteraciones hidroelectrolíticas, depresión de la inmunidad, infecciones, pérdida de peso, trastornos hematológicos, cardio respiratorios y renales. Más tardíamente aparecerán Déficit de talla y disminución del coeficiente intelectual.

Durante la primera infancia (desde el período prenatal hasta los cinco años y once meses los niños experimentan un crecimiento rápido en el que influye mucho su

entorno. Muchos problemas que sufren los adultos, como problemas de salud mental, obesidad, cardiopatías, y una deficiente alfabetización y destreza numérica, que pueden tener su origen en la primera infancia

La primera infancia es el período de desarrollo cerebral más intenso de toda la vida. Es fundamental proporcionar una estimulación y nutrición adecuadas para el desarrollo durante los tres primeros años de vida, ya que es en estos años cuando el cerebro de los niños y niñas es más sensible a las influencias del entorno exterior. Un rápido desarrollo cerebral afecta al desarrollo cognitivo, social y emocional, que ayuda a garantizar que cada niño o niña alcance su potencial y se integre como parte productiva en una sociedad mundial en rápido cambio, por tal motivo se considera que la desnutrición es uno de los principales problemas de salud pública en los países en vía de desarrollo, por cuanto contribuye a la muerte de infantes y al retraso en el crecimiento físico y desarrollo intelectual en niños y niñas.

Una forma de medir la desnutrición es a través de sus efectos en el crecimiento y estado nutricional de los niños y niñas; para ello se usa la antropometría, donde se compara la talla, el peso y el sexo del infante con las normas de desarrollo aceptables para una determinada población y así poder determinar el estado en que se encuentran los niños y niñas evaluadas.

La desnutrición aguda es la deficiencia del peso para la edad, donde el peso corporal está entre el 90 y 70% del esperado para su edad, en estos casos se consumen las reservas nutricionales pero el funcionamiento celular se mantiene buen estado. La desnutrición global es la deficiencia del peso con relación a la talla representa el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes.

El peso corporal se encuentra entre el 61 y 75% del ideal y quienes la sufren tienen agotadas sus reservas de nutrientes, por el intento de obtener energía lesionan a las células. Este tipo de desnutrición es el resultado de una mala alimentación, ya que no se cuenta con sustancias nutritivas que son necesarias para que nuestro organismo funcione adecuadamente. La desnutrición crónica es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo y se refleja en la relación entre la talla del niño y su edad. Se puede identificar porque el peso corporal es menor del 60% del normal, las funciones celulares y orgánicas se encuentran sumamente deterioradas y se tiene alto riesgo de morir.

Las complicaciones que se pueden presentar en una desnutrición crónica son:

Marasmo que es el estado grave que se caracteriza por ocasionar decaimiento del organismo debido a inadecuado aporte de calorías y proteínas, el cual deriva en excesiva pérdida de peso, tumefacción de piel y tejidos subcutáneo, hundimiento del abdomen, temperatura baja, pulso lento, y diarrea.

Kwasorkor, síndrome resultante de intensa deficiencia de proteínas que se presentan al seguir dieta insuficiencia en cantidad o calidad de alimentos y al padecer problemas de absorción de nutrientes; suele ocasionar edema generalizado, dermatitis escamosa, debilitamiento, pérdida del pigmento capilar, aumento en el tamaño del hígado, retraso del crecimiento y mayor riesgo de contraer infecciones.

Con el aumento de casos de desnutrición y los problemas que esto trae a la salud de los niños y niñas que la padecen y a la sociedad, se considera la creación de Centro de Recuperación Nutricional en la primera infancia, con el apoyo de

entidades gubernamentales que ayuden a conseguir recursos (humanos, físicos y financieros), para brindar un servicio integral a los niños y niñas que requieran del apoyo de estos centros. Se ofrece atención oportuna a niños entre 0 a 5 años y Once meses cuyo diagnóstico sea desnutrición severa, moderada o leve que además presenten alto riesgo social y la atención se realiza de manera integral e interdisciplinaria: nutricionista, trabajadora social, médico, enfermeras, manipuladora de alimentos, con el fin de cumplir con los objetivos por los cuales fueron creados estos Centro de Recuperación Nutricional.

La ex directora nacional del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), Elvira Forero Hernández, señala la estrategia Colombia Nutrida, para que ningún niño muera por desnutrición en el país, entre las cosas más importantes a mostrar de los últimos 8 años, es decir, durante el gobierno de Álvaro Uribe Vélez.

De Cero a Siempre es una Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia creada en el gobierno del Presidente Juan Manuel Santos y cuya vocería está en cabeza de la Sra. María Clemencia Rodríguez de Santos, que busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia.

La Alta Consejería Presidencial para Programas Especiales y la Alta Consejería para Prosperidad Social buscan transformar la manera sectorizada en la que se han suministrado los servicios de atención a la Primera Infancia creando De Cero a Siempre, una Estrategia Nacional que reúne políticas, programas, proyectos, acciones y servicios dirigidos a la primera infancia, con el fin prestar una verdadera Atención Integral que haga efectivo el ejercicio de los derechos de los niños y las niñas entre cero y cinco años de edad.

Los derechos de las niñas y los niños son impostergables; la familia, la sociedad y el estado están en la obligación de garantizar la protección, la salud, la nutrición y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años. La Estrategia De Cero a Siempre coordinará todas las instituciones, tanto públicas como privadas, para lograr garantizar una atención integral a 2'875.000 niños y niñas del Sisbén 1,2 y 3.

Trabajando bajo una perspectiva de universalización de la Atención Integral, De Cero a Siempre priorizará la población en Pobreza Extrema. En la actualidad sólo el 24% los niños y niñas menores de cinco años recibe atención integral, y De Cero a Siempre buscará hacer efectivos los derechos a la atención integral de 2'200.000 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.

Teniendo en cuenta los recursos del presupuesto nacional y los aportes del sector privado destinados a la Estrategia De Cero a Siempre sólo se podrían incluir 1'200.000 niños y niñas alcanzando así una cobertura del 41% durante el cuatrienio 2010 – 2014. Por esta razón, y teniendo en cuenta que el 59% de la población entre cero y cinco años de edad seguiría sin cobertura, se evidencia la necesidad de crear un Fondo Nacional de Cero a Siempre que permita integrar nuevos recursos para alcanzar la cobertura total.

La estrategia De Cero a Siempre demandará una mayor preparación de cada uno de los actores involucrados haciendo inaplazable el establecimiento de compromisos locales y regionales para avanzar coordinadamente en el

cumplimiento de las coberturas, así como la adecuación de las instituciones para cumplir los parámetros de atención integral establecidos por la Estrategia.

Estamos convencidos que la inversión en la primera infancia es el aporte más rentable a largo plazo para un país, recordemos que si hay un buen principio tendremos un mejor futuro.

Forero también destaca la inversión realizada en obras de infraestructura por todo el país para que los niños a su juicio crezcan en espacios amables.

“El Estado ejerce presencia hoy en todo el país, con un presupuesto de \$2,9 billones, que le ha permitido atender 11,6 millones de menores colombianos. Esto representa un aumento del 106% en cobertura de beneficiarios atendidos por el Instituto en el 2002, que eran de 5,6 millones.

En Bolívar, dice Forero Hernández, son atendidos por el Programa Colombia Nutrida, 92 mil niños de la primera infancia (1 a 5 años de edad), de los cuales 42 mil viven en Cartagena. Veintidós de los 44 municipios que conforman el Departamento, han certificado cobertura del ciento por ciento en alimentación escolar. La funcionaria señala que el Programa de Seguridad Alimentaria Nutricional en este Departamento comenzó en el año 2002 con un piloto en el que se atendían por día 7.700 niños y niñas con desayunos. La cifra está hoy en 113.082 niños, con una inversión de \$12 mil millones. A través de este programa se le está asegurando a esta población infantil una ración nutricional diaria, de alimentos fortificados, y se promueven los controles de vacunación, talla y desarrollo, y verificación de estos registros”, explica Elvira Forero.

1. TITULO

IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN AL PROGRAMA DEL CENTRO DE RECUPERACION ESPERANZA Y VIDA DE LA UNIVERSIDAD DEL SINU Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR - ICBF DURANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE DE 2010 A SEPTIEMBRE DE 2011–EN CARTAGENA DE INDIAS

2. RESUMEN

Los estragos que provoca la desnutrición que se padece en la infancia son los más lamentados por una sociedad, ya que en esta etapa el mayor impacto lo sufre el cerebro del niño, en el que se producirán alteraciones metabólicas y estructurales irreversibles, sin embargo, la desnutrición infantil no sólo es un problema de falta de alimentos, es un conflicto social más profundo, que debe ser tenido en cuenta a la hora de brindar soluciones.

Los Centros de Recuperación Nutricional – CRN, son una estrategia de choque e impacto para el tratamiento de niños y niñas con graves problemas de desnutrición, en estos centros se brinda atención nutricional, médica y psicosocial a través de tres fases de atención con la participación de un equipo interdisciplinario. Dicho Centro de Recuperación Nutricional consta de tres fases:

- La primera fase consiste en el diagnóstico de las enfermedades asociadas a la desnutrición. Fase Clínica.
- La segunda fase consiste en verificar los niveles de desnutrición, si se encuentran dentro de niveles altos, los niños deben ser internados por un periodo de 28 días dependiendo del tiempo de evolución. Fase de Hospitalización.
- La tercera etapa, en la que después de ser dado de alta, el niño sale del centro y es controlado durante seis meses. En el proceso, la familia del pequeño recibe asesoría para que mejore sus hábitos de higiene y alimentación. Fase de Seguimiento.

Se evaluó el estado nutricional en niños y niñas de 0 a 5 años 11 meses de edad que se clasificaron como grupo de riesgo en la comunidad y que fueron asistidos en el Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida ubicado en Cartagena de Indias. Se realizó el estudio con base a las historias médicas de los niños y niñas que habían ingresado al Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida. Se evaluó un grupo de 75 niños y niñas mediante indicadores antropométricos (talla para la edad y peso para la talla) y se midió el nivel de seguridad alimentaria en que se encontraba cada familia de los niños y niñas que han pasado por el Centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA por medio de la Escala de Seguridad Alimentaria.

El Centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA constituye el eslabón primario para mejorar el estado nutricional de los niños y niñas de la primera infancia además tiene como función fundamental velar por los buenos hábitos

alimentarios de vida e higiénico-sanitarias de la población infantil por medio de una adecuada educación y promoción de salud. En este contexto una de las actividades primordiales debe ser la vigilancia nutricional de su población, ya que los efectos nocivos de la desnutrición pueden pasar de generación en generación, al igual que sucede con los beneficios de una nutrición adecuada. Dar a los niños y niñas un buen comienzo en materia de nutrición tiene consecuencias positivas de por vida tanto en lo que se refiere al desarrollo mental y físico como al desarrollo social.

La desnutrición debilita el sistema inmunológico, lo que aumenta la propensión a contraer enfermedades, además de agravar esas enfermedades y dificultar la recuperación. A su vez, los niños y niñas enfermos pueden desnutrirse velozmente. Ese círculo vicioso se puede interrumpir mediante la alimentación adecuada a la edad de cada niño, mediante el apoyo y guía del grupo interdisciplinario que conforma el Centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA y VIDA.

El objetivo del trabajo ha sido de evaluar el impacto del estado nutricional en niños y niñas que asisten al programa del Centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA el cual pertenece a la Universidad del Sinú y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y se ha desarrollado durante el período comprendido entre octubre de 2010 a Septiembre de 2011 en Cartagena de Indias.

3. PROBLEMA

3.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud -OMS¹ estima que más de 50,6 millones de niños y niñas menores de cinco años están desnutridos, además la mayoría de ellos sufrieron desnutrición intrauterina y presentaron bajo peso al nacer. En las naciones de Latinoamérica y el Caribe la desnutrición crónica afecta al 16% de la población menor de 5 años (8,8 millones de niños y niñas), la mayoría sumidos en

¹ La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.

la extrema pobreza. En Centroamérica y los países andinos el problema es grave, siendo Guatemala el país que tiene el índice de desnutrición más alto de la región, incluso superior al promedio de África.

Según datos publicados por la Organización Panamericana de la Salud -OPS², los países centroamericanos han presentado históricamente niveles de desnutrición y sobrepeso u obesidad en su población infantil, siendo en muchos países mas grave esta situación que en otros.

En Colombia, aunque está por debajo de la media regional (15,8%), presenta un indicador superior a países como Venezuela, Brasil, Cuba o Chile. (Martínez, Rodrigo y Fernández, Andrés, 2006³. La comparación entre países varía por diferencias en tiempo, definición y precisión de estimados nacionales. Aun así, no hay duda de que el grueso de la desnutrición se encuentra en pocos países con grandes poblaciones (Brasil y México), con sustanciales concentraciones de pobreza (Bolivia, Guatemala, Haití, Perú) o con ambas. Un ejemplo de ello es la prevalencia de bajo peso al nacer, que excede el 30% en Brasil, Guatemala y Haití, y que está por debajo del 10% sólo en Chile, Costa Rica, Jamaica, Paraguay y Uruguay - PhilipeMusgrove, 1993.

Muy alta >= 40%	Alta 30 a 39.9 %	Media 20 a 29.9%	Baja < 20%
Guatemala 54.5%	Bolivia 32.6%	Ecuador 26%	Panamá 19.1%
	Haití 30.1%	Perú 23.8%	El Salvador 21.2%
	Honduras 30. 1%	Belice 22%	Paraguay 18%
		Nicaragua 22.7%	Colombia 13.2%
			México 15.5%

²La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas.

³Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe, Numero 2, Abril de 2006.

			Uruguay 15%
			Venezuela 12%
			República dominicana 9.8%
			Argentina 8.2%
			Brasil 6.8%
			Costa Rica 5.6%
			Cuba 5%
			Jamaica 4%
			Chile 1%

En Colombia, según el Estudio de Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe elaborado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe - CEPAL⁴ existe una tendencia regional de mala nutrición infantil que correspondiente a un 7.5%. El fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF⁵ refleja otro panorama para el país donde la insuficiencia ponderal es del 7%, el retardo en la talla es del 12% y la desnutrición aguda es del 1% para niños y niñas menores de cinco años en el 2008.

En la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional -ENSIN⁶, realizada por el ICBF en 2010 determinó que el 3,1% de los niños y niñas entre 0 y 4 años tenían

⁴ CEPAL - organismo dependiente de la Organización de las Naciones Unidas responsable de promover el desarrollo económico y social de la región. Sus labores se concentran en el campo de la investigación económica.

⁵ Fue creado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1946 para ayudar a los niños y niñas de Europa después de la Segunda Guerra Mundial.

⁶ Aporta información de la situación nutricional en la población, en componentes como: * Estado nutricional por indicadores antropométricos, *Estado nutricional por indicadores bioquímicos, *Ingesta dietética, *Evaluación cualitativa de la seguridad alimentaria en el hogar, *Lactancia materna y alimentación complementaria, *Actividad física, *Tiempo dedicado a ver televisión, *Auto percepción del peso corporal y conductas asociadas, *Auto reporte de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

sobrepeso y el 12% de los niños y niñas colombianos menores de 5 años padecen problemas de desnutrición, sumado a esto el 13,5% de los niños y niñas en Colombia presentan retraso en su crecimiento, tienen estatura por debajo de lo normal, lo cual indica malnutrición crónica por un período mayor de seis meses. Por otro lado, el 12% en niños y niñas de 0 a 4 años, presentan baja estatura para la edad, los porcentajes son mayores en los niños y niñas entre 1 y 2 años; respecto a los niveles del sistema de identificación de beneficiarios para programas sociales el porcentaje aumenta a 17.2%. Este tipo de desnutrición es alto en todas las regiones, pero en su mayoría se encuentra en la Región Caribe. Atlántica. En el área rural, la desnutrición es el doble con respecto a la zona urbana que es de 17.1% frente a 9.5%. Adicional a esta problemática, la ENSIN 2010, muestra que la Lactancia Materna ha disminuido en un 0.4 % mientras que en la ENSIN 2005 tenía un promedio de 2.2, los resultados de la ENSIN 2010 muestran que actualmente tiene un promedio de 1.8, siendo esto de gran importancia para determinar el buen estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años. Como consecuencia de un bajo promedio de Lactancia materna y un estado nutricional inadecuado se pueden obtener que el deterioro sea más significativo para su estado de salud de los niños y niñas tales como son:

El déficit de Zinc, que da como consecuencia retraso en el crecimiento, debilita el sistema Inmune y disminución de la capacidad de aprendizaje. Según los resultados de la encuesta ENSIN 2010 1 de cada 2 niños padece de déficit de este micronutriente.

Deficiencia de vitamina A, afecta la formación y mantenimiento de la piel, huesos, dientes y mucosas, funcionamiento del hígado, hormonas sexuales y suprarrenales y problemas de visión nocturna. Según los datos de la ENSIN 2010 1 de cada 4 niños sufre de la deficiencia de esta vitamina.

Anemia, esto acarrea como consecuencia el deterioro de la maduración del cerebro, afectando la concentración y capacidad de aprendizaje de los niños y niñas, siendo esto una consecuencia que los afectara de por vida, también aumenta el riesgo de retardo mental, crecimiento físico y mal formaciones. Según los resultados arrojados por la ENSIN 2010 1 de cada 4 niños padece de anemia.

Panorama de la Región Caribe

Concepto	Región Caribe	Nacional
Retraso en el crecimiento	15.4%	13.2%
Anemia en niños y niñas entre los 6 y 59 meses	29.4%	27.5%
Deficiencia de vitamina A en niños y niñas entre 1 y 4 años	28.4%	24.3%
Deficiencia de Zinc en niños y niñas entre 1 y 4 años.	41.5%	50%
Lactancia materna Exclusiva	0.6%	1.8%
Lactancia total	13.3%	14.9%
Inseguridad alimentaria y nutricional	58.5%	42.7%

El centro de investigación de la facultad de Economía de la Universidad de los Andes reporta que, Chocó, Boyacá, Cauca, La Guajira, Cesar, Nariño, Casanare y Caldas son los departamentos donde más ataca la desnutrición⁷.

El delegado de la UICEF en Colombia, Paul Martin, aseguró que cerca del 12% de la población infantil en Colombia presenta un problema de desnutrición crónica. "Es decir que no van a morir, pero sí sufrirán mentalmente y por eso estos niños y

⁷<http://s3.amazonaws.com/lcp/realidades/myfiles/Desnutricion-en-Colombia.pdf>.

niñas no van a estar en la capacidad de brindar a la sociedad colombiana el ciento por ciento de sus habilidades", expresó Martín⁸, manifestando su preocupación por las cifras.

El crecimiento económico por sí solo será insuficiente para eliminar el problema; que existen otros medios más rápidos y eficaces para combatir la desnutrición, y que entre esos medios existen programas que proveen complementos nutricionales, educación y cuidado a la salud de niños y niñas vulnerables y a sus familias. Estas condiciones sugieren la necesidad de entender qué esfuerzos se están realizando en la región para reducir la desnutrición por medio de los programas, como son los centros de recuperación nutricional.

La situación actual en Cartagena en el estudio descriptivo, Estado nutricional y factores culturales, conceptuales, sociales y económicos en niños y niñas menores de 5 Años de la ciudad de Cartagena, realizado por la Universidad de Cartagena, en donde se tomaron 220 niños y niñas menores de 5 años de la ciudad, se aplicó la encuesta de la ENDS⁹ 2005 y la estrategia para enfermedades prevalentes de la infancia para identificar los factores socioculturales, conceptuales y económicos.

La evaluación del estado nutricional se estableció comparando la población del estudio con el patrón de referencia por el Centro Nacional para Estadística de Salud – NCHS, la OMS y los Centros de Control de Enfermedades -CDC¹⁰. Como resultado se obtuvo que el 10% de los niños y niñas presentó desnutrición y el 14,54% en sobre peso u obesidad, hay mayor prevalencia de alteraciones

⁸<http://www.vanguardia.com/historico/29384-cinco-mil-ninos-mueren-al-ano-por-desnutricion-en-colombia>.

⁹Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Ende) es un proyecto desarrollado quinquenalmente por Profamilia desde 1990.

¹⁰ Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC) de especial utilidad para la Salud Pública.

nutricionales en el sexo masculino 5.45%, los padres en el 98.6% de los casos poseen información de que es estar nutrido, el 43,6% recibe un salario mínimo.

El estado de nutrición en un individuo es un condicionante de su salud, la ENDS concluyo que el 12% de los niños y niñas menores de cinco años padecen problemas de desnutrición.

La desnutrición ha atacado el 70% de la población trayendo como consecuencias trastornos como alteraciones en la piel, deficiencia de hierro, afectando la calidad de vida y el estado social, por eso se formula la siguiente pregunta:

3.2 FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto del estado nutricional en niños y niñas que asisten al programa del Centro de Recuperación ESPERANZA Y VIDA de la UNIVERSIDAD

SINU y del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar (ICBF) durante el periodo comprendido de octubre 2010 a septiembre de 2011 en la ciudad de Cartagena de Indias?

4. JUSTIFICACION

Según la OMS se calcula que la malnutrición afecta a 50,6 millones de niños y niñas menores de cinco años en los países en desarrollo, en donde la tasa de mortalidad durante el tratamiento de la misma puede llegar a ser del 30% al 50%. Sin embargo, un tratamiento adecuado contribuye a reducir esa tasa significativamente incluso a menos del 5%.

En el 2003 la OMS publicó una guía para el manejo de la desnutrición grave con el fin de dar lineamientos claros y fáciles de adaptar para el tratamiento de dicha patología, esta guía resalta la importancia del manejo individual y cuidadoso con la adopción de prácticas de intervención apropiadas, que den respuesta a las alteraciones fisiológicas y metabólicas ocasionadas por la desnutrición, que contribuyan a reducir la muerte del niño/niña y las consecuencias de una atención inadecuada. En Antioquia con el proyecto MANA¹¹, y con el fin de facilitar el proceso de diagnóstico oportuno y atención de los niños y niñas con desnutrición severa del departamento, la gobernación junto con otros colaboradores diseñaron un módulo que retoma los lineamientos planteados por la OMS en la “Guía para el tratamiento de niños severamente desnutridos”.

El ICBF en alianza con la Universidad del Sinú, en el marco de la Política Pública de Primera Infancia, 2006 – 2009¹² y la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, 2008 - 2017¹³, ha venido desarrollando acciones que han contribuido con el bienestar integral de los niños y niñas en el país, apoyando junto con el Proyecto de Fortalecimiento de la Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia - PROSEAN de Acción Social - FAO¹⁴ el montaje de las Unidades de

¹¹Programa de Mejoramiento Alimentario y Nutricional (Antioquia, Colombia).

¹²Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años, Diciembre de 2006.

¹³Documento Conpes Social, Consejo Nacional de Política Económica Social, República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación.

¹⁴Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Atención Integral y Recuperación Nutricional de la Primera Infancia (anteriormente Centros de Recuperación Nutricional) en departamentos donde existen altas prevalencias de desnutrición infantil y se han presentado casos de muerte asociadas a la misma; se busca que esta estrategia forme parte de los Planes Departamentales de Seguridad Alimentaria y Nutricional, donde el ICBF se encuentra trabajando de la mano con los entes territoriales.

Las Unidades de Atención Integral y Recuperación Nutricional de la Primera Infancia son una estrategia de emergencia para el tratamiento de la desnutrición aguda o global, moderada o severa sin patología agregada y sin discapacidad.

Dentro de los objetivos de estas Unidades de recuperación nutricional se encuentran; reducir la prevalencia de desnutrición aguda y global en niños y niñas menores de 5 años; garantizar la inclusión de los niños y niñas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud y su atención en las Instituciones de Salud.

Así mismo, fortalecer las competencias de las familias de los niños y niñas en proceso de recuperación nutricional para mantener el estado nutricional de los niños y niñas para prevenir futuras recaídas; contribuir al desarrollo de los niños y niñas, a través de acciones de estimulación psicomotriz; y al desarrollo humano, integral, sostenible y equitativo de los niños y niñas y sus familias en los municipios, desde la perspectiva de los derechos; acercar a las familias de los niños y niñas en recuperación nutricional a la oferta de servicios de las instituciones que hacen parte del Sistema Nacional de Bienestar Familiar; gestionar la sostenibilidad de la estrategia CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL mediante la articulación interinstitucional y comunitaria. Estas

Unidades se ubican dentro o fuera del área hospitalaria en aquellos departamentos y municipios que presentan mayores índices de desnutrición en la población infantil o que tienen mayor riesgo de morir por desnutrición y atienden a los niños y niñas menores de cinco años y sus familias recibiendo atención nutricional, médica y psicosocial a través de un equipo interdisciplinario.

En la actualidad se encuentran funcionando 22 Unidades de Atención Integral y Recuperación Nutricional de la Primera Infancia; nueve en el departamento de Boyacá, nueve en La Guajira, uno en Risaralda y tres en Chocó, para una cobertura de atención de 646 niños y niñas,

En la ciudad de Cartagena, se cuenta con el Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida, el cual tiene una capacidad operativa para albergar 15 niños y niñas, la estadía de los menores en este centro es de 28 días en promedio. Cuando los menores son dados de alta se realiza un seguimiento mensual de seis meses o un año, según lo observado durante el período de permanencia en el centro.

La desnutrición es un problema de nutrición pública que en estos últimos años se ha incrementado en un 30% y es preocupante porque a pesar de los esfuerzos y recursos que el estado viene invirtiendo y las alianzas con diferentes entes gubernamentales ha elaborado políticas, y en convenio con instituciones privadas como en este caso la Universidad del Sinú han dado al servicio centros de recuperación, surge la inquietud de conocer el efecto sobre el mejoramiento de la situación y la evolución del niño o niña beneficiario.

En la actualidad existen lugares declarados en extrema pobreza, donde los niños y niñas menores de cinco años solo comen una vez al día, y las políticas del gobierno local generalmente no cubren las necesidades básicas de esta población cada día más reprimida y olvidada.

Como beneficios principales tenemos que para la comunidad y el país es que los derechos de las niñas y los niños son impostergables; la familia, la sociedad y el estado están en la obligación de garantizar la protección, la salud, la nutrición y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años para que estos niños y niñas, vivan en sociedad de la manera más digna y así obtener mejor beneficios para el país y lo principal que es erradicar la pobreza y esta nos conlleva a erradicar la desnutrición, a los padres contribuir a que adquieran practicas de buenos hábitos alimentarios que les van a permitir, velar por el buen estado de salud de los niños y niñas, al Centro de Recuperación ESPERANZA Y VIDA y la Universidad del Sinú le brinda el beneficio, que por ser los pioneros en una excelente Escuela de nutrición y Dietética, se logre que en la Ciudad de Cartagena no tengamos índices elevados de desnutrición en la primera infancia, y a nosotras las Nutricionista dietistas contribuir para que este sueño se haga realidad, por medios de nuestros conocimientos y experiencia en esta investigación.

El Centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA constituye el eslabón primario para mejorar el estado nutricional de los niños y niñas de la primera infancia además tiene como función fundamental velar por los buenos hábitos alimentarios de vida e higiénico-sanitarias de la población infantil por medio de una adecuada educación y promoción de salud.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La investigación está delimitada y dirigida al Estado nutricional en niños y niñas en dos tiempos peso ingreso y peso egreso del Centro de Recuperación ESPERANZA Y VIDA de la ciudad de Cartagena, cuya población infantil se encuentra en el rango de los 0 a 5 años y once meses.

Existen muchos factores de riesgo nutricional que influyen en el suministro de una adecuada alimentación, tales como:

- Padres que laboran
- Malos hábitos alimenticios
- Compromiso del cuidador
- Medios de comunicación (Internet, televisión)
- Limitado acceso a compras de alimentos
- Familias extensa
- Desempleo

Todo esto de alguna manera ha llevado a los niños y niñas a una vida con muchas privaciones económicas y psicoafectiva, situaciones que limitan el disfrute de un óptimo estado de salud en los infantes y este estudio trabajará con las siguientes variables

- Estado nutricional

- Estado socioeconómico

Que hacen parte de los componentes del programa (salud, alimentación y nutrición, visita domiciliaria y educación nutricional). De acuerdo a los resultados obtenidos en el estudio de identificación, verificación, medición, análisis y evaluación, se estarán determinando las conclusiones y recomendaciones técnicas que sirvan de herramientas o mecanismos estratégicos en el funcionamiento del programa en procura de mejorar y/o fortalecer la calidad del mismo. Cabe resaltar que en el momento de recopilar la información por medios de las historias clínicas las siguientes inconsistencias :

Las historias clínicas de los niños y niñas integrados a este programa de Recuperación nutricional está violando la resolución número 1995 del 1999 que contempla que la historia clínica deben registrarse en orden cronológico, en forma clara, legible, sin tachones, datos completos del paciente, enmendaduras y sin espacios en blancos.

No acceso a la manipulación de las historias clínicas para las investigadoras.

RELACIÓN CON EL TIEMPO

El estudio será desarrollado en un periodo de tiempo de tres (3) meses calendario académico, tomando como fecha de inicio el 17 de Agosto de 2011 y culminando en Noviembre de 2011

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Evaluar el impacto del estado nutricional en niños y niñas que asisten al programa del Centro de Recuperación ESPERANZA Y VIDA de la Universidad del Sinú y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) durante el periodo comprendido entre octubre del 2010 a septiembre de 2011 en Cartagena de Indias.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICO

- ❖ Identificar la cobertura y captación de niños y niñas del programa del centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA.

- ❖ Identificar las posibles causas de desnutrición a través de las características socio-demográficas de la población (edad, sexo, tamaño de la familia, ingreso de la familia).
- ❖ Establecer el tiempo de estancia de niños y niñas que asisten al programa de recuperación esperanza y vida.
- ❖ Identificar la evolución de los niños y niñas que incluya los mismos parámetros antropométricos de evaluación nutricional del ingreso como al egreso al Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1 ANTECEDENTES

El grupo investigador mediante la búsqueda de estudios o rastreo de las investigaciones desarrolladas encontró cinco registros desde los años 1983 hasta el año 2011

La estrategia de centros de recuperación nutricional en América Latina inicio en Venezuela en el año 1983, por el médico español José María Bengoa Lecanda quien implemento el primer Centro de Recuperación Nutricional en su dispensario, ubicado en Casanare – Lara, ante el hallazgo de “niños inflamados con lesiones

en la piel y mirada triste”, un cuadro extraño para su época. Años después de su experiencia en este país y en calidad de funcionario de la OMS, realizó un curso a médicos franceses en Marsella en 1956, con énfasis en la atención de las colonias de África; de esta forma se fueron extendiendo por todo el mundo los centros de recuperación nutricional con los resultados obtenidos sobre todo en las situaciones de emergencias.

En Colombia una de las experiencias más destacadas fue la del programa de recuperación nutricional que se inició hace 40 años en el Hospital Universitario Pediátrico de la Misericordia de Bogotá durante el periodo de 1967 al 1992, donde estaba vinculado el programa de recuperación nutricional ambulatoria del ICBF al que ingresaban los niños y niñas después del regreso de la fase de hospitalización.

Posteriormente, en el año 2002 se implementó un modelo de recuperación nutricional en el departamento de La Guajira, con algunas similitudes al modelo intrahospitalario planteado por la OMS; que permitió el funcionamiento de seis centros de recuperación nutricional hasta el primer trimestre del año 2008, ubicados en Uribía, Manaure, Maicao, Riohacha, Fonseca y Villanueva con recursos de Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo – PNUD¹⁵.

En el año 2004, se inicia en el departamento de Antioquia la estrategia Centro de Recuperación Nutricional (CRN) adaptada al modelo planteado por la OMS, como una de las respuestas a la alta incidencia de muertes por y asociadas a la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años.

¹⁵ Busca garantizar el ambiente necesario para que las personas y los grupos humanos puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses.

En este departamento se adaptó el protocolo de la OMS “Atención de los niños con problemas de desnutrición grave”, con el fin de ser aplicados en los 40 CRN que se implementaron en ese momento.

Como logros de esta estrategia en Antioquia se destacan la recuperación nutricional de alrededor de 6.500 niños y niñas con desnutrición aguda - moderada y severa – entre 2004 y 2007; su contribución a la reducción de la mortalidad por desnutrición en el departamento al pasar de 20.3% en el año 2000 a 2.6% menores de 5 años en el año 2007 y el posicionamiento de la recuperación nutricional, como prioridad en la agenda del gobierno departamental.

En el año 2007, el ICBF, como respuesta a la emergencia en el departamento del Choco, en donde se presentaron 12 muertes de niños por desnutrición, implementó dos CRN del departamento de Antioquia.

Así mismo, considerando la situación crítica de desnutrición en la población menor de cinco años, reportada por la encuesta nacional de situación nutricional en Colombia – ENSIN (2005), que contribuye a las muertes asociadas a la desnutrición; para el año 2008 se pusieron en marcha 22 CRN en el territorio nacional (9 en Boyacá, 3 en el Choco, 9 en La Guajira y 1 en Risaralda).

Con el fin de darle una mayor integralidad a la estrategia y sin particulares hospitalarias, para el año 2009, se cambia el nombre de los CRN a Unidades de atención Integral y Recuperación Nutricional para la Primera Infancia y se planea la apertura de 29 nuevas unidades de atención integral y recuperación nutricional para la primera infancia y se planea la apertura de 29 nuevas unidades en los departamentos de Amazonas, Boyacá, Casanare, Cesar, Cauca, La Guajira,

Risaralda y Nariño. En el año 2010 se da apertura a dos Centros de Recuperación Nutricional en Bolívar uno con sede en el municipio de María La Baja y otro en Cartagena.

Con el fin de contar con un referente histórico que permita comprender el proceso de construcción de políticas públicas, programas y proyectos a favor de la primera infancia, proceso que ha contado con la participación de las entidades gubernamentales y de la sociedad civil, a continuación se presenta un resumen que comprende hechos a partir de la década de los 60 hasta la actualidad.

1. Creación del ICBF mediante la Ley 75 de 1968.
2. Creación de los Jardines Infantiles Nacionales (Ministerio de Educación Nacional, 1962).
3. Creación de los Centros de Atención Integral al Preescolar (CAIP), mediante la Ley 27 de 1974.
4. Inclusión de la educación preescolar como el primer nivel del sistema educativo formal por parte del Ministerio de Educación Nacional. Decreto n. 088 de 1976.
5. Diseño del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), que otorgó un énfasis particular a la población infantil (Plan de Desarrollo “Para Cerrar la Brecha”; 1974 – 1978).

6. Diseño de la Política Nacional de Atención al Menor, que enfoca la atención del menor de siete años atendiendo la situación de la salud y los procesos de socialización (Plan de Integración Social, 1978 – 1982).

7. Creación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF) Ley 7 de 1979, que establece las normas para proteger a los niños y niñas, promover la integración familiar, garantizar los derechos del niño y de la niña y ejercer funciones de coordinación de las entidades estatales, relacionadas con los problemas de la familia y del menor.

8. El Ministerio de Educación implementa el Plan de Estudios para la Educación Preescolar con una concepción de atención integral a la niñez y con la participación de la familia y la comunidad (Decreto N. 1002 de 1984. Plan de Desarrollo, “Cambio con equidad, 1982 – 1986).

9. Diseño e implementación del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), mediante los cuales se brindaría cuidado diurno, alimentación, atención básica en salud y educación preescolar a los menores de siete años (ICBF, 1986).

10. La Constitución Política de 1991, en su Artículo 67, establece que “la educación será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y comprenderá como mínimo un año de preescolar”.

11. Creación del Programa Nacional de Acción a favor de la Infancia (PAFI), que retoma los planteamientos de la CDN¹⁶ y los de la Cumbre de Jomtiem¹⁷ (1990). El

¹⁶Convención sobre los Derechos del Niño.

¹⁷Cumbre mundial a favor de la Infancia.

PAFI incluyó políticas y programas orientados a los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años.

12. Creación de los Jardines Comunitarios con los que se brinda atención a los niños y niñas en edad preescolar pertenecientes a poblaciones vulnerables, con la participación de los padres y acudientes (ICBF, Acuerdo N. 19 de 1993).

13. Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que priorizó la atención de las madres gestantes y lactantes, de la población infantil menor de un año y de las mujeres cabeza de familia (Ley 100 de 1993).

14. Creación del Programa Grado Cero que busca ampliar la cobertura, elevar la calidad y contribuir al desarrollo integral y armónico de todos los niños y niñas de cinco a seis años de edad, en coordinación con los sectores de salud y el ICBF. (Ministerio de Educación Nacional, Ley General de Educación, Ley 115 de 1994).

15. Creación del Programa Fami – Familia, Mujer e Infancia, el cual entrega complemento nutricional a madres gestantes, mujeres lactantes y niños y niñas entre los 6 y los 24 meses, y ofrece sesiones educativas a las madres que realicen actividades pedagógicas con los niños y niñas menores de dos años (ICBF, 1996).

16. Formulación del documento Conpes 2787 de 1995, una política pública sobre la infancia “El Tiempo de los Niños”, el cual es aprobado para contribuir al desarrollo integral de los niños y de las niñas más pobres y vulnerables, vinculándolos a programas de nutrición, salud y educación.

En conclusión los anteriores registros ayudan a la propuesta del grupo investigador.

6.2 MARCO TEORICO

En la infancia establece una base trascendental para el resto de la vida, debido a que el desarrollo en esta primera etapa repercute significativamente en el aprendizaje básico, el éxito escolar, adecuado crecimiento y desarrollo y calidad de vida de la persona. Es vital que los niños al nacer tengan una adecuada nutrición y una dieta sana para que su potencial de desarrollo sea óptimo. Durante la infancia y la adolescencia, los hábitos dietéticos y el ejercicio pueden marcar la diferencia entre una vida sana y el riesgo de sufrir enfermedades en años posteriores.

La desnutrición infantil es consecuencia de la poca ingesta de alimentos en la infancia. Esta poca ingesta puede deberse a la falta de alimento, en lugares muy pobres, en los cuales no pueden acceder a la canasta básica. Los que más sufren esta falta de alimentos son los infantes, esta situación se ve agravada por infecciones, que debilitan el organismo del niño, haciendo aún más evidente el estado de desnutrición.

Para poder entender un poco más qué es la desnutrición infantil, es importante conocer que existen diferentes grados de desnutrición y malnutrición en los niños y niñas, estos grados estarán determinados por el límite inferior de percentil 5 de tablas de medición de peso y talla, establecidas por NCHS.

Por debajo de este percentil, se clasifica en:

- Desnutridos grado I.
- Desnutridos grado II.
- Desnutridos grado III.

Estas tablas de peso y talla son muy importantes porque permiten en una simple medición, determinar si un niño se encuentra desnutrido o no.

Estado

- Normal
- Desnutrición leve
- Desnutrición moderada
- Desnutrición severa

Déficit de peso según la edad

- 90 – 100 %
- 80 – 90%
- 70 - 80%
- < 70%

Déficit de peso según la talla

- 95 – 105%
- 90 – 95%
- 85 – 90%
- < 85%

Los indicadores para determinar el tipo de desnutrición que padece un niño y/o niña son: el peso, la talla y la edad, dependiendo de qué indicadores estén afectados se determina el tipo de desnutrición que tiene.

Talla/ la edad

1. Su déficit indica riesgo de desnutrición Crónica
2. Su velocidad de aumento se altera más lentamente por las influencias ambientales.
3. Enanismo nutricional.
4. Su déficit se asocia con el bajo estrato socioeconómico, deficiente calidad de vida, enfermedades frecuentes y de larga duración.
5. La desnutrición crónica o retardo en el crecimiento lineal, se determina al comparar la talla del niño con la esperada para su edad. Este índice muestra los efectos acumulativos de privaciones nutricionales a través del tiempo, tanto general como durante el desarrollo temprano del niño.

Peso/ la talla

1. Su déficit indica riesgo de desnutrición Aguda.
2. El peso se pierde como resultado de deficiencias dietarias en un período razonablemente corto.
3. El déficit en peso está asociado a procesos agudos de enfermedad, a crisis familiares de corta duración o a situaciones que originan estrés.
4. Sólo mide la adecuación del peso respecto al esperado para la estatura actual, independiente de si ésta se encuentra o no afectada.

Pesos/ la edad

1. No informa sobre los cambios ocurridos en la composición corporal. Su déficit indica riesgo de desnutrición Global.
2. No estima si el problema es de reciente iniciación o si es un proceso prolongado.
3. Es útil solo hasta los dos años.

4. Criterio de ingreso a las unidades hasta los dos años.
5. Probabilidad de muerte: 40 veces mayor que en niños normales.
6. Relaciona el peso con la edad y el sexo, comparado con el patrón de referencia del Centro Nacional para Estadísticas en Salud de los Estados Unidos NCHS (OPS).

Los factores que influyen en la desnutrición; aunque normalmente se menciona a la pobreza como la causa principal de la desnutrición; existen otras causas tan importantes como ésta, tales como la no lactancia materna exclusiva, la presencia de enfermedades como diarrea, infecciones respiratorias agudas, y otras; la falta de educación y de información sobre la buena o adecuada alimentación, el no consumo de suplementos vitamínicos o alimentos fortificados, y el costo de los alimentos. Esta es una enfermedad frecuente en los países en vía de desarrollo la cual da como consecuencia de una mala alimentación, ya que no cuenta con sustancias nutritivas que son necesarias para que nuestro organismo funcione adecuadamente. Los nutrientes consumidos deben ser iguales a los requeridos lo cual está determinado por la calidad y cantidad de nutrientes de la dieta y por su utilización completa en el organismo.

El desarrollo Sistema Nervioso Central está determinado en los primeros 14 a 18 meses de vida, si durante este tiempo, el niño no recibe una adecuada ingesta de nutrientes y estimulación adecuada, puede presentar deficiencias múltiples..

Los efectos de la nutrición en el cerebro se ven reflejados desde antes del nacimiento, el cerebro es el órgano que más rápidamente crece, pesa 35 gramos al nacer y a los 14 meses ese peso ya alcanza los 900 gramos; lo que representa el 80% del peso en el adulto. Durante los dos primeros meses de vida crece a un

ritmo de 2 mg por minuto; pero cuando hay desnutrición no sólo se detiene el crecimiento cerebral, sino que además se presenta una atrofia del cerebro dependiendo de la alimentación de la madre, por eso se promueve que las mujeres en edad fértil tengan una dieta adecuada cuidando el consumo de proteínas ingiriendo suplementos de ácido fólico, vitaminas, hierro y otros minerales siendo de suma importancia que durante el embarazo se asegure la nutrición y salud óptima de la madre para el desarrollo del potencial genético desde el momento de la concepción. Posteriormente al nacimiento la lactancia materna es la mejor fuente de nutrición para el desarrollo del niño o niña durante los primeros 6 años de vida

Los niños y niñas menores de 5 años son las que tienen mayor riesgo de desnutrición.

6.3 MARCO LEGAL

El marco jurídico y normativo del derecho a la alimentación en Colombia tiene sustento en la Constitución Política, los pactos internacionales y los fallos proferidos por la Corte Constitucional Colombiana en tanto signataria de tratados internacionales de derechos humanos, del derecho consuetudinario internacional, la doctrina de los órganos supervisores de los tratados internacionales y los informes de los relatores especiales de Naciones Unidas, incorpora como bloque de Constitucionalidad dichos acuerdos y genera la institucionalidad, soporte para la ejecución de las políticas públicas.

Los siguientes tratados e instrumentos internacionales, establecen el derecho humano a la alimentación y dan carácter de obligatoriedad al Estado Colombiano:

1. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículos 22 y 25 (1948).
2. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC, 1966).
3. Convención sobre los Derechos del Niño (1989).

4. Cumbre Mundial a Favor de la Infancia (1990).
5. Declaración de los Derechos del Niño (principio 4).
6. Declaración Sobre el Derecho al Desarrollo (artículo 8).
7. La declaración Universal sobre la erradicación del Hambre y la Malnutrición, Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de discriminación Contra la Mujer (artículos 11, 12 y 14).
8. Cumbre Mundial de la Alimentación (1996).
9. Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial.
10. Cumbre Mundial, Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) artículo 25: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y Los servicios sociales necesarios...”.Es decir toda persona está en igualdad de condiciones en los progresos económicos, sociales, culturales y políticos y pueden ejercer sus derechos civiles y políticos y sus derechos económicos, sociales y culturales.
11. Artículo 11 numeral 2. Los Estados Partes en el presente Pacto, reconociendo el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre, adoptarán, individualmente y mediante la cooperación internacional, las

medidas, incluidos los Programas concretos, que se necesitan para: mejorar los métodos de producción, conservación y distribución de alimentos mediante la plena utilización de los conocimientos técnicos y científicos, la divulgación de principios sobre nutrición y el perfeccionamiento la reforma de los regímenes agrarios de modo que se logren la explotación y la utilización más eficaces de las riquezas naturales.

Asegurar una distribución equitativa de los alimentos mundiales en relación con las necesidades, teniendo en cuenta los problemas que se plantean tanto a los países que importan productos alimenticios como a los que los exportan. Todos los hombres, mujeres, niños y niñas tienen el derecho inalienable a no padecer de hambre y malnutrición con el fin de poderse desarrollar plenamente y conservar sus capacidades físicas y mentales. En 1979 se da apertura para firma y entrada en vigor a partir de 1981.

12. La Convención para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial, considera constitutivos del patrimonio cultural inmaterial, cuya existencia se debe salvaguardar, a los alimentos y el agua, como también la producción de semillas, las maneras de cultivar y cosechar, los sistemas consuetudinarios de distribución de agua, los sistemas culinarios y los patrones alimentarios, representan valores sociales, culturales y ecológicos, portadores de identidades plurales y diversas y por ello mismo, son constitutivos del Patrimonio cultural inmaterial, cuya existencia se debe salvaguardar los alimentos y el agua, como también la producción de semillas, las maneras de cultivar y cosechar, los sistemas consuetudinarios de distribución de agua, los sistemas culinarios y los patrones alimentarios, los cuales representan valores sociales, culturales y ecológicos, portadores de identidades plurales y diversas.

Alcaldía Bogotá D.C. (2007). Sobre la Alimentación: cinco años después (2002).

13. Proyecto Regional de Cooperación Técnica con la FAO (2003) denominado “Estrategias e Instrumentos para Mejorar la Seguridad Alimentaria en los Países de la Comunidad Andina”, concretiza los compromisos de los gobiernos.
14. Conferencia Internacional sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural (ICARRD) 200624.
15. La Constitución Política establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños y niñas (artículo 44), la protección a la mujer en embarazo (artículo 43) y, en cuanto protección especial a la producción alimentaria y mecanismos para lograrlo, la Constitución establece en los artículos 64, 65, 66, 78, y 81 los deberes del Estado en esta materia.
16. El artículo 93 de la Constitución, se integra al bloque de constitucionalidad de los derechos humanos, incluido el derecho a la alimentación y el derecho correlativo al agua.
17. La ley 1098 de 2006, “por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia”, en su artículo 41, numeral 14, establece como obligaciones del Estado: Reducir la morbilidad y la mortalidad infantil, prevenir y erradicar la desnutrición, especialmente en los menores de cinco años. Y en el numeral 15: Asegurar los servicios de salud y subsidio alimentario definidos en la legislación del sistema de seguridad social en salud para mujeres gestantes y

lactantes, familias en situación de debilidad manifiesta y niños, niñas y adolescentes. No obstante, el Derecho a la Alimentación no es agotado en la Constitución Política Colombiana, de acuerdo a la definición dada por Declaración Universal de los Derechos Humanos, las Directrices Voluntarias y asumido por los compromisos internacionales, como el derecho de toda persona a disponer y acceder a una alimentación adecuada y a ser protegida contra el hambre.

El Derecho a la Alimentación, es considerado constitucional y jurídicamente en el bloque de DESC, es decir, es consagrado constitucionalmente como pre estacional, programático y progresivo; no pueden ser exigidos de forma inmediata y por tanto no tienen un mecanismo de judicialidad por su no cumplimiento. Sólo aplicando el concepto de Conexidad con los derechos fundamentales es justiciable, como lo ha proferido la Corte Constitucional en varias Sentencias.

En cuanto a derecho prestacional, programático y progresivo, el derecho a la alimentación se efectiviza con la implantación en las leyes y políticas públicas o en la asignación presupuestal otorgadas para su realización. Realizar el derecho requiere “la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para una cultura determinada; la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros derechos humanos”. Es decir, el derecho a la alimentación es efectivo cuando hay seguridad o certeza de que la disponibilidad, el acceso, el consumo y la utilización y el aprovechamiento de los alimentos, en cantidad, calidad e inocuidad, son estables y sostenibles y no hay situaciones que pongan en riesgo o vulneren la cultura alimentaria y la materialización de ninguna de dichas dimensiones. “Nosotros, los

Estados miembros, reunidos en la Conferencia Internacional sobre Reforma Agraria y Desarrollo Rural (ICARRD) de la Organización para la Agricultura la Alimentación de las Naciones Unidas (FAO), organizada por el Gobierno de Brasil, creemos firmemente en el papel fundamental de la reforma agraria y del desarrollo rural para promover el desarrollo sostenible, que incluye, entre otras cosas, la realización de los derechos humanos, la seguridad alimentaria, la erradicación de la pobreza, y el fortalecimiento de la justicia social, sobre la base del estado de derecho democrático”¹⁸. “Reconocemos que las leyes deben ser diseñadas y revisadas para garantizar que las mujeres rurales tienen plena igualdad de derechos a la tierra y otros recursos, incluso a través del derecho a la herencia, y las reformas necesarias, administrativas y de otro tipo deben adoptar medidas para dar a las mujeres el mismo derecho que a los hombres al crédito, capital, derechos laborales, jurídicos, documentos de identificación, tecnologías apropiadas y el acceso a los mercados y a la información”¹⁹.

A pesar de que se ha ido tejiendo un marco legal útil para el desarrollo del Derecho a la Alimentación en el país, se constata la ausencia de un marco legal referido al Derecho a la Alimentación en específico. Este aspecto se intentó revertir en 2007 con la presentación del Proyecto de Ley 203 de SAN en Colombia, que en su artículo primero señala que tiene por objetivo: “generar un marco legal de la seguridad alimentaria y nutricional nacional para lograr que los colombianos en todas las edades y condiciones dispongan, accedan y consuman alimentos en suficiente cantidad, variedad, calidad e inocuidad y se proteja especialmente a la población que se encuentra en inseguridad alimentaria y en

¹⁸Declaración Final de la CIRARD, Párrafo 1, marzo de 2006.

¹⁹Declaración Final de la CIRARD, párrafo 7, marzo de 2006.

extrema pobreza, mediante el compromiso y la corresponsabilidad de las entidades gubernamentales, los organismos internacionales, los gremios, la sociedad civil, las familias y las personas”.

6.4 MARCO CONCEPTUAL

Nutrición: es el proceso por el cual el organismo digiere, absorbe, transporta y utiliza las sustancias nutritivas de los alimentos y excreta los que no son útiles.

Buena Nutrición: se define como la relación armónica entre la disponibilidad y el consumo de alimentos con el funcionamiento del organismo.

Mal Nutrición: es el estado de desequilibrio entre el funcionamiento interno del organismo y el aporte o utilización de nutrientes. En esta categoría se encuentran tanto las personas desnutridas como las que se encuentran en estado opuesto, es decir con obesidad o hipernutrición.

Estado Nutricional de los niños: es aquel que está relacionado con la condición propia del organismo y la capacidad para aprovechar las sustancias nutritivas, para absorber la cantidad y calidad que ingiere.

Alimentación: es el proceso mediante el cual el organismo obtiene e ingiere los nutrientes que le garantizan una vida sana y activa.

Alimento: es todo producto natural o elaborado que contiene sustancias nutritivas.

Alimentación saludable: es aquella que nos permite obtener todos los nutrientes que el organismo necesita para su normal funcionamiento y nos provee la energía necesaria para el desarrollo de las actividades diarias.

Calidad de un alimento: es la condición de un alimento determinado por algunas características tales como:

Valor nutritivo: se refiere a la cantidad de proteínas, grasa, carbohidratos, vitaminas y minerales que se aportan al organismo.

Una producción segura en todas sus fases: son las condiciones de seguridad y salubridad desde la producción hasta la preparación de los alimentos.

Características organolépticas agradables: textura, consistencia, temperatura, color, olor y sabor.

Inocuidad: es la ausencia de elementos o compuestos que arriesgan la vida o salud de los consumidores.

Malnutrición: es un estado complejo de déficit, excesos y desbalances, e incluye tanto la OBESIDAD como la DESNUTRICION.

Desnutrición: Es una afección que ocurre cuando el cuerpo no recibe los nutrientes suficientes.

Estado Nutricional: Equilibrio resultante entre el balance, ingesta y requerimiento de nutrientes.

Valoración del Estado Nutricional: Permite determinar el estado de nutrición de un individuo, valorar las necesidades o requerimientos nutricionales y pronosticar los posibles riesgos de salud que pueda presentar en relación con su estado nutricional.

Historia Clínica: Es un documento privado obligatorio y sometido a reserva en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud de una persona, los actos médicos y demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención.

Condición Socio-Económica: En coordinación con trabajo social indaga factores sociales y económicos condicionantes de la desnutrición

Peso: Medida de valoración nutricional que expresa el volumen del cuerpo en kilogramos.

Talla: La longitud de la planta de los pies a la parte superior del cráneo expresada en centímetros.

Edad: Se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo

Sexo: La división del género humano en dos grupos: niño o niña.

Desnutrición Crónica: Déficit de la talla para la edad.

Desnutrición Global: Déficit del peso para la edad.

Desnutrición Aguda: Déficit de peso para la talla.

Seguridad Alimentaria: Es un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que contribuya al logro de su desarrollo integral.

Valoración Antropométrica: Es la técnica más usada en la evaluación nutricional, proporciona información sobre la insuficiencia del aporte de macro nutrientes.

Kwashiorkor: síndrome resultante de intensa deficiencia de proteínas que se presentan al seguir dieta insuficiencia en cantidad o calidad de alimentos y al padecer problemas de absorción de nutrientes; suele ocasionar edema

generalizado, dermatitis escamosa, debilitamiento, pérdida del pigmento capilar, aumento en el tamaño del hígado, retraso del crecimiento y mayor riesgo de contraer infecciones.

Marasmo: Es el estado grave que se caracteriza por ocasionar decaimiento del organismo debido a inadecuado aporte de calorías y proteínas, el cual deriva en excesiva pérdida de peso, tumefacción de piel y tejidos subcutáneo, hundimiento del abdomen, temperatura baja, pulso lento, y diarrea.

7. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 TIPO DE INVESTIGACION

Este trabajo corresponde a una línea de investigación en nutrición pública.

Para adelantar la presente investigación se propone un estudio descriptivo longitudinal. Este es un estudio descriptivo, ya que se identifica el comportamiento epidemiológico de la desnutrición en los niños y niñas menores de cinco años y once meses pertenecientes al Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida en la ciudad de Cartagena, en el período comprendido entre el año 2010 al 2011, tiempo en el que se realizará la investigación.

7.2 POBLACION Y MUESTRA

El universo de esta investigación son todos los niños y niñas que pasaron por el Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida en Cartagena, en un período de tiempo entre Octubre de 2010 a Septiembre de 2011, que en su totalidad fueron 75 niños y niñas, en los cuales se cumplió a cabalidad con los criterios de inclusión para llevar a cabo esta investigación.

En el caso de que sí se conozca el tamaño de la población entonces se aplica la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde n es el tamaño de la muestra;

Z es el nivel de confianza;

p es la variabilidad positiva;

q es la variabilidad negativa;

N es el tamaño de la población;

E es la precisión o el error.

7.3 FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información de esta investigación es secundaria ya que no tuvimos contacto directo con los pacientes y la información fue obtenida a través de las historias clínicas.

7.4 CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

Inclusión

Niños y niñas menores de cinco años y once meses con ficha de ingreso y respectiva historia clínica. Y que cumplan con el tiempo establecido de permanencia en el programa para medir impacto.

Exclusión

Se excluyen de la misma manera

- Niños y niñas mayores de cinco años once meses.
- Niños y niñas que presenten discapacidades o malformaciones.

7.5VARIABLES

Variables	Escala de Clasificación	Definición operacional de la escala
Edad	Menor de un año 1- 2 años 3 - 5 años 5 – años 11 meses	Según años cumplido en el momento del estudio.
Sexo	- Masculino - Femenino	Sexo biológico determinado.
Nivel socioeconómico	- No aceptable - Aceptable	-Aquellos con necesidades básicas insatisfechas: (malas condiciones de vivienda, viviendas con hacinamiento, elevada carga económica para el que trabaja en la familia. (Más de 3 personas que dependen del ocupado). -Aquellos con necesidades básicas satisfechas.

Para dar salida al segundo objetivo se estudiaron las siguientes variables:

Variables	Escala de Clasificación	Definición operacional de la escala.
- Prematuridad	- Positivo -Negativo	-Todos aquellos que nacieron antes de las 40 semanas de gestación, independientemente de su peso al nacer. -Aquellos que nacieron después de las 40 semanas de gestación.
- Bajo peso al nacer	- Positivo -Negativo	Todos aquellos niños que al nacer pesaron menos de 2500 gramos independientemente de su edad gestacional. -Los que tuvieron un peso al nacer igual o mayor a los 2500 gramos.
- Lactancia materna	- Positivo -Negativo	-Aquellos que tuvieron lactancia artificial o mixta, independientemente de la edad con que contara al

		<p>momento de adquirir la enfermedad.</p> <p>-Aquellos que recibieron exclusivamente lactancia materna desde su nacimiento hasta los 6 meses de edad.</p>
Peso	<p>-Positivo</p> <p>-negativo</p>	<p>-Aquellos niños y niñas que obtuvieron el peso para la talla y edad.</p> <p>-Aquellos niños y niñas que obtuvieron el peso adecuado para la talla y edad.</p>
-Malnutrición	<p>-Positivo</p> <p>- Negativo</p>	<p>-Aquellos con valoración nutricional por debajo del tercer percentil, evaluando su peso, talla y edad y comparándolo con las tablas de valoración nutricional vigentes.</p> <p>-Aquellos que se ubicaron por encima del tercer percentil hasta más del 97 percentil.</p>
-Edad Gestacional	<p>-Positivo</p> <p>-Negativo.</p>	<p>-Aquellos niños y niñas que nacen con 40 las semanas de gestación.</p>

		-Aquellos niños y niñas que nacen antes de Las 40 semanas de gestación.
-Seguridad Alimentaria	-Positivo -Negativo	-Aquellos niños y niñas que presenten seguridad alimentaria -Aquellos niños y niñas que presenten inseguridad alimentaria.
-Antecedentes patológicos.	-Cardiopatía Congénita. - Síndrome Down. - Asma. - Otras enfermedades. - Ninguna patología.	-Según refieran los representantes

Para dar cumplimiento al tercer objetivo se estudiaron las siguientes variables:

Variables	Escala de Clasificación	Definición operacional de la escala
Necesidad o no de Ingreso Hospitalario.	-Si -No.	-Aquellos que necesitaron ser ingresados en hospitales por evolución tórpida y/o complicaciones. -Aquellos que no fueron hospitalizados.

7.6 TECNICAS DE RECOLECCION DE INFORMACION

Metriz x 21

Programa que facilita el bienestar familiar; monitor, pantalla, procesador gráfico, formulas de prevalencia, números de casos presentados entre números de casos totales. Edad (T/E), peso para la Edad (P/E), Peso para la Talla (P/T), y el Índice de Masa Corporal (IMC), además del perímetro craneal a los menores de 3 años; en el que están consignadas las historias clínicas de los pacientes que ingresan al Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida para identificar de ésta manera el manejo nutricional que recibieron los niños y niñas, lo cual permitió determinar qué clase de desnutrición presentaron.

Programa SPSS

Son paquetes estadísticos para analizar variables mediante técnicas estadística descriptiva, presentados en tablas univariadas y multivariadas que muestran variables cualitativas ó cuantitativas; permitiendo una presentación de manera

sencilla, ordenada y a su vez concederá una visión más amplia de los resultados obtenidos.

7.7 TECNICAS DE TABULACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Los resultados obtenidos y analizados por los diferentes instrumentos estadísticos se realizan en el programa Excel y fueron analizados cuantitativamente arrojando tablas multivariadas, permitiendo así una presentación más clara al arrojar los resultados y de esta manera nos facilitó la búsqueda de la información para identificar el déficit de desnutrición en niños y niñas.

7.8 ASPECTOS ETICOS

Para la realización de esta investigación fue necesario que la Universidad del Sinú– Elías Bechara Zainum nos otorgara un permiso para el ingreso formal a las instalaciones del Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida, lo mismo que tener acceso a las historias clínicas y acceder al programa Metrix 21 utilizado por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, con el fin de que la información obtenida sea utilizada exclusivamente para los fines de esta investigación.

8. RESULTADOS ESPERADOS

El propósito de la presente investigación es determinar cuál ha sido el impacto del programa sobre el estado nutricional de los niños y niñas que han sido beneficiarios del Centro de Recuperación Nutricional, permitiendo a su vez demostrar que los días de estancia dentro del centro de recuperación nutricional son suficientes para la evolución esperada del estado nutricional de los niños y niñas.

La investigación persigue evaluar impacto del estado nutricional del niño durante su permanencia en el programa de Recuperación Nutricional

9. RECURSOS

9.1 RECURSOS HUMANOS

Asesores:

Dr. Diego Villota Bedoya – Asesor Metodológico

Dra. Carmen Leticia Ramírez de Ardilla– Asesora Disciplinar

Grupo de Investigadoras:

Zaida Downs

Sara Guerrero

Sandra Sarabia

Virginia Silva

9.2 RECURSOS MATERIALES

Equipos:

Computadores: Toshiba, Acer, Sony y Dell

Modem Internet: Movistar

Impresora: Epson

Memorias USB: Sony, Sandisk

9.3 RECURSOS INSTITUCIONALES

Universidad del Sinú – Elías Bechara Zainúm

Centro de Recuperación Nutricional Esperanza y Vida

10. PRESUPUESTO

TIPO DE RECURSO	CANTIDAD	NUMERO DE MESES	VALOR UNITARIO	TOTAL
Recurso Humano	2	8 meses por 4 horas/día	\$ 42.000	\$402.000
Director	1	1 mes	\$ 400.000	\$ 400.000
Co-Director	1	12 meses, 2 veces/mes, 2 horas/día	\$400.000	\$400.000

Investigadores	4	4	\$15.000	\$240.000
Asesor Metodológico	1	1 mes 15 veces/mes, 1 hora/día	\$19.000	\$285.000
TOTAL RECURSO HUMANO				\$1727.000
Computadores Toshiba, Acer, Sony, Compaq	4		\$30.000	\$90.000
Modem Internet Movistar, Une	2		\$ 40.000 \$80.000	\$ 120.000
Impresora Hp	1		\$ 400.000	\$ 400.000
Tinta de Impresión	4		\$30.000	\$120.000
Memorias USB, Sony, Sandisk	2		\$25.000	\$50.000
TOTAL EQUIPOS				\$ 780.000
Resmas de Papel	1		\$ 15.000	\$ 15.000
Calculadora Cassio	1		\$ 35.000	\$35.000
Carpetas	2		\$2.500	\$5.000
Engrapadoras	1		\$9.000	\$9.000
Grapas	1		\$4.900	\$4.900
Clips	1		\$4.500	\$4.500
Sacapuntas	3		\$500	\$1.500
Lápiz Mongol	2		\$600	\$1.200
Lapiceros Kilométrico	4		\$700	\$2.800
Ganchos legajadores	1		\$2.300	\$2.300

CD'slmatlon	8		\$1.000	\$8.000
TOTAL UTILES OFICINA, ASEO				\$89.200
Transporte y Gastos de funcionamiento		3 meses	\$ 400.000	\$ 1.200.000
(Transporte, viáticos, alimentación entre otros)				
TOTAL				\$ 1200.000
TOTAL PRESUPUESTO				\$ 2.596,200
Mas el 10% de imprevistos				\$259.620
GRAN TOTAL				\$ 4.055,820

11. CRONOGRAMA DEL PROYECTO

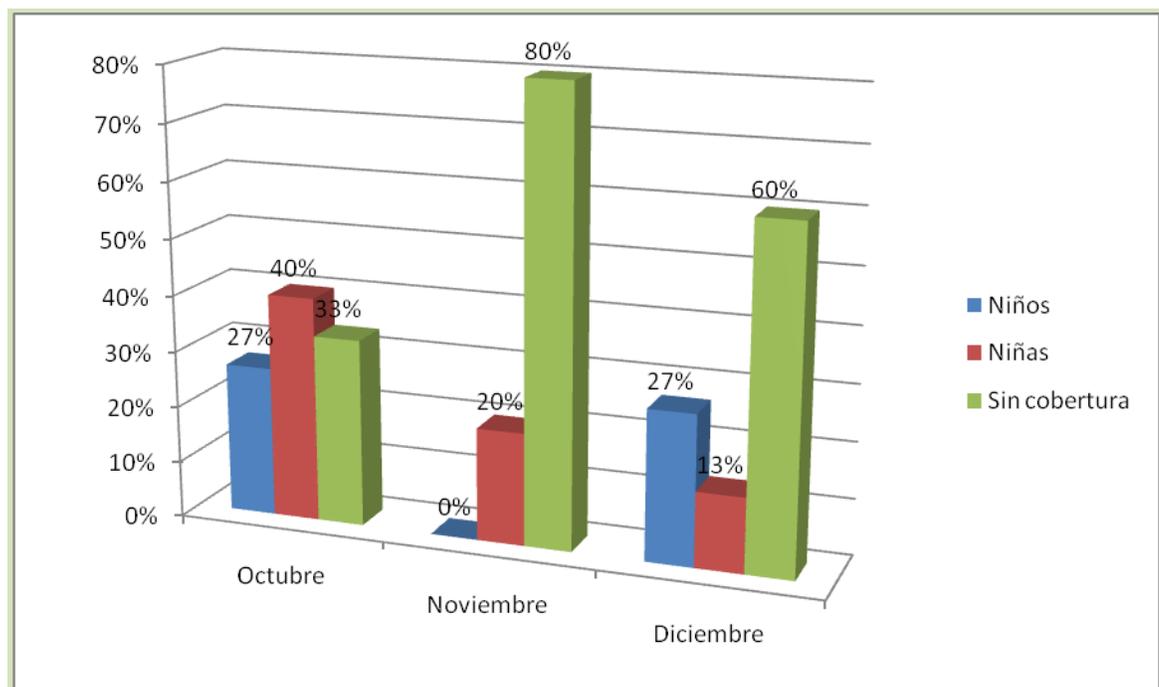
ACTIVIDADES	FEBRER				MARZO				ABRIL				MAYO			
	O															
FECHA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FASE 1																

FECHA	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
FASE 3																	
Reunión con asesor metodológico		■		■		■		■	■		■				■		■
Revisión bibliográfica		■		■		■		■		■		■			■		■
Análisis e interpretación de resultados								■	■	■	■	■					
Ajustes al marco teórico			■	■	■	■	■	■	■	■	■						
Elaboración de guía nutricional									■		■						
Corrección del proyecto				■		■		■	■		■						
Entrega del proyecto																■	■
Elaboración de artículo científico																■	

Fuente: Las Autoras

12. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

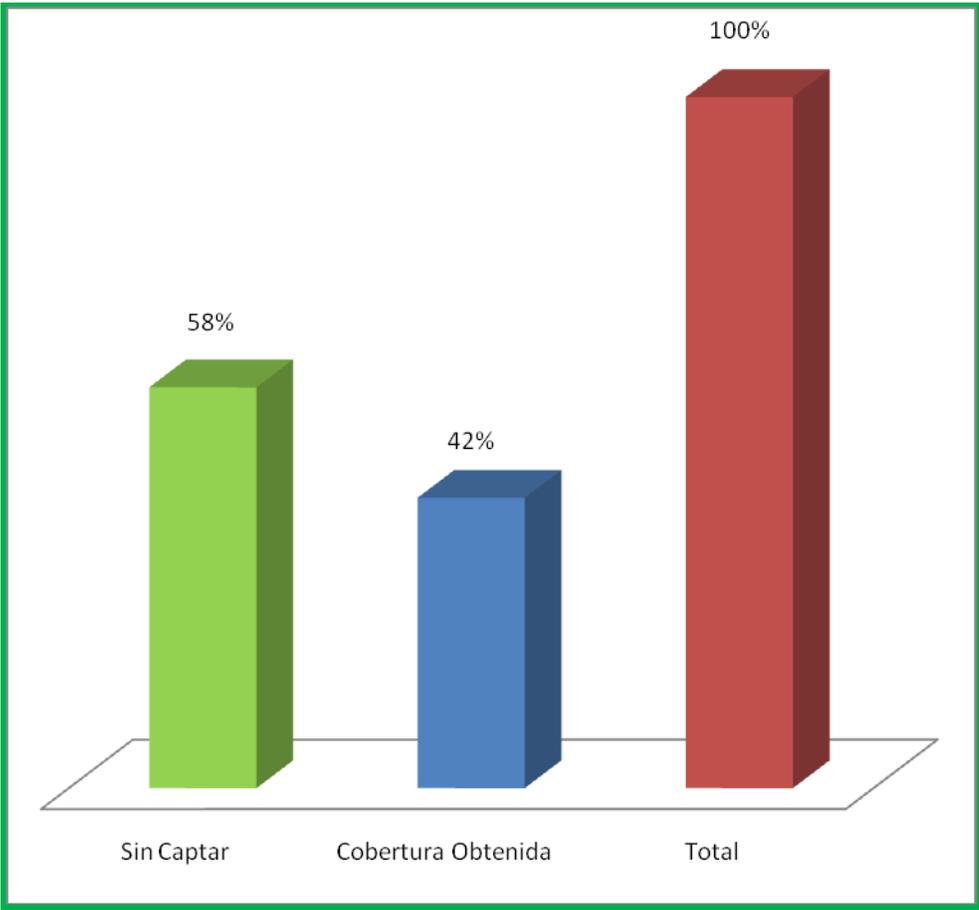
Gráfica 1. Cobertura del Centro de Recuperación Nutricional durante el último trimestre 2010 especificados por mes y clasificados por sexo.



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

Durante el último trimestre del año 2010 el Centro de Recuperación Nutricional para el mes de octubre presentó la mayor atención con un 67% de niños y niñas, sobre los 15 cupos establecidos como capacidad máxima instalada.

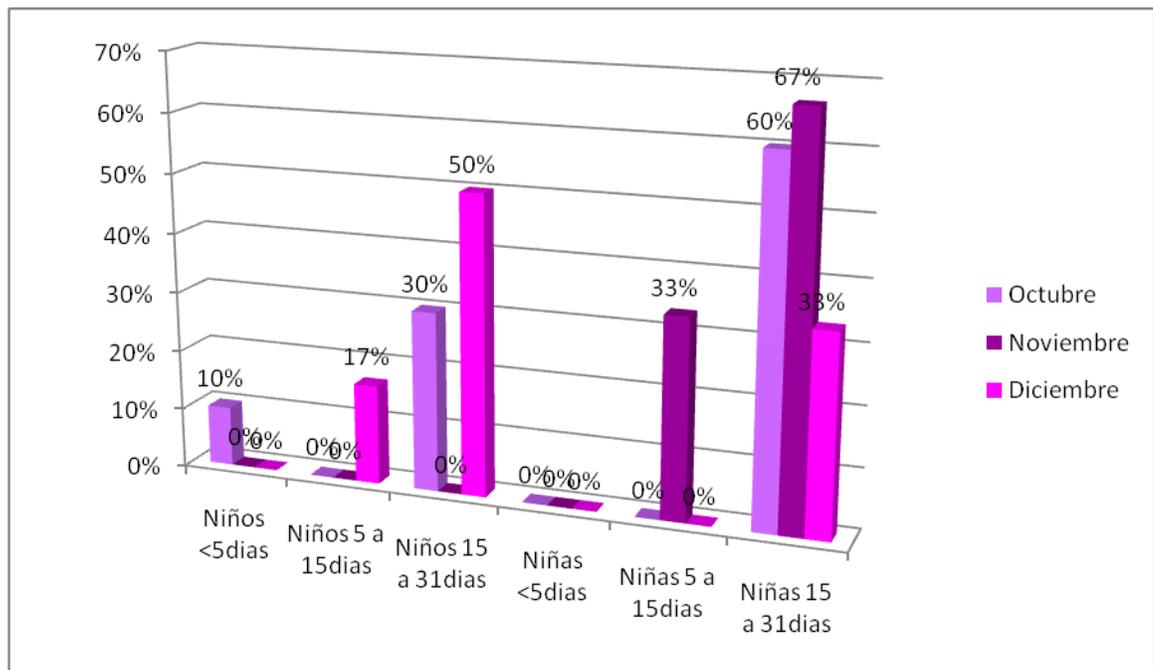
Grafica 2. Cobertura del Centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA durante su primer año de funcionamiento.



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la gráfica, se puede decir que solo el 42% del cupo estimado para el Centro de recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA fue ocupado, mientras que el 58% de los cupos no fue utilizado.

Gráfica 3. Estancia en el centro de recuperación nutricional Esperanza y Vida último trimestre 2010

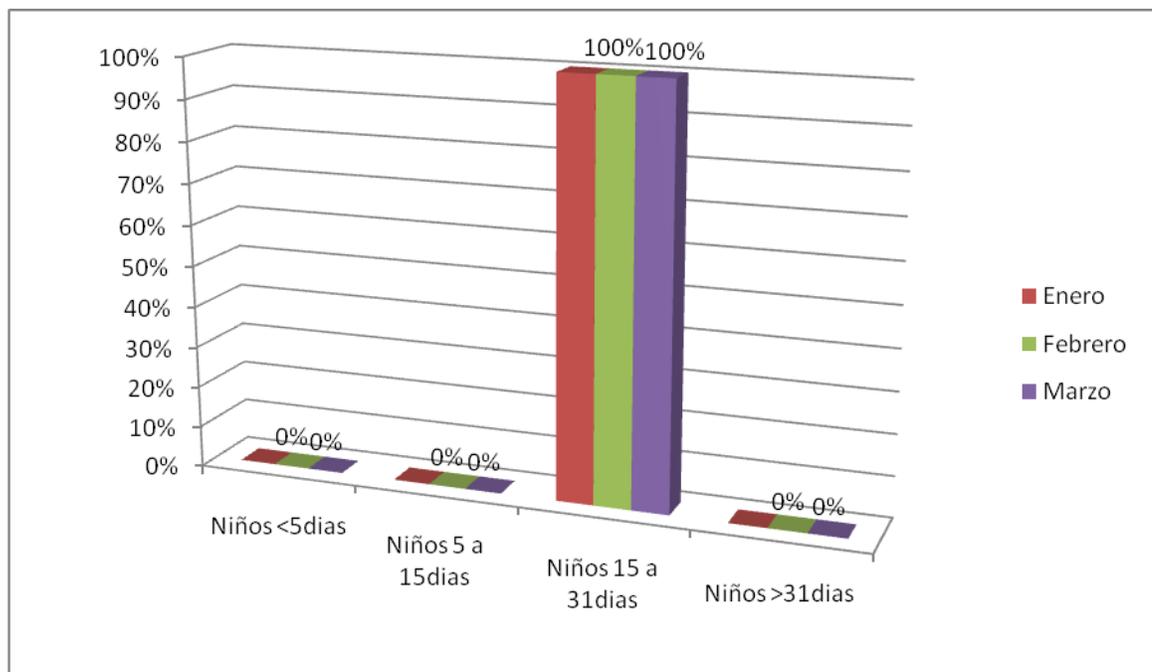


Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los resultados arrojados por la gráfica se determina que durante el mes de octubre el 10% de los niños que ingresaron al programa la estancia fue menor a 5 días, el 30% de estos mantuvieron una estancia entre 15 a 31 días,

durante el mes de noviembre un 33% de las niñas mantuvieron estancia entre 5 a 15 días, un 67% de las niñas mantuvieron una estancia entre 15 a 31 días y durante el mes de diciembre un 33% de las niñas mantuvieron estancia entre 15 a 31 días, la variabilidad en el número de días de atención inferior a los 28 días, es atribuible a la falta de conciencia de las familias sobre el estado de salud del niño, abandonando el servicio.

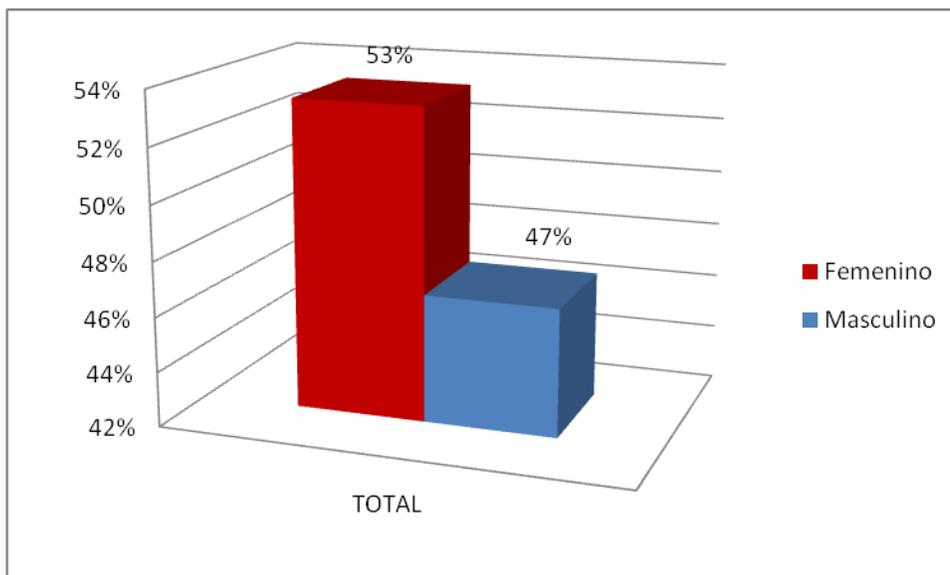
Gráfica 4. Número de días promedio de estancia de atención de niños y niñas, durante el primer trimestre del 2011 en el Centro de Recuperación Nutricional



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la gráfica se observa que durante el primer trimestre del año 2011 se dio un mínimo de 15 días y un máximo 31 días de atención de los niños beneficiarios, alterando la estancia establecida de 28 días, atribuible a la transición del mes de diciembre del año 2010 a Enero del 2011.

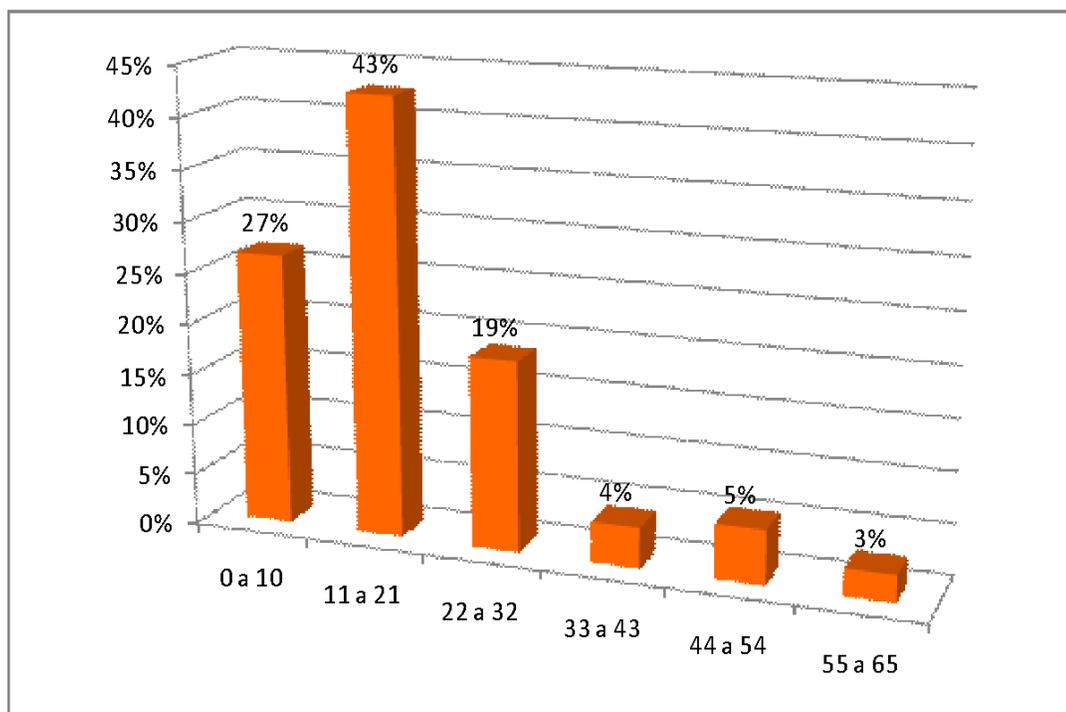
Gráfica 5. Distribución por Sexo de los niños y niñas del programa de recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

Con base a los resultados arrojados se observó que el sexo más prevalente con un 53% fue el sexo femenino.

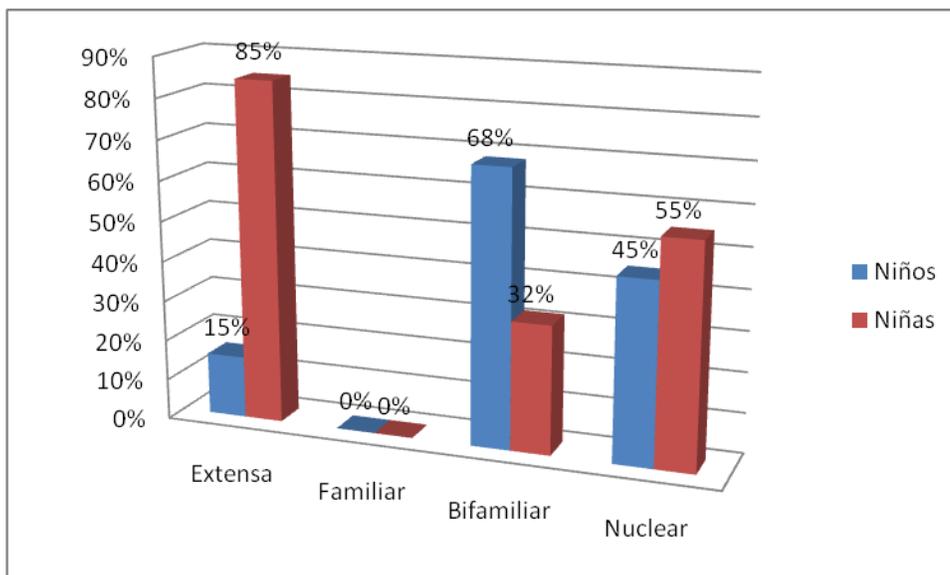
Gráfica 6. Edad en Meses de los niños y niñas atendidos en el programa de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los resultados arrojados en la gráfica se determinó que el 43% de los niños y niñas que ingresaron al programa presentaron una edad entre 11 a 21 meses

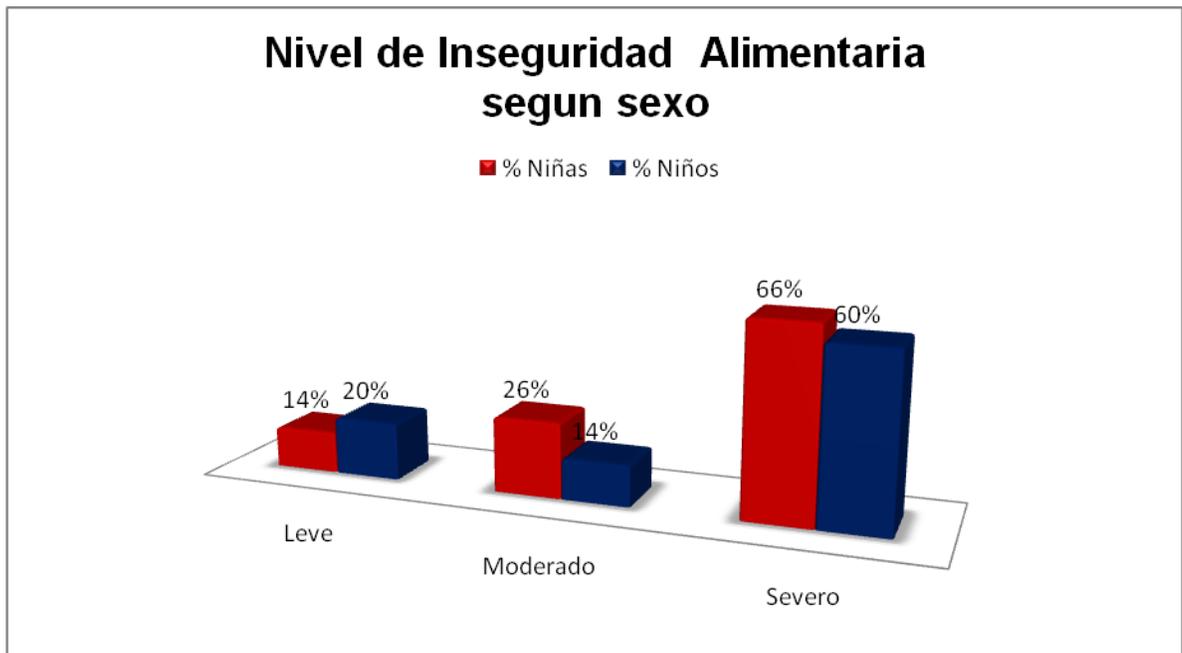
Grafica 7. Tamaño de las familias de los niños y niñas ingresados al programa de recuperación nutricional.



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo con los resultados arrojados por la gráfica se determinó que el 85% de las familias de las niñas es extensa y el 68% de las familias de los niños es bifamiliar.

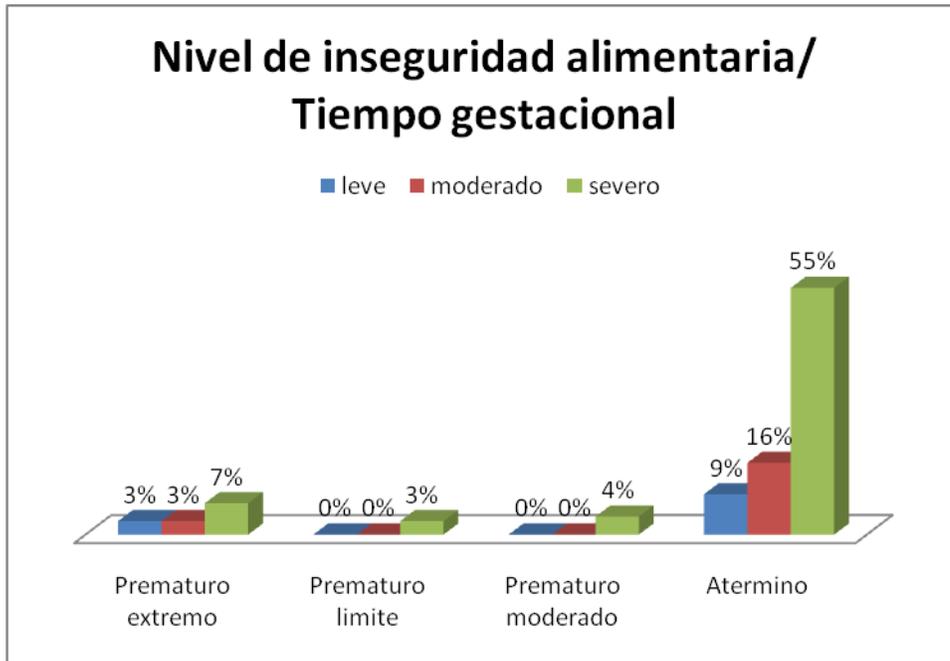
Gráfica 8. Nivel de Inseguridad Alimentaria de las familias de los niños y niñas beneficiarios del programa de recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la gráfica se observó que existe un alto grado de inseguridad alimentaria con clasificación de severidad prevalente en un 66% en niñas y un 60% en niños.

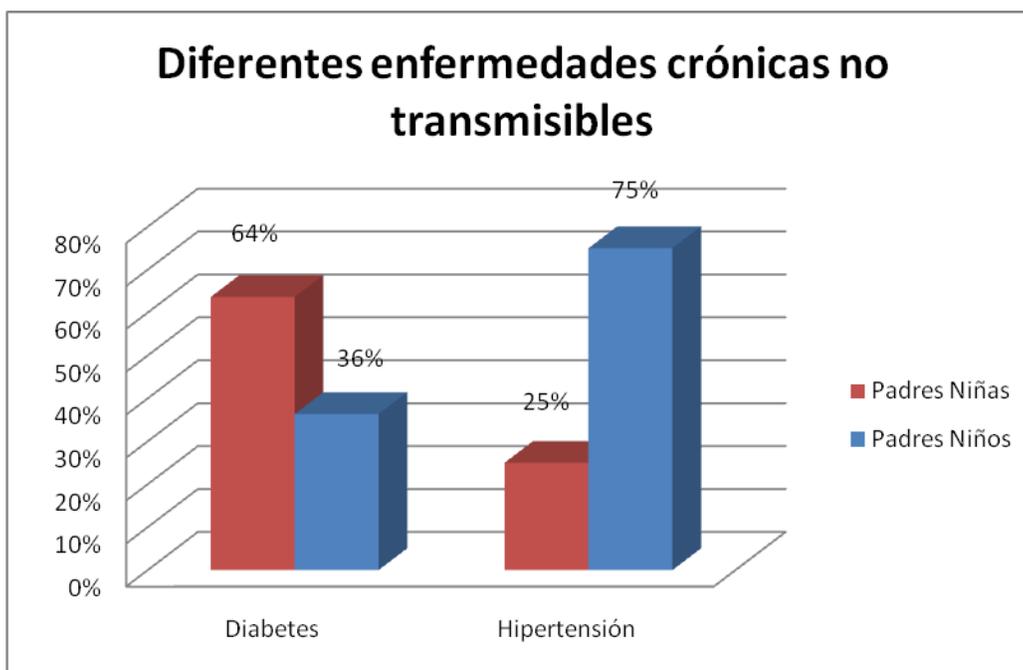
Grafica9. Nivel de inseguridad alimentaria según el tiempo gestacional de los niños y niñas que ingresaron al Centro de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

Según los resultados obtenidos por la gráfica, se puede deducir que debido a los malos hábitos de las madres durante el tiempo gestacional desencadenara un mal estado nutricional al niño o niña , teniendo la prevalencia las madres de las niñas con 55% de inseguridad severa

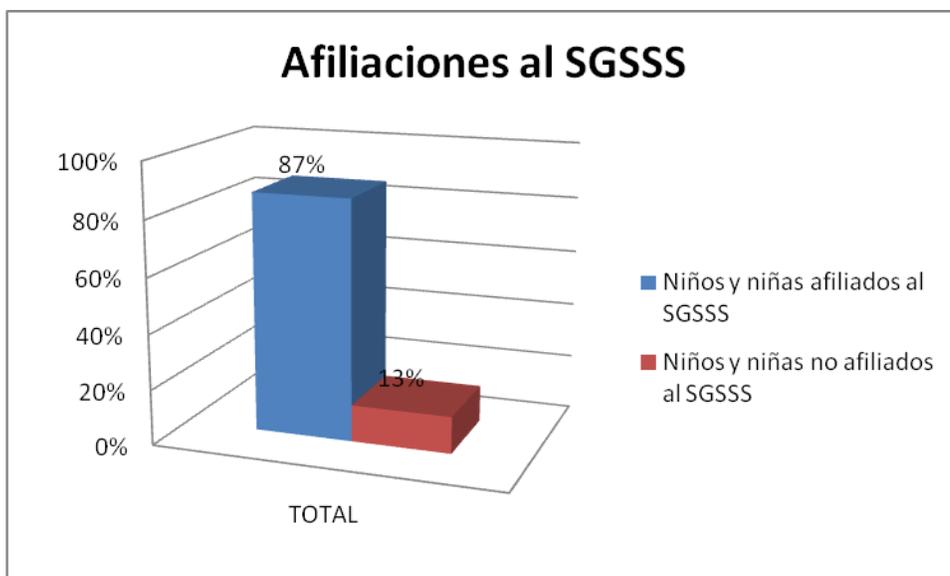
Grafica 10. Enfermedades crónicas no transmisibles que presentaron los familiares de los niños y niñas que ingresaron al Centro de Recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA.



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

Las enfermedades crónicas no transmisibles encontradas con mayor prevalencia en las familias de los beneficiarios del programa fueron la diabetes y la hipertensión con marcadas diferencias por sexo.

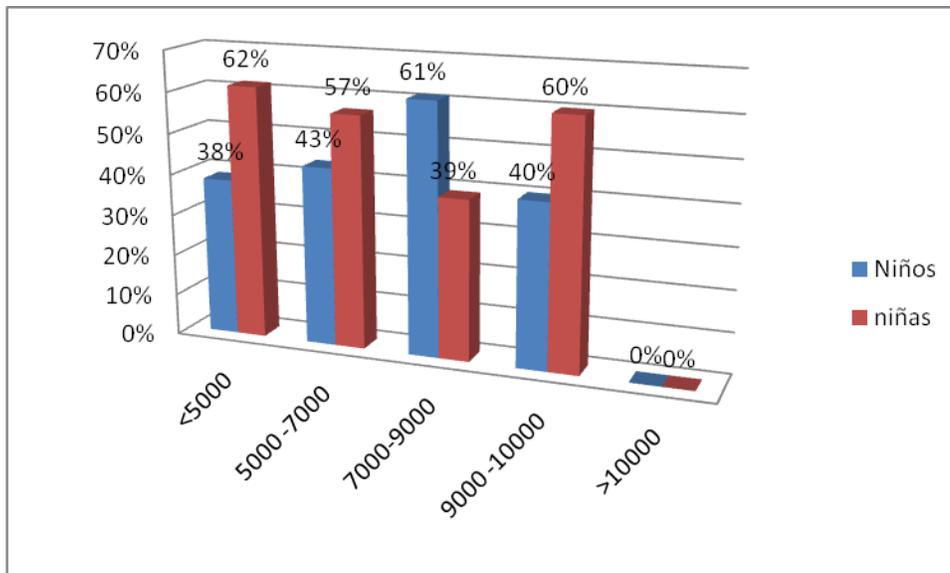
Gráfica 11. Porcentaje de niños y niñas atendidos en el programa de recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA afiliados al Sistema General de Seguridad Social



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la gráfica se observa que el 87% de los niños y niñas usuarios del programa se encontraron afiliados al SGSSS.

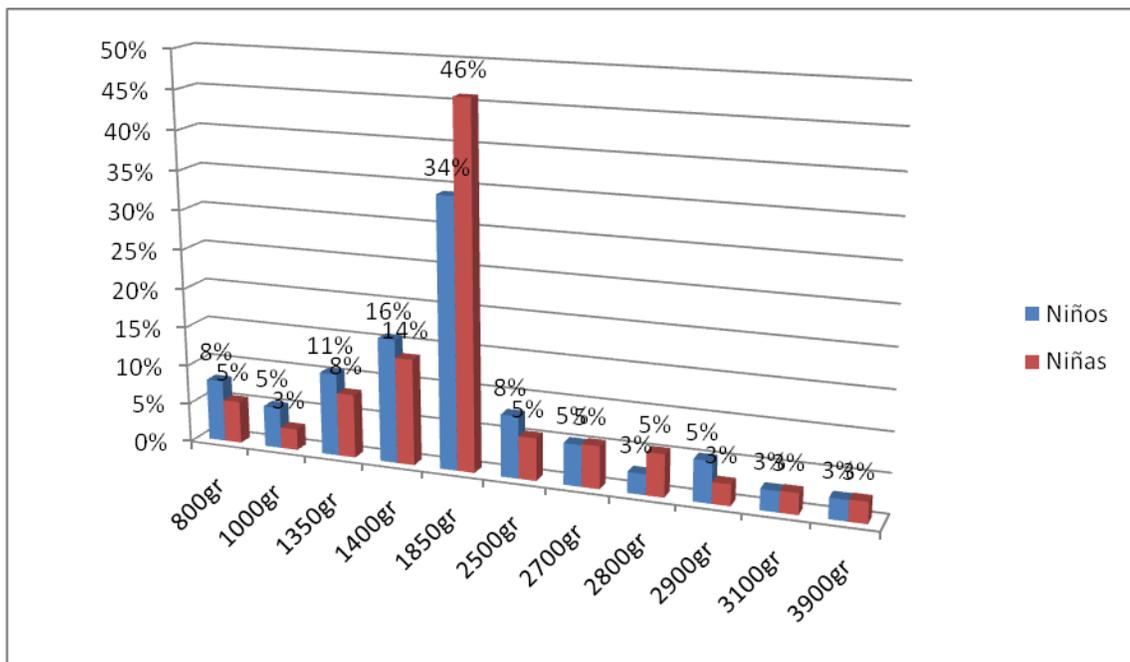
Gráfica 12. Porcentaje de familias de niños y niñas beneficiarios del programa de recuperación nutricional por rangos de ingresos económicos, según sexo.



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la grafica se encontró que el 62% de las familias de las niñas registran un ingreso menor a \$5.000 pesos diarios, siendo para el 61% los niños un poco superior, determinado entre %7.000 y \$9.000 pesos diarios.

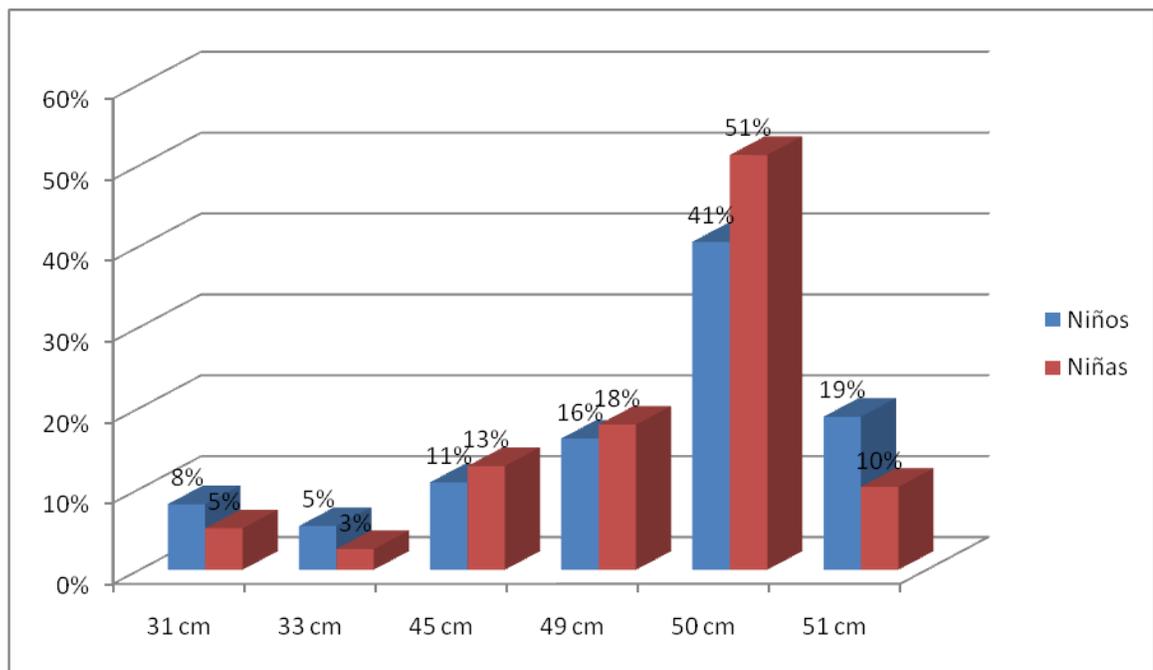
Grafica 13. Porcentaje de peso al nacer de los niños y niñas que ingresaron al centro de recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA durante el periodo de estudio



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los resultados arrojados por la graficas se observa que tanto en niños como en niñas, el peso con mayor frecuencia presentado fue de 1.850 grs. Con una representación del 46% en niñas y el 34% en niños.

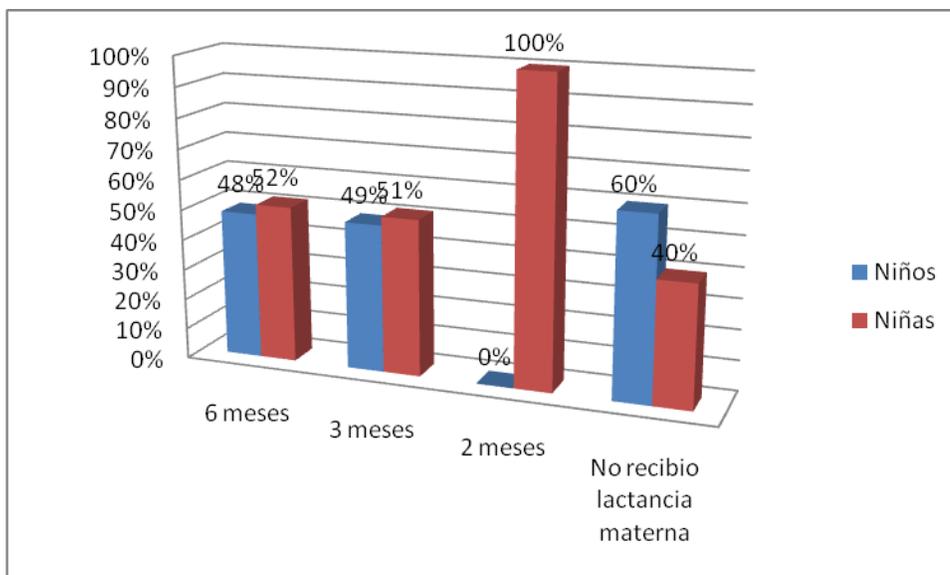
Grafica No 14. Talla al nacer de los niños y niñas beneficiarios del programa de recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA.



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los datos arrojados por la gráfica se observa que el 41% de los niños y el 51% de las niñas que asistieron al programa presentaron una talla al nacimiento de 50 cm.

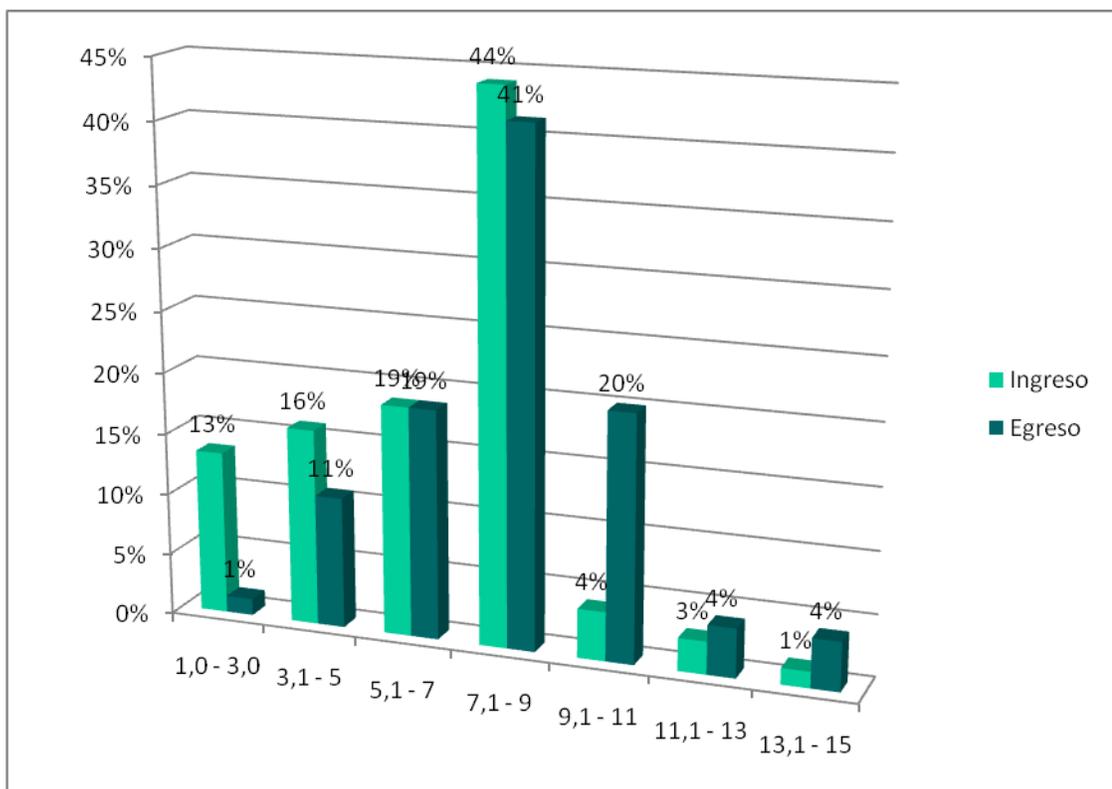
Gráfica 15. Lactancia Materna Exclusiva de los niños y niñas del programa de recuperación nutricional Esperanza y Vida



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo con los datos arrojados por la gráfica se determinó que el 100% de las niñas que ingresaron al programa solo mantuvieron lactancia materna durante 2 meses.

Gráfica 15. Distribución porcentual de Peso comparativo al Ingreso y al Egreso de los niños y niñas del programa de Recuperación Nutricional ESPERANZA Y VIDA

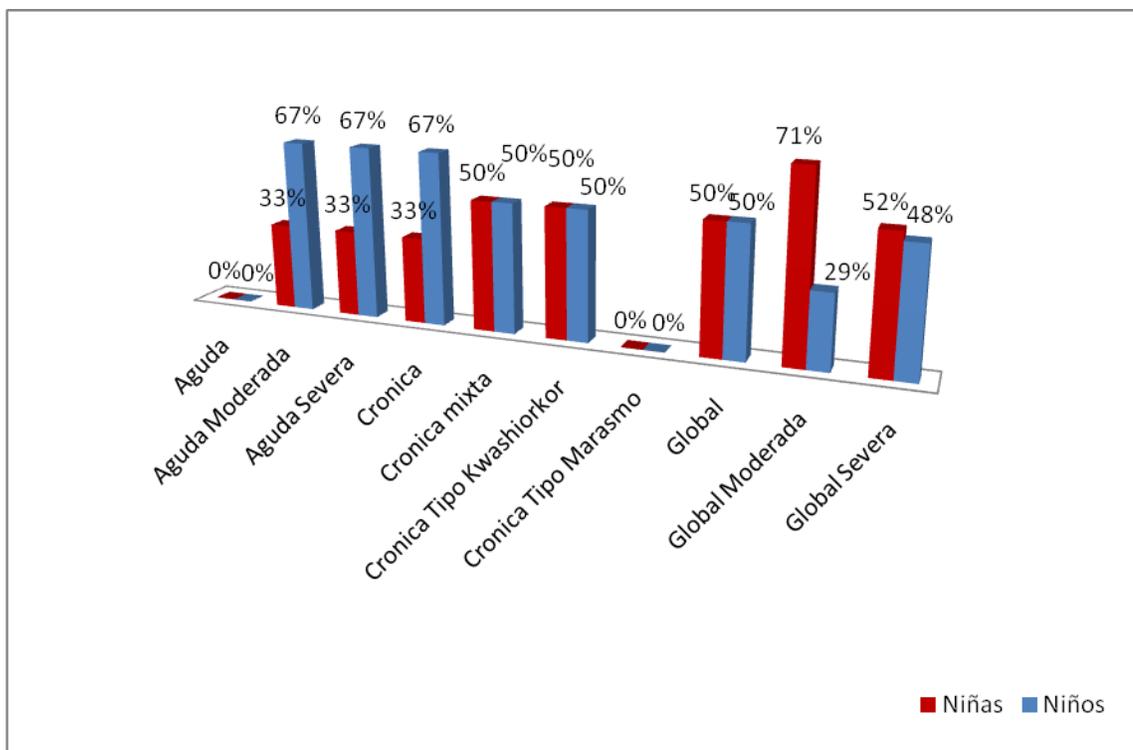


Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los resultados obtenidos en la gráfica se observó que el 44% de los niños que ingresaron al programa y de 41% de los que egresaron, presentaron un

mismo peso representado en el rango de 7, 1kgs a 9 kgs. Mientras que el peso recuperado entre 9,1kgs a 11 kgs fue el que presentó mayor incremento al egreso.

Gráfica 17. Diagnóstico Nutricional al Ingreso de los niños y niñas beneficiarios del programa de recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA

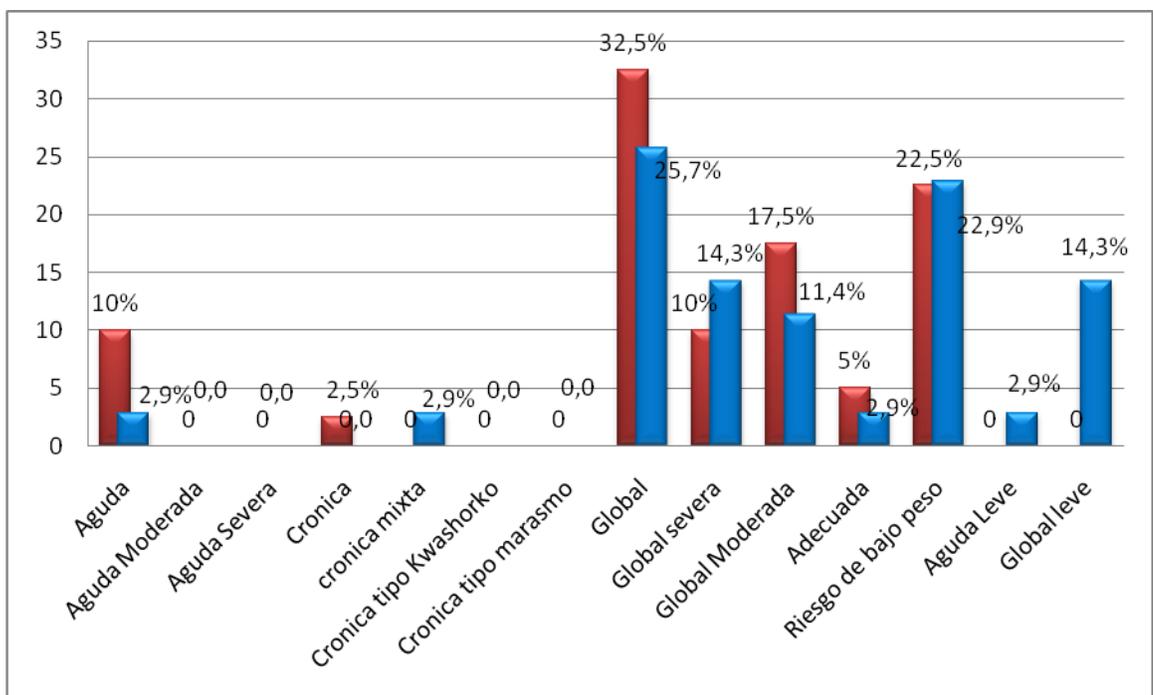


Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo con los resultados obtenidos en la gráfica se determinó que el 71% de las niñas que ingresaron al programa presentaron Desnutrición Global Moderada. Mientras que para los niños se encontraron porcentajes unificados para las

siguientes desnutriciones Desnutrición Aguda Moderada 67%, Desnutrición Aguda Severa 67% y Desnutrición Crónica 67%.

Grafica 18. Diagnóstico Nutricional al egreso de los niños y niñas beneficiarios del programa de recuperación nutricional ESPERANZA Y VIDA



Fuente: Historias Clínicas del Software SPSS

De acuerdo a los resultados arrojados por la gráfica se observó que las niñas al ingreso del programa presentaron Desnutrición Global Moderada, los niños al ingreso con un porcentaje unificado del 67% Desnutrición Aguda Severa, Desnutrición Moderada y Desnutrición Crónica. Mientras que al egreso las niñas con un 32,5% presento Desnutrición Global y los niños con un 32,7% presentaron Desnutrición Global.

13. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el análisis de los datos obtenidos en la presente investigación podemos concluir que:

- ❖ Con la apertura del programa en el último trimestre del año 2010 y un análisis comparativo del funcionamiento durante el primer trimestre del 2011 se observó una subutilización de la capacidad instalada del programa atribuible posiblemente la falta de estrategias de promoción, falta de conocimiento de la comunidad, falta de redes de apoyo sociales y red de apoyo en salud para la respectiva canalización. A pesar de que el centro de recuperación cambio su ubicación para cumplimiento de los lineamientos exigidos por el programa, no fue notoria en el periodo estudiado la captación de niños y niñas, para que la captación esperada sea de forma favorable para el programa y se obtenga el impacto esperado a la primera infancia apuntando al primer objetivo del milenio planteado por la

Organización Mundial de La Salud que es Erradicar la pobreza extrema y el hambre para el año 2015.

- ❖ Se encontró una debilidad en el proceso de educación, estímulo y compromiso por parte de la madre, como personas responsable de la atención integral al niño debido a la informalidad de la permanencia del niño afectando la recuperación esperada.
- ❖ Se observó una mayor prevalencia de niñas que de niños atendidos corroborando de esta manera las teorías de mayor vulnerabilidad en el sexo femenino.
- ❖ La mayor concentración de población afectada atendida se encontró en el grupo de niños de 11 a 21 meses de edad, para ambos sexos demostrando de esta manera la susceptibilidad del niño por el destete precoz, deficiencia en la lactancia materna y alimentación complementaria .
- ❖ Se encontró que la característica más frecuente y prevalente de las niñas fue las familias extensas lo que coincide con los registros sustentados que afirman que a mayor número de familias mayor probabilidad de desnutrición en niños menores de 2 años pero que es atribuible que a pesar de que un niño este en una familiar nuclear se presente este tipo de desnutrición por otras condiciones tales como: descuido de madres adolescentes en familias nucleares, calidad de alimentación insuficiente, falta de afecto al infante.

- ❖ Según los datos obtenidos, se observa que hubo incremento significativo de peso en los niños y niñas que ingresaron al centro de recuperación nutricional al momento del egreso.

- ❖ A pesar de que hubo una pequeña mejora del peso en los niños y niñas posiblemente el número de días de estancia no es suficiente para una adecuada recuperación del estado nutricional.

- ❖ El Impacto de un programa de Recuperación Nutricional es de suma importancia para la sociedad ya que en este estudio no arrojó ningún porcentaje de mortalidad durante su ejecución por tal motivo se deduce que el Estado Nutricional tuvo un impacto positivo siendo un factor de protección ante la desnutrición de los niños y niñas.

- ❖ Con relación al Diagnóstico de ingreso y egreso de los niños y niñas tenemos que en el Centro de Recuperación Nutricional no fue notoria el estado nutricional de los niños y niñas. Se anota que un centro de recuperación nutricional es un servicio o programa que necesita la comunidad afectada por limitadas condiciones socio-demográficas presentes en el estudio faltando algunas variables por alcanzar, he de aquí que un centro de recuperación nutricional es de suma importante en la primera infancia para los problemas que presenta esta franja de población..

14. RECOMENDACIONES

Con base a los conocimientos obtenidos en la formación profesional de la carrera de NUTRICION Y DIETETICA otorgada por la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainum se determinó mediante el análisis arrojado por las gráficas, dar pautas a través de las recomendaciones para minimizar problemas de desnutrición en la población recabando todo lo sustentado anteriormente en el proyecto de grado que figura como nombre IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS(AS) QUE ASISTEN AL PROGRMA CENTRO DE RECUPERACION NUTRICIONAL ESPERANZA Y VIDA DE LA UNIVERSIDAD

DEL SINU Y EL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR (ICBF) DUARANTE EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE 2010 A SEPTIEMBRE 2011 EN CARTAGENA DE INDIAS se plantean las siguientes recomendaciones:

Diseñar estrategias de promoción y divulgación de los servicios del programa de Recuperación Nutricional atreves de todos los medios masivos de comunicación

Establecer alianzas interinstitucionales, e inter-sectoriales que permitan establecer portafolios de servicios complementarios a favor de las familias que den cubrimientos en aspectos de cobertura en salud ,emprendimiento de manera que se puedan atender necesidades básicas insatisfecha que garanticen una disminución de la brecha en seguridad alimentaria.

Generar una mayor captación y canalización de niños y niñas objetos de atención el programa de atención nutricional provenientes del Sistema General de Salud .

Formulación de una propuesta de promoción y prevención dirigidos a las madres gestantes adolescentes , garantizando un embarazo a término un niño con un adecuado peso de nacimiento y una menor probabilidad de enfermar.

Fomentar técnicas de lactancia materna exclusiva, que garantice el óptimo crecimiento y desarrollo. Una buena alimentación intrauterina es la base primordial para que un niño goce de una salud óptima al interactuar con el medio ambiente de no ser así estaría predispuesto a la morbilidad y mortalidad fetal, neonatal, post neonatal, infantil y adulta.

Todo niño y/o niña egresado del centro de recuperación nutricional debe disponer de una red de atención en salud, es decir que este debe estar inscrito en la red de SGSSS ya que hace parte de la garantía de sus derechos establecido en el código de infancia y adolescencia ley 1098 de 2006

Se sugiere que el centro de recuperación nutricional genere mayor empoderamiento por parte de los padres de familia, mediante la implementación de actividades productivas para mejorar la situación económica de la familia y reforzar la orientación y educación sobre la importancia del servicio de manera que se logre que el niño permanezca el tiempo mínimo requerido por el programa.

Se recomienda que la estancia en los centros de recuperación nutricional debe ser mayor a 28 días ya que el crecimiento normal de un niño no se ve reflejado en tan corto tiempo.

Es de notar el rol importante que juega una NUTRICIONISTA DIETISTA en este tipo de programa, para impulsar compromiso social.

Nos permite informar que se haga un estudio que determine la estancia adecuada ,para la recuperación nutricional y devolver a este niño o niña sano a la sociedad .

BIBLIOGRAFIA

CEPAL, 2005. Objetivos de Desarrollo del Milenio. Una mirada desde América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, p. 63

CONSEJO NACIONAL DE POLITICA ECONOMICA SOCIAL. Conpes social 91. “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos del milenio, 2015”. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá DC. 14 de septiembre 2005.

Conpes Social 102, “Red de protección social contra la extrema pobreza”. República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación. Bogotá DC. 25 de septiembre 2006.

ENSIN 2010.

ESTADO MUNDIAL DE LA INFANCIA / UNICEF, 2006. El costo del Hambre: Impacto económico y social de la Desnutrición Infantil: República Dominicana, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL); Programa Mundial de Alimentos, 2006. Encuesta Demográfica y de Salud 2007: Informe Preliminar; CESDEM, 2007, disponible en:

http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_

INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR. Código de la Infancia y Adolescencia. Ley 1098 de 2006. Noviembre 8 de 2006.

MANA ANTIOQUIA, GOBERNACION DE ANTIOQUIA Y DIRECCION SECCIONAL DE SALUD DE ANTIOQUIA. Guía de Práctica para la atención nutricional, médica y psicosocial de los niños y niñas con desnutrición. 2007. Medellín, Antioquia, 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD – OMS. Informe mundial sobre la salud 2005: “Cada madre y cada niño contara”. Ginebra, 2005.

UNICEF. Progreso para la infancia. Examen estadístico de un mundo apropiado para los niños y las niñas.

<http://s3.amazonaws.com/lcp/realidades/myfiles/Desnutricion-en-Colombia.pdf>.

http://www.cartagena.gov.co/concejo/documentos/documento_infancia.pdf.

<http://www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-desnutricion-infantil-es.html>

<http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=11635>

http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_

<http://www.vanguardia.com/historico/29384-cinco-mil-ninos-mueren-al-ano-por-des-nutricion-en-colombia>.

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs332/es/index_html.

www.pulevasalud.com

15. ANEXOS

16. Escala de medición de la Seguridad Alimentaria en los hogares para Latinoamericana y el Caribe. (ELCSA)

ITEMS		SÍ	NO
1.	En los últimos 30 días ¿Usted se preocupó alguna vez de que en su hogar se acabaran los alimentos debido a falta de dinero?	1	0
2.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin alimentos por falta de dinero?	1	0
3.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez en su hogar se quedaron sin dinero para obtener una alimentación nutritiva: es decir que contenga carne, leche o productos lácteos, frutas, huevos, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos?.	1	0
4.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar dejó de desayunar, almorzar o comer por falta de dinero?	1	0
5.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero?.	1	0

6.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado por falta de dinero?.	1	0
7.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar sintió o se quejó de hambre y no comió por falta de dinero?.	1	0
8.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted o algún adulto de su hogar solo comió una sola vez al día o dejó de comer en todo un día por falta de dinero?	1	0
9.	En los últimos 30 días ¿Alguna vez en su hogar tuvieron que hacer algo que hubiera preferido no hacer para conseguir los alimentos?.	1	0
10.	En los últimos 30 días, ¿Alguna vez, algún adulto de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para los alimentos?	1	0
11.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez por falta dinero algún niño o joven de su hogar dejó de tener una alimentación nutritiva, es decir que contenga carne, leche, frutas, verduras, cereales, leguminosas, tubérculos y plátanos ?.	1	0
12.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez algún niño o joven de su hogar no pudo variar la alimentación por falta de dinero?.	1	0

13.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez algún niño o joven de su hogar comió menos de lo que está acostumbrado por falta de dinero?	1	0
14.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez usted tuvo que disminuir la cantidad servida en las comidas de algún niño o joven de su hogar, por falta de dinero?	1	0
15.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez, algún niño o joven de su hogar se quejó de hambre pero no se pudo comprar más alimentos por falta de dinero?	1	0
16.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez, algún niño o joven de su hogar se acostó con hambre porque no alcanzó el dinero para los alimentos?.	1	0
17.	En los últimos 30 días. ¿Alguna vez, algún niño o joven de su hogar solo comió una vez al día o dejó de comer todo un día por falta de dinero?.	1	0

Clasificación de los resultados de la aplicación de la Escala de Seguridad Alimentaria en los hogares.

Clasificación	Composición del Hogar	
	Solo Adultos	Adultos, jóvenes y niños
Seguridad Alimentaria	0	0
Inseguridad Alimentaria Leve	1 – 3	1 – 5
Inseguridad Alimentaria Moderada	4 – 5	6 – 10
Inseguridad Alimentaria Severa	≥ 6	≥ 11

Fuente: Proceso de validación interna. ELCSA. Abril de 2008



ANEXO No. 5: INSTRUMENTO PARA LA CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS Y CUIDADORES DE LOS NIÑOS(AS) QUE INGRESAN A LAS UNIDADES DE ATENCIÓN INTEGRAL Y RECUPERACIÓN NUTRICIONAL PARA LA PRIMERA INFANCIA

OBJETIVO: Caracterizar a las familias y cuidadores de los niños y niñas que son atendidos en las Unidades de Atención Integral y Recuperación Nutricional para la Primera Infancia, con el fin de determinar el papel que juegan los factores sociales en la desnutrición infantil.

Este instrumento se diligenciará en el ingreso del niño a la Unidad de Atención Integral y Recuperación Nutricional para la Primera Infancia y, para su diligenciamiento se debe señalar con una equis (X) la respuesta correcta y escribir con letra legible los datos cualitativos y cuantitativos que se piden.

Recuerde leer previamente el Instructivo del presente instrumento, con el fin de no cometer errores en su diligenciamiento.

Fecha del diligenciamiento del instrumento (dd/mm/aaaa): _____
Nombre del Municipio donde fue atendido el niño(a): _____

I. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nombres y Apellidos del niño o niña: _____
2. Género: a. Masculino ___ b. Femenino ___
3. Edad del niño: Años ___ Meses ___
4. Ubicación de la vivienda del niño(a):
a. Área rural ___ Nombre de la vereda: _____
b. Área urbana ___ Nombre del barrio: _____
c. Etnia: Indígena ___ Room ___ Raizal ___ Afrocolombiano ___
d. Pertenece a Resguardo indígena: Si ___ No ___ Cual: _____

Datos del cuidador

5. Nombres y apellidos _____
6. Parentesco del cuidador con el niño(a):
a. Madre ___ b. Padre ___ c. Abuela ___
d. Abuelo ___ e. Hermano ___ f. Hermana ___
g. Tío ___ h. Tía ___ i. Madrastra ___
j. Padrastro ___ k. Otro: ___ Cual: _____
7. Edad del cuidador: ___ años
8. Estado civil actual del cuidador:
a. Soltero ___ b. Casado ___ c. Viudo ___ d. Divorciado ___ e. Unión libre ___
f. Separado ___
9. Nivel de Escolaridad del cuidador:
a. ningún tipo de estudios ___ b. Primaria completa ___
c. Primaria incompleta ___ d. Secundaria incompleta ___
d. Secundaria completa ___ e. Otros ___ Cuales: _____

Lineamiento Aprobado mediante Resolución No. 4533 del 15 de octubre de 2009

Página 79 de 96

Avenida Carrera 68 No. 64C-75 PBX 437 7630 • Línea de atención al ciudadano 01 8600 91 8080 • Bogotá, D.C. - Colombia



II DATOS ECONÓMICOS

Datos del proveedor económico de la familia:

10. Parentesco del proveedor económico con el niño(a):
 a. Madre ___ b. Padre ___ c. Abuela ___
 d. Abuelo ___ e. Hermano ___ f. Hermana ___
 g. Tío ___ h. Tía ___ i. Madrastra ___
 j. Padrastro ___ k. Otro: ___ Quien: _____

11. Edad del proveedor económico: ___ años

12. Actividad laboral:

- a. Trabajador(a) independiente ___ b. Empleado ___
 c. Jornalero(a) o peón ___ d. Empleado(a) doméstico ___
 e. Patrón(a) o empleador ___ f. Desempleado ___
 g. Otro ___ Cual: _____

13. ¿Ha estado desempleado en los últimos 6 meses?: Si ___ No ___

14. Nivel de Ingresos de la familia por día:

- a. Menos o igual a \$3.000 ___
 b. Entre \$3.001 y \$6.000 ___
 c. Entre \$ 6.001 y 10.000 ___
 d. Mas de \$10.000 ___

III. DATOS FAMILIARES

15. ¿El embarazo del niño(a) fue planeado? a. Si ___ b. No ___

16. Hasta que mes se le dio exclusivamente lactancia materna al niño(a):

- a. nunca ___ b. 1 mes ___ c. 2 meses ___ d. 3 meses ___
 e. 4 meses ___ f. 5 meses ___ g. 6 meses ___ h. otro mes diferente ___

17. Tipología familiar

- a. Familia Extensa ___
 b. Familia Monoparental ___
 c. Familia Nuclear ___
 d. Familia Reconstituida ___
 e. Familia Ampliada ___

18. Número de personas que conviven con el niño(a) en el hogar: ___

Es necesario para el diligenciamiento de las siguientes preguntas, formular bien la pregunta y seleccionar la respuesta que más se acerque a lo manifestado por el cuidador, para no inducir las respuestas.

19. Como demuestra el afecto el cuidador al niño(a): (Múltiple selección)

- a. Material (juguetes, ropa, entre otros) ___
 b. Física (Besos, abrazos, caricias) ___
 c. Verbal (palabras afectivas) ___
 d. Acompañamiento emocional (Acciones realizadas por el cuidador a partir de sentimientos y emociones como angustia, preocupación, felicidad entre otros, por situaciones vividas por el niño(a) ___
 e. ninguna ___

f. Otra ___cuales: _____

20. Parentesco de la persona (s) que ejerce la autoridad en la familia (respuesta múltiple en el caso de existir dos figuras de autoridad en la familia):

- a. Madre ___ b. Padre ___ c. Abuela ___
 d. Abuelo ___ e. Hermano ___ f. Hermana ___
 g. Tío ___ h. Tía ___ i. Madrastra ___

Lineamiento Aprobado mediante Resolución No. 4533 del 15 de octubre de 2009



- j. Padrastro _____ k. Otro, quien: _____
21. Como ejerce la familia la autoridad con el niño(a):
a. Prohibiciones _____ b. Encierro _____ c. Diálogo _____
d. Chantajes _____ e. Compromisos _____ f. Dejándole de hablar _____
g. Castigos físicos _____ h. Regaños con insultos _____ i. Otro _____ Cual _____
22. ¿Han habido antecedentes de violencia entre los miembros de la familia actual del niño(a)?
a. Si _____ b. No _____ Cuales: _____

En caso de ser negativa la anterior respuesta pase a la pregunta número 24

23. Las situaciones de violencia presentadas han sido denunciadas por la familia a una institución legal:
a. Si _____ b. No _____

IV. CARACTERISTICAS DE LA VIVIENDA

24. Tenencia de la vivienda
a. Arrendada _____ b. Propia _____ c. Vivienda de otro sin pagar arriendo _____
d. Albergue o refugio _____ e. Calle _____ f. Otro _____ Cual: _____

Si la anterior respuesta es la (d) identifique las preguntas posteriores como si la institución fuese la vivienda de la familia. Si la respuesta es (e) pase a la pregunta número 30.

25. Infraestructura interna de la casa

- | | | | | |
|--|-------|-------|------------|-------|
| | Si | No | Si | No |
| a. Servicio sanitario | _____ | _____ | Compartido | _____ |
| b. Cocina (Ver instructivo) | _____ | _____ | | |
| c. Habitaciones | _____ | _____ | Número | _____ |
| d. Cocina y cuarto en el mismo espacio | _____ | _____ | | |

26. Cuantas personas duermen en la misma habitación _____

27. Materiales predominantes de la vivienda:

Si se identifican varios materiales en el techo, la pared y el piso, señale solo el más predominante.

Techo:

- a. Cartón, latas, sacos, plástico, etc. _____
b. Paja o palma _____
c. Teja de barro _____
d. Teja de zinc _____
e. Teja de eternit _____
f. Otro material: _____ Cual: _____

Pared:

- a. Bloque, ladrillo _____
b. Tapia pisada _____
c. Bahareque _____
d. Madera burda, tabla y tablón _____
e. Guadua, caña, esterilla _____
f. Zinc, tela, cartón, latas, desechos, plástico, lona _____
g. Sin paredes _____
h. Otro material: _____ Cual: _____

Piso:

- a. Baldosa, vinilo, tableta, ladrillo, madera pulida _____
b. Madera burda, tabla, tablón, otro _____
c. Cemento, gravilla _____
d. Tierra, Arena _____

Lineamiento Aprobado mediante Resolución No. 4533 del 15 de octubre de 2009



e. Otro material: ___ Cual: _____
 28. ¿Con cuales servicios públicos cuenta la familia? (respuesta múltiple, señale con una equis (X) todos los servicios públicos con que cuente la familia).

	Si	No
a. Energía eléctrica	___	___
b. Alcantarillado	___	___
c. Gas natural	___	___
d. Teléfono fijo	___	___
e. Acueducto	___	___
f. Recolección de basuras	___	___
g. Sin servicios públicos	___	___

29. Tratamiento del agua para beber

a. Ninguno, No necesita porque es potable	___
b. Ninguno, la usan como la obtienen	___
c. Hervida	___
d. Cloro	___
e. Filtros artificiales	___
f. Decantación o usan filtros naturales	___
g. El Agua viene embotellada o en bolsa	___

V. NIVEL DE SEGURIDAD ALIMENTARIA

30. Nivel de Seguridad Alimentaria de la familia.

Para responder esta pregunta, se debe haber diligenciado previamente la Escala de medición de la Seguridad alimentaria en la familia y con base en el resultado se da la respuesta a este ítem.

- a. Seguridad Alimentaria _____
- b. Inseguridad Alimentaria Leve _____
- c. Inseguridad Alimentaria Moderada _____
- d. Inseguridad Alimentaria Severa _____

OBSERVACIONES:

Nombre del profesional quien diligencia el instrumento: _____

Firma del profesional: _____

Firma del cuidador: _____

















