

**LA MALNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD
DE LOS BARRIOS LA CITA, EL PITE, DON BOSCO Y LAS BRISAS EN LA
LOCALIDAD DE USAQUEN**

**OLGA LUCIA LUNA CAICEDO
ANA ISABEL VARGAS TRIANA**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE EDUCACIÓN PREESCOLAR
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR
BOGOTÁ, D.C.**

2008

**LA MALNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD
DE LOS BARRIOS LA CITA, EL PITE, DON BOSCO Y LAS BRISAS EN LA
LOCALIDAD DE USAQUEN**

**OLGA LUCIA LUNA CAICEDO
ANA ISABEL VARGAS TRIANA**

TESIS DE GRADO

**DIRECTOR
Mg. SOLANGEL MATERÓN PALACIOS**

**UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE EDUCACIÓN PREESCOLAR
LICENCIATURA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR
BOGOTÁ, D.C.**

2008

AGRADECIMIENTOS

A Dios primero que todo por su luz permanente, su infinita misericordia y sabiduría.

A la vida por darme la oportunidad de descubrir y recorrer este maravilloso camino de la docencia

A mi maravillosa familia, mis padres, mi esposo y mis tres hijos, quienes con su interés y amor sincero contribuyeron a la realización de este sueño.

A mí querida y adorada tía Robertina porque por su cariño, apoyo e interés me inicio en el camino de la docencia pensando siempre en la obra más maravillosa... "los niños".

A mi hijo Julio César por su acompañamiento incondicional en muchas horas de trabajo

A la Universidad de San Buenaventura y a los profesores de la Facultad de Educación por su sabia enseñanza y su donación constante

A las compañeras de Estudio en especial a Isabelita por recorrer juntas este camino, Dios te bendiga.

A la niñez colombiana porque ellos son mi mejor proyecto de vida

Olga Lucia Luna Caicedo

Agradezco primeramente a dios, por hacer posible aquello que soñé desde pequeña...ser docente; a mis padres por su apoyo y colaboración incondicional, a mi adorado esposo que con desvelos y regaños me acompañó largas madrugadas y a mis hijitos amados por su paciencia y comprensión.

Pero... no me olvido ti querida compañera Olga y tu hijo Julio César, Dios los bendiga y los acompañe siempre...

Ana Isabel Vargas Triana

SER MAESTRO

La educación es una obra de amor,
Más que de ciencia.
Enseñar es la manera más bella de dar.
El maestro solo puede ser grande
Haciendo grande a sus discípulos.
El maestro no es el protagonista;
Son sus alumnos.
Ser maestro no quiere decir ser
El más inteligente; entre sus alumnos
Hay muchos que lo superan;
Es cuestión de tiempo.
La misión del maestro,
No es informar, es formar.
La pedagogía no le podrá obligar a
Querer a nadie, pero sí a ser justo
Y a respetar a todos sus alumnos.
La juventud no falla,
Siempre responde;
Los que fallamos somos sus maestros.
Al maestro que le pierden casi todos
sus alumnos, le sucede lo del médico,
se le mueren todos sus pacientes.

Autoría no identificada.

CONTENIDO

	Pág.
1. INTRODUCCION.....	9
2. JUSTIFICACION.....	11
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4. OBJETIVO GENERAL.....	15
5. OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	16
6. MARCO DE REFERENCIA.....	17
6.1. ESTADO DE CONTEXTUALIZACIÓN.....	17
7. MARCO TEÓRICO.....	24
7.1. MALNUTRICIÓN.....	24
7.1.1. Definición:.....	24
7.1.2. Causas de la malnutrición en los niños de 0-5 años:.....	25
7.1.3. Consecuencias de la malnutrición en niños de 0-5 años:.....	27
7.1.4. Clasificación de la malnutrición:.....	29
7.2. INTERPRETACIÓN DE LA VIDA DEL NIÑO Y LA NIÑA.....	31
7.2.1. Dimensionar el ser niño – niña.....	31
7.2.2. Dimensión biológica.....	32
7.2.3. Dimensión psicológica:.....	32
7.2.4. Dimensión social:.....	33
7.2.5. Dimensión política:.....	33

7.2.6.	Dimensión ética:	33
7.2.7.	Dimensión espiritual:.....	34
7.2.8.	Dimensión cultural:	34
7.2.9.	Dimensión histórica:.....	35
7.2.10.	Dimensión económica:	35
7.3.	CATEGORÍAS Y SUBCATEGORIAS.....	36
7.3.1.	Higiene:	36
7.3.2.	Hábito:	39
7.3.3.	Salud:	47
7.3.4.	Educación:.....	65
7.3.5.	Alimentos:.....	79
7.4.	REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES PARA NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR .	85
7.4.1.	Requerimientos nutricionales	86
7.5.	ESTADÍSTICAS NACIONALES.....	92
7.5.1.	Desnutrición Infantil (2000-2005)	94
7.5.3.	Nivel educativo de las madres de los infantes (2000-2005)	98
7.5.4.	Relaciones entre la educación de la madre, la nutrición infantil y el nivel educativo de los infantes en Colombia (2000- 2005).	98
7.6.	ESTADÍSTICAS INTERNACIONALES.....	100
7.7.	CONTEXTUALIZACIÓN NACIONAL.....	101
7.8.	CONTEXTUALIZACIÓN INTERNACIONAL	104
8.	MARCO LEGAL NACIONAL	109
9.	RESULTADOS.....	113
10.	METODOLOGIA.....	129
11.	CONTEXTUALIZACIÓN DE LA UPZ LA URIBE EN LA LOCALIDAD DE USAQUÉN.....	130

12. CONCLUSIONES.....	133
BIBLIOGRAFIA.....	135
ANEXOS.....	138

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Cuadro de Estado de arte.	138
Anexo B. Causas de la malnutrición	145
Anexo C. Estadísticas internacionales	146
Anexo D. Encuestas realizadas	149
Anexo E. Recomendaciones nutricionales	157
Anexo F. Tamizaje en niños y niñas de 0 a 5 años	158

1. INTRODUCCION

El propósito de este proyecto de investigación es el de identificar si existe o no malnutrición infantil en niños y niñas de cero a cinco años de edad, de los barrios La Cita, El Pite, Las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén. Además de concientizar a la comunidad sobre la necesidad de contar con un comedor infantil donde se desarrollen programas o talleres de cocina saludable para el servicio de la misma.

Escogimos el barrio La Cita el cual está conformado a su vez por los barrios el pite, las brisas y don Bosco de la U.P.Z La Uribe en la Localidad de Usaquén, dada la experiencia vivida durante técnicas de investigación II en quinto semestre, en la cual al realizar observación directa e indirecta del barrio, se detectaron posibles casos de malnutrición, mas a un si tenemos en cuenta el contexto geográfico, social y cultural donde se desarrolla la vida cotidiana del niño, encontrando un 60% de madres cabeza de familia, gran número de puestos ambulantes de comida rápida, negocios o tiendas de barrio donde abunda comida de paquete o galguerías y la falta de acompañamiento de los niños, cuando llegan del colegio por parte de la madre o de adultos responsables.

En respuesta a lo anterior para desarrollar nuestra propuesta, las estrategias de acción se desarrollaron a través del uso de instrumentos como observación participante y no participante, la aplicación de encuestas, registro fotográfico, registro cartográfico, la consulta de material de investigación (Tesis, revistas especializadas, libros) y tamizaje, lo cual nos evidencio la existencia de malnutrición infantil y la falta de espacios saludables que fomenten los hábitos alimenticios por medio de talleres de cocina saludable, cartillas y folletos de información nutricional.

Este proyecto de intervención tiene como objetivo que los niños y las niñas, padres de familia, instituciones educativas y la comunidad en general, conozcan la necesidad de adoptar en su vida cotidiana hábitos saludables alimenticios, buenas costumbres higiénicas, la importancia del uso del agua dentro de la ingesta diaria, la incorporación de actividad física en su quehacer diario y la mejora de los hábitos en los horarios de alimentación.

Cuando hablamos del cuidado del niño, de la niña, en situación de malnutrición, se refiere al niño o niña que se encuentra en una situación ocasionada por la inadecuada ingesta, digestión o asimilación de nutrientes y puede ser

consecuencia de: ciertas deficiencias en la dieta, ingerir una dieta desbalanceada, trastornos digestivos, trastornos de mala absorción u otros problemas similares.

El niño o niña desnutrida presenta una alteración en salud: alteración sistemática irreversible causada por una deficiente utilización de nutrientes por las células del organismo, presentando las siguientes manifestaciones: Disminución en la velocidad de crecimiento y talla, Peso disminuido por edad, Retardo en la maduración ósea y defectos de calcificación, retraso en núcleos de calcificación, Masas musculares hipotrofias, y atrofia de piel, cabello, pestañas, cejas y uñas.

El periodo infantil y juvenil se caracteriza por un proceso dinámico y continuo de crecimiento, desarrollo y maduración del individuo en su esfera biológica, psicológica y social. La capacidad de aprendizaje es máxima, no solo desde el punto de vista cognitivo, sino también respecto a la actitud, destreza y en definitiva, los hábitos y valores relacionados con la salud en general y con la alimentación en particular.

Por otro lado los hábitos alimentarios no pueden segregarse del conjunto de hábitos que conforman el estilo de vida, por lo que es necesario afrontar la educación para la salud desde un enfoque integrador, desarrollando acciones conjuntas en el entorno comunitario que traduzcan uno de los principales objetivos que la opción más saludable sea la más fácil de adoptar.

Ciertamente, el desarrollo de programas educativos debe contemplar siempre acciones comunitarias que favorezcan la adopción de hábitos higiénicos - dietéticos saludables desde todos los subsistemas que conforman el medio ambiente en el que vive inmerso el sujeto, al que todos contribuimos con nuestra aportación y desde luego, del que nos nutrimos a lo largo de la vida.

Es importante recordar que este es un proceso educativo y dinámico de enseñanza-aprendizaje, que pretende ayudar a mantener y mejorar la salud, la calidad de vida de las personas sanas y enfermas, en este caso la calidad de vida de los niños (as).

2. JUSTIFICACION

Teniendo en cuenta que la localidad de Usaquén es una de las más grandes de Bogotá y después de haber realizado un estudio de campo en los barrios la cita, el pite, las brisas y don Bosco de la UPZ La Uribe utilizando las diferentes técnicas de recolección de datos (observación participante y no participante, registro cartográfico, registro fotográfico, realización de encuestas y tamizaje), se evidenció que si existe malnutrición infantil en los niños de 0-5 años, además actualmente no se realizan programas de nutrición y seguridad alimentaria, no existen comedores infantiles porque algunas personas de la comunidad se opusieron afirmando que esto traería más problemas de inseguridad y lo más grave la comunidad en general no tiene acceso a la información necesaria sobre el tema de malnutrición.

Por lo tanto dando respuesta a lo anterior nuestro proyecto de investigación si es pertinente y apropiado para mejorar los hábitos alimenticios de esta comunidad. La propuesta es brindar información a cerca de la malnutrición por medio de cartillas o folletos que se entregaran a la comunidad en general, colegios e instituciones interesadas en programas de gestión social y la puesta en marcha de un comedor infantil basado en talleres de cocina saludable que permitan cubrir las necesidades nutricionales de los niños, y promover estilos de vida saludable, sin que esto afecte la economía familiar.

Los niños o niñas en edad escolar y los padres, deben ser orientados hacia una alimentación más sana, mostrándoles cuales son los diferentes grupos de alimentos, como deben combinarlos en la dieta diaria y aplicar la formula: alimentación balanceada mas actividad física igual estilo de vida saludable. Es importante reconocer que a la niñez en edad escolar no le importa el horario de las comidas, ni tiene un control en la manipulación y conservación de las mismas, de ahí la necesidad de motivar a la niñez, la familia, la institución educativa y la comunidad para adquirir hábitos saludables alimenticios, hábitos en el horario para el consumo de los alimentos, controlando factores de riesgo que incidan sobre el sistema digestivo de la niñez y disminuyan situaciones de bajo rendimiento escolar.

Así mismo, se debe revisar el tipo de alimentos que consumen, dado que el proceso de crecimiento continuo y las actividades que desarrollan exigen una buena nutrición.

La niñez y la adolescencia constituyen momentos educativos primordiales a la hora de generar creencias, convicciones y valores relacionados con la salud en general y con la alimentación de una forma especial.

Es cierto que la alimentación está condicionada por múltiples factores de tipo individual (preferencias, intereses, posibilidades y limitaciones físicas y económicas, etc.) y por otros que provienen del entorno (disponibilidad de alimentos y de tiempo, cultura, costumbres, modas, etc.); unos y otros son susceptibles de ser educados, es decir, el comportamiento alimentario de una persona se puede modelar y modificar convenientemente desde las primeras etapas de la vida.

Si bien es cierto que la población infantil es, por definición, una población sana, no es menos cierto que, en esta edad cada vez con más frecuencia observamos parámetros biológicos alejados de lo que objetivamente asumimos como saludables, tanto en lo que respecta al índice de masa corporal, al colesterol y los demás lípidos, como a la presión arterial o al aporte de algunos principios inmediatos y oligoelementos necesarios para estimular el desarrollo inmunológico, de células sanguíneas en la médula ósea, del sistema musculo esquelético.

En los países desarrollados es más difícil, encontrar estados de malnutrición, toda vez que la alimentación constituye realmente un problema desde el punto de vista de la disponibilidad y la distribución de los alimentos; antes bien, es desde el punto de vista de la calidad y cantidad de los alimentos ingeridos donde radican las deficiencias de nuestra alimentación, que la alejan de los patrones saludables, a pesar de la tan traída y llevada dieta que cada vez esta mas lejos de los hábitos de la población en general y de nuestros niños de forma muy particular debido, fundamentalmente, a la incorporación habitual de la denominada comida basura, chatarra, de paquete o comidas rápidas, con un gran aporte energético y una gran pobreza nutricional.

Desde hace décadas son numerosos los estudios de ámbito internacional que ponen de manifiesto que un niño bien alimentado puede ser, a la vez, un individuo malnutrido, generalmente por un exceso calórico y un déficit de determinados nutrientes en su alimentación. Si además contemplamos hábitos como el sedentarismo y la disminución de la actividad física, el resultado expresado en forma de sobrepeso y obesidad en este colectivo empieza a alcanzar cifras epidémicas. Por todo ello, hemos de asumir que los hábitos alimentarios y la actividad física son determinantes de la salud que deben considerarse de forma conjunta cuando de salud y estilo de vida se trata, y que ambos son susceptibles de ser educados y modificados de forma positiva a través de la educación como intervención comunitaria. Por otra parte, es importante:

Revisar la venta de comidas en las tiendas escolares. Estas ventas deben tener un control en el tipo, manipulación y conservación de las comidas, para que no se conviertan en un factor de riesgo para la niñez al hacer el consumo de estas.

Participar comunitariamente en la gestión ante las instituciones correspondientes para que se desarrollen los programas de: comedores infantiles, restaurantes escolares, tiendas escolares, brigadas de salud nutricional, asesorías para el buen manejo y manipulación de los alimentos, talleres nutricionales (cocina saludable) y la implementación de huertas caseras y escolares.

El proyecto “cocina saludable” es un compromiso social con la niñez, motivo por el cual se hace indispensable la definición de políticas claras del estado, de acuerdo con los compromisos internacionales que Colombia ha adquirido.

Niños y niñas deben conocer sus derechos y deberes para que asuman una conciencia crítica y reflexiva sobre la educación nutricional. Desde esta perspectiva se trabaja:

Con la niñez, sobre la alegría de ser niños, los requerimientos nutricionales, hábitos saludables alimenticios, hábitos en los horarios de alimentación, las buenas costumbres, baño de las manos antes del consumo de alimentos, comportamiento en la mesa.

Con los padres, generar procesos reflexivos con los integrantes de la familia para que ellos también generen cambios en la vida cotidiana especialmente en los hábitos saludables alimenticios a la vez que se hacen coparticipes del cambio de estilo de vida, priorizando las situaciones de mayor riesgo.

Con la comunidad, desarrollar trabajo interdisciplinario con los profesores, niños y padres de familia para coordinar acciones con nutricionistas y otros profesionales, la implementación de huertas caseras y escolares, elaboración de proyectos para el mejoramiento del consumo de alimentos, recibir asesoramiento sobre la manipulación adecuada de los alimentos, creación de talleres de cocina saludable.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La malnutrición en la niñez se presenta como un cuadro clínico caracterizado por la alteración en la composición del cuerpo, ocasionado por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales básicas, y puede ser consecuencia de: ciertas deficiencias en la dieta, ingerir una dieta desbalanceada, trastornos digestivos, trastornos de mala absorción u otros problemas similares. El niño o niña presenta una alteración de salud, alteración sistemática irreversible causada por una deficiente utilización de nutrientes por las células del organismo.

El problema del proyecto de investigación está basado en las estrategias de acción que se desarrollaron a través del uso de instrumentos como observación participante y no participante, la aplicación de diarios de campo, registro fotográfico, registro cartográfico, la consulta de material de investigación (documentos de lectura, revistas especializadas, libros), realizadas durante el saber de Técnicas de la Investigación II en quinto semestre de lo cual se detectaron posibles casos de malnutrición, teniendo en cuenta el contexto geográfico, social y cultural donde se desarrolla la vida cotidiana del niño, encontrando un 60% de madres cabeza de familia, gran número de puestos ambulantes de comida rápida, negocios o tiendas de barrio donde abunda comida de paquete o galguerías y la falta de acompañamiento de los niños, cuando llegan del colegio por parte de la madre o de adultos responsables.

De lo anterior surge la necesidad de identificar si ¿existe o no malnutrición infantil en niños y niñas de 0 a 5 años en los barrios La Cita, El Pite, Don Bosco y las Brisas en la Localidad de Usaqué? Teniendo presente que el barrio la cita está conformado por los barrios el pite, don Bosco y las brisas.

4. OBJETIVO GENERAL

Identificar si existe o no malnutrición infantil en niños y niñas de cero a cinco años de edad, de los barrios la Cita, el Pite, las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquéen, mediante la Investigación Acción Participativa, con el fin de concientizar a la comunidad sobre la problemática de la malnutrición.

5. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- a.** Identificar los niveles de nutrición en niños y niñas de 0 a 5 años de edad en los barrios la Cita, el Pite, las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquéen mediante visitas programadas y el tamizaje.

- b.** Proporcionar a la comunidad herramientas didácticas que permitan concientizar a la comunidad sobre la importancia de adquirir hábitos saludables alimenticios, buenas costumbres, uso adecuado del agua y actividad física diaria.

- c.** Desarrollar programas educativos para la vida y la salud nutricional de los niños mediante procesos reflexivos para generar cambios en la vida cotidiana de cada uno de ellos.

- d.** Gestionar ante las instituciones correspondientes para desarrollar los programas de: comedores infantiles, restaurantes escolares, tiendas escolares, brigadas de salud nutricional, asesorías para el buen manejo y manipulación de los alimentos, talleres nutricionales (cocina saludable) y la implementación de huertas caseras y escolares.

- e.** Mejorar el estado nutricional para los niños y las niñas de 0-5 años de edad de los barrios la cita, el pite, las brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquéen con todos sus beneficios para la salud y la vida.

6. MARCO DE REFERENCIA

6.1. ESTADO DE CONTEXTUALIZACIÓN

Los contenidos de este trabajo permiten adentrarnos en ese maravilloso sujeto de cuidado llamado niño escolar, que crece, se desarrolla e interactúa en este contexto de su cotidianidad: la escuela, la familia y la comunidad así como en el valor y significado que esta etapa de la vivencia del ser humano tiene para los docentes.

Actualmente las situaciones de recesión económica, conflicto armado, desempleo e inequidad social en Colombia se ven reflejadas en las condiciones de vida poco favorables para la protección, bienestar y desarrollo de los grupos más vulnerables de nuestro país (niños menores de 0 a 5 años, mujeres gestantes y ancianos), que repercuten en el debilitamiento y deterioro de la salud, nutrición y niveles de educación para ésta población. Cabe resaltar que de ésta realidad emerge la desnutrición y malnutrición infantil como uno de los principales problemas de salud que afecta a un porcentaje substancial de la población y asociada a otros factores es responsable de la mayor parte de la mortalidad evitable y de considerables daños a la salud de la niñez tal como demuestra el informe “situación de la infancia en Colombia de la UNICEF, 2.002”; donde 2 de cada 5 menores de 5 años están afectados de desnutrición o riesgo de sufrirla, siendo los más vulnerables puesto que se encuentran en pleno crecimiento y desarrollo originando secuelas que van desde disminución del coeficiente intelectual, problemas de aprendizaje, retención y memoria, escaso desarrollo muscular y enfermedades infecciosas hasta un mayor riesgo a enfermedades crónicas. Finalmente se presentó una alternativa donde se planteó la organización y educación a las madres comunitarias, como gestoras de la recuperación nutricional de la población infantil.

El hambre y la malnutrición causan, tal vez, el sufrimiento humano más difundido en el mundo hoy. Mientras el hambre no puede medirse directamente, se conocen bastante bien en términos generales, la extensión y gravedad de la malnutrición. La producción y disponibilidad de alimentos, el crecimiento de la población, el desarrollo económico y de la salud, interactúan para determinar en forma sustancial la situación actual de la nutrición en el mundo y la dirección que persigue. Según la última encuesta de Alimentación en el mundo, de la FAO,

concluyo que si bien persistieron la inanición y la malnutrición hay evidencia de un cambio en la corriente. En realidad ha aumentado el número de menores de un año y de preescolares que mueren anualmente en el África. En el corto plazo, el incremento de la supervivencia infantil contribuye al crecimiento de la población, pero en última instancia la disminución de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez precede a la reducción de las tasas de natalidad. El énfasis de este informe es estimar prevalencias y tendencias que resultan de los indicadores sobre acceso a los alimentos y deficiencias nutricionales por grupos de países en desarrollo.

Sea cual sea las familias dependen cada vez más de comidas nutritivas, preparadas en restaurantes o fabricas. Se ha perdido la costumbre de cenar en familia excepto quizás el domingo. Entre las obligaciones profesionales y sociales de los padres, las actividades educativas y deportivas de los hijos. Los innumerables obstáculos externos como la televisión que presenta las comidas rápidas; el inadecuado uso o manejo del computador; los video juegos, que crean dependencia en los niños y ni siquiera les da tiempo para comer así sean comidas chatarra o paquete. La entrada al colegio para nadie es sorpresa que los almuerzos escolares siguen siendo una vergüenza en la mayoría de instalaciones donde buscan lo más barato y lo que les guste más a los niños en conclusión comida rápida o chatarra.

El conocimiento actual sobre nutrición y desarrollo cognoscitivo carece de datos experimentales que permitan establecer con certeza la interrelación entre malnutrición y rendimiento intelectual del niño en la escuela. Aceptadas estas limitaciones, se resumen principios básicos sobre crecimiento y desarrollo infantil y algunos estudios recientes sobre desnutrición y función cognoscitiva en la edad preescolar. Al intentar la exploración de estas interrelaciones, se puede asumir que la función cognoscitiva del escolar y su rendimiento intelectual, están influidos por su historia nutricional y el ambiente psicosocial y familiar que enmarca su crecimiento y desarrollo.

La desnutrición en los primeros años de vida, podría afectar el crecimiento del individuo, más se puede lograr una mejora a través de una buena alimentación. De lo contrario el cerebro no se desarrollara y por ende será causa de un pobre desempeño, principalmente en el ámbito educativo. La importancia del conseguir que los niños estén en un estadio optimo para su desempeño escolar. Con lo anterior, podemos decir que es importante considerar a la población infantil, puesto que es la más afectada, debido a la poca atención de los padres, y sobre todo donde se forman los hábitos que mantendrán el resto de su vida.

La población infantil colombiana continúa hoy afrontando el grave problema de la desnutrición a pesar de los esfuerzos que las entidades estatales vienen realizando para mejorar esta situación. Uno de los vacios que se han presentado al evaluar el impacto de las acciones de complementación alimentaria ha sido la carencia de un diagnóstico del estado nutricional que permita conocer la situación

inicial de la intervención y facilite la determinación de un sistema de vigilancia nutricional que permita el seguimiento al beneficiario del programa.

Del análisis de inequidades se encontró que la desnutrición y malnutrición crónica muestran una relación positiva, bastante marcada con el nivel socioeconómico, especialmente en las zonas urbanas. Encontrando que, la condición económica del hogar, el nivel educativo de los padres, las condiciones de salud de la madre, el uso de los servicios de salud en la gestación y el parto, el nivel de paridad y la frecuencia de alimentación complementaria contribuyen a explicar las inequidades observadas.

Por consiguiente para confrontar, evaluar, comparar y analizar las causas y consecuencias de la malnutrición en Colombia se utilizaron diferentes metodologías en la investigación, como son:

- tipo descriptivo-correlacionar, que se ocupa del análisis del perfil de desarrollo y sus factores asociados en una muestra de niños y niñas con edades comprendidas entre 3 y 5 años.
Estos resultados muestran la necesidad de fortalecer las acciones preventivas y de estimulación, ampliar las acciones de vinculación y educación a la familia con énfasis en educación nutricional y estimulación de la motricidad gruesa y el lenguaje.
- talleres sobre salud y nutrición del niño en edad preescolar con un grupo de padres a quienes se les orientó sobre la importancia de una buena alimentación y las diferentes formas de preparación de los alimentos
- taller de capacitación a los maestros de preescolar y a los directores de los jardines seleccionados en la toma y registro de medidas, así como en aspectos generales de la problemática educativa-nutricional en los preescolares.
- Encuesta. cuestionario sobre aspectos sociales y educativos del niño. Una vez realizada la encuesta se realizó un segundo encuentro con los maestros y directores para entrega de datos y evaluación de nuestra experiencia.
- metodología cualitativa de tipo descriptiva, la cual permitió apreciar la realidad social de cada individuo.
- metodología a nivel de investigación de acción participativa (I.A.P)

- la metodología recomendada por la OMS. Se utilizaron las medidas de Peso-Talla-Edad. Estas tres mediciones se combinaron para formar 3 indicadores: talla para la edad, peso para la edad, peso para la talla. Estos indicadores fueron comparados por los obtenidos en una población de referencia.

Los temas relacionados con el tema de investigación personal fueron escogidos como soporte para actualizar el diagnóstico de la situación de salud nutricional, los hábitos saludables alimenticios, las buenas costumbres, y para identificar la incidencia que tiene la malnutrición infantil en el rendimiento escolar en niños y niñas de 0-5 años de edad, en los barrios la Cita, el Pite, las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén:

- Aportes para el individuo, para el hogar y para la Nación.
- Método simplificado para calcular las necesidades de energía de la población.
- Importancia del peso de una población: peso real y peso deseado.
- Necesidades de mantenimiento y supervivencia.
- Alimentación de emergencia.
- Definición de términos: “nutrición”
- Alimentos: energéticos, constructores, reguladores, golosinas
- Alimentación: dieta, régimen normal, régimen dietético y régimen nutricional.
- Aspectos importantes en la dieta preescolar de 1 a 3 años:
 - a. Problemas de alimentación en la infancia temprana de ésta etapa
 - b. Sugerencias para una buena alimentación del niño de 1 a 3 años
 - c. Guía de una dieta diaria para niños de 1 a 3 años
- Aspectos importantes en la dieta preescolar de 3 a 5 años:

- a. Problemas de alimentación en la infancia temprana de ésta etapa
- b. Sugerencias para una buena alimentación del niño de 3 a 5 años

- Lactancia materna
- Prueba piloto variable nutricional (PVN)
- Tablas:
 - a. Alimentos que las madres creen que el niño debe comer diariamente
 - b. Razones por las cuales las madres escogen los anteriores alimentos
 - c. Edad hasta las que las madres creen que el niño debe tomar pecho
 - d. Edad elegida por las madres para iniciar el tetero a los niños
 - e. Edad elegida por las madres para suspender el tetero a los niños
 - f. Clasificación del estado nutricional por el criterio de peso/edad 3 a 5 años (desnutrición global).
 - g. Clasificación del estado nutricional por el criterio de peso/edad 3 a 5 años (desnutrición crónica).
 - h. Comparaciones en las puntuaciones de la EAD, según estado nutricional y sexo (peso y edad)
 - i. Comparaciones en las puntuaciones de la EAD, según estado nutricional y sexo (talla y edad)
 - j. Análisis de varianza para las áreas de la EAD en función del estado nutricional (peso y edad)
 - k. Análisis de varianza para las áreas de la EAD en función del estado nutricional (talla y edad)
 - l. Contenido del desarrollo del niño a nivel de nutrición, físico, socioafectivo, lactancia, socioemocional, leche materna, cognoscitivo.

m. Condiciones de salud y nutrición.

n. Contaminación de los alimentos

- Malos hábitos alimenticios
- Situación actual del estado nutricional de la niñez
- Características familiares asociadas a la desnutrición en los niños y niñas en edad preescolar
- La economía como característica de la buena nutrición
- Interacción entre la ingesta alimentaria inadecuada y las enfermedades
- La comunicación y el afecto como características de buena nutrición
- ¿La educación qué papel juega en la nutrición infantil?
- Nutrición, educación y pobreza
- Hambre temporal y ayuno
- Efecto de intervenciones nutricionales en la mejoría del estado nutricional y el aprendizaje.
- Cuando el hambre y la desnutrición se convierten en armas
- La alimentación y las poblaciones más necesitadas.
- Evaluación nutricional y antropométrica
- Grupos de alimentos
- Anamnesis alimentaria
- Metodología para la atención nutricional
- Formatos de plan de alimentación diaria.
- Micronutrientes

- Los sentimientos hacia la comida
- El significado de las palabras. Términos relacionados con la nutrición
- Como satisfacer las necesidades nutricionales de la familia.
- Como utiliza los alimentos el organismo
- La comida y el comportamiento
- Como enseñarles a los niños a responsabilizarse de su propia alimentación.
- Nivel educativo de los padres
- Trabajo docentes-estudiante

7. MARCO TEÓRICO

Para realizar la investigación del proyecto: “la malnutrición infantil en niños y niñas de 0-5 años en los barrios La Cita, El Pite, Don Bosco y las brisas de la localidad de Usaquén”, fue necesario visitar universidades en donde se imparte la carrera de medicina.

Como resultado de las visitas encontramos tesis referentes al tema en la Universidad Nacional, Universidad de la Sabana, Universidad Javeriana, la biblioteca de la Universidad Nacional y la Biblioteca de la Universidad de la Sabana, así como algunos libros en calidad de préstamo de las mismas instituciones.

7.1. MALNUTRICIÓN

7.1.1. Definición:

El término "malnutrición" significa alteración de la nutrición, tanto por defecto (*desnutrición*) como por exceso (*hipernutrición*). Es, por tanto, el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y la ingesta de nutrientes que puede llevar a un síndrome de deficiencia, dependencia, toxicidad u obesidad. La producción mundial de alimentos es actualmente suficiente para proporcionar una dieta adecuada a todos los habitantes del planeta. Pero, frente a la terrorífica realidad del hambre en el mundo (120 millones de niños menores de 5 años sufren malnutrición proteica y 2.000 millones de personas presentan carencias de micronutrientes), en los países industrializados las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con un exceso de alimentos (enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.) van en aumento y representan la causa más frecuente de mortalidad entre sus habitantes.

La desnutrición se produce por una ingesta inadecuada, mala absorción digestiva, pérdida anormal de nutrientes por el tubo digestivo, hemorragia, fallo renal o excesiva sudación, infección o adicción a drogas. La hipernutrición se origina por una ingesta excesiva, ejercicio insuficiente, abuso de dietas terapéuticas

incluyendo la nutrición parenteral, excesiva ingesta de vitaminas sobre todo B₆, niacina y vitaminas A y C, e ingesta excesiva de minerales.

Ambos tipos de malnutrición se desarrollan en varias etapas que habitualmente requieren un tiempo considerable. De lo anterior podemos concluir que la malnutrición es un cuadro clínico caracterizado por una alteración en la composición de nuestro cuerpo, ocasionado por un desequilibrio entre la ingesta de nutrientes y las necesidades nutricionales básicas. Se la observa frecuentemente en el curso de la mayoría de las enfermedades en las cuales existe cierto compromiso del estado general.

A pesar de los grandes avances tecnológicos para el diagnóstico y tratamiento de las distintas enfermedades, algo tan importante como la alimentación y el cuidado nutricional continúa en muchos casos cayendo en el olvido. Por lo que resultaría muy difícil lograr que las personas enfermas se recuperen si su cuerpo no cuenta con el ingreso de energía suficiente y los nutrientes necesarios para llevar a cabo los distintos procesos metabólicos, como por ejemplo la producción de proteínas.

La malnutrición, o las condiciones físicas indeseables o de enfermedad que se relacionan con la nutrición, se pueden deber a comer muy poco, demasiado, o por una dieta desequilibrada que no contiene todos los nutrientes necesarios para un buen estado nutricional. Un prerrequisito esencial para prevenir la malnutrición en una comunidad es la disponibilidad adecuada de alimentos que permita satisfacer las necesidades nutricionales de todas las personas. Para que haya suficiente disponibilidad, debe haber una buena producción de alimentos o suficientes fondos a nivel nacional, local o familiar para comprar aquéllos que sean necesarios.

La malnutrición se puede manifestar como un problema de salud y los profesionales de la salud ofrecen algunas respuestas, pero ellos solos no pueden solucionar el problema de la malnutrición. Se requiere de los técnicos agrícolas y con frecuencia de los profesionales de la agricultura, para que se produzca suficiente cantidad de alimentos y para que se haga una selección correcta de alimentos. Los educadores, formales y no formales, son necesarios para ayudar a la gente, especialmente a las mujeres, a lograr y mantener una buena nutrición. A fin de atacar la malnutrición, con frecuencia se requiere la contribución de profesionales en economía, desarrollo social, política, gobierno, de la fuerza laboral y otras muchas esferas.

7.1.2. Causas de la malnutrición en los niños de 0-5 años:

Muchas son las causas que pueden llevar a la malnutrición, podemos agruparlas de la siguiente manera para su mejor comprensión (Ver anexo B)

- **Insuficiente ingesta de nutrientes**

Generalmente se produce secundariamente a una enfermedad, salvo condiciones de extrema pobreza. Entre las causas encontramos la dificultad para deglutir, mala dentición, poca producción de saliva por alteración de las glándulas salivales o enfermedades del aparato digestivo que provocan dolor abdominal y vómitos con disminución de la ingesta en forma voluntaria. Cuando las personas están hospitalizadas, es frecuente mantenerlas en ayuno como tratamiento y aportarles únicamente sueros o alimentarlos con dietas poco apetitosas. También puede presentarse en aquellos con pérdida del apetito, característico las personas con cáncer.

- **Pérdida de nutrientes**

En muchos casos puede producirse una mala digestión o mala absorción de los alimentos o por una mala metabolización de los mismos. Pueden deberse a una disminución en la producción de enzimas salivales o pancreáticas o de bilis en el hígado, enfermedades inflamatorias intestinales y cirrosis hepática. Todos éstos provocan una pérdida de nutrientes por mala absorción intestinal.

- **Aumento de las necesidades metabólicas**

Muchas enfermedades desencadenan un aumento en el metabolismo con un mayor consumo de energía y de las necesidades metabólicas. Como por ejemplo cirrosis, hemodiálisis, enfermedades pulmonares o insuficiencia cardíaca. Si no son diagnosticadas precozmente desencadenan o agravan cuadros de malnutrición.

- **Las seis «p»**

Si se amplía la perspectiva sectorial y se adopta un enfoque multidisciplinario y multisectorial, se pueden apreciar las causas de la malnutrición de un modo distinto y enfocar el desarrollo de las soluciones en forma menos estrecha que en el pasado. Por supuesto, cada caso será diferente y la amplitud de cada factor o área de pericia predominante, variará con las circunstancias. Sin embargo, existen seis determinantes de la malnutrición que son especialmente importantes, aunque

ninguno es por lo general la única causa de la malnutrición o la única disciplina que necesita comprometerse en las estrategias nutricionales.

Estos seis determinantes - las seis «P» - son:

- a. producción, principalmente agrícola y de alimentos;
- b. preservación de los alimentos para evitar desperdicios y pérdidas, incluyendo el agregado económico al valor de los alimentos mediante el procesamiento;
- c. población, referida al espaciamiento de los niños en una familia y también a la densidad de población en un área local o de un país;
- d. pobreza, que sugiere las causas económicas de la malnutrición;
- e. política, como ideología política, decisiones políticas y acciones políticas que influyen en la nutrición;
- f. patología que es el término médico para las enfermedades, pues la enfermedad y sobre todo la infección, influyen adversamente el estado nutricional.

- **Recursos humanos, estructurales, naturales y económicos.**
- **Entorno político y de seguridad.**
- **Infraestructura institucional y no institucional.**
- **Movimientos de población y limitaciones de la libertad de circulación.**

7.1.3. Consecuencias de la malnutrición en niños de 0-5 años:

Van a ser diferentes si se deben a una enfermedad crónica y ayuno parcial que si se trata de una enfermedad aguda con ayuno total. También serán diferentes las manifestaciones si predomina el déficit de calorías o el de proteínas, aunque en la mayoría de los casos se acepta que se trata de un trastorno mixto, sobre todo en la malnutrición asociada a enfermedad.

Efectos provocados en distintos órganos y sistemas:

- A. **Músculo esquelético.** Atrofia de fibras musculares que provoca pérdida de fuerza y disminución de resistencia al esfuerzo.
- B. **Piel y faneras.** Adelgazamiento y pérdida de la elasticidad de la piel, y en fases más avanzadas zonas eritematosas, atróficas e hiperpigmentadas. Mayor facilidad de úlceras de decúbito. Retraso en la cicatrización de las heridas. Cabello ralo y seco, con mayor tendencia a la caída. Uñas quebradizas y con surcos por trastornos en su crecimiento.
- C. **Cardiovascular.** Disminución de la masa cardíaca. Disminución del índice cardíaco. Trastornos de la conducción. Volumen intravascular disminuido. Consumo de O₂ disminuido en ayuno y aumentado en síndrome de agresión.
- D. **Hígado.** Esteatosis hepática.
- E. **Funciones endocrinas.** Alteración en los niveles de insulina (disminuida en ayuno, aumentada en síndrome de agresión). Disminución de hormonas tiroideas en el ayuno, y aumentadas en el síndrome de agresión. Disfunción gonadal primaria (amenorrea).
- F. **Riñón.** Disminución de la densidad de la orina y poliuria. Variaciones en el filtrado glomerular por los cambios en el gasto cardíaco. Pérdida de la capacidad de la acidificación urinaria y acidosis metabólica.
- G. **Aparato respiratorio.** Cambios estructurales pulmonares, disminución del surfactante pulmonar, pérdida de masa del diafragma, alteración de los mecanismos de control de la ventilación con menor respuesta ventilatoria a la hipoxia.

- H. **Gastrointestinal.** Disminución de la producción de IgA secretoria, atrofia de las vellosidades y disminución de la función barrera frente a las infecciones.
- I. **Consecuencias inmunológicas.** No solo grandes variaciones, sino pequeñas magnitudes de pérdida de peso pueden influir en la función inmune. La malnutrición es la causa más frecuente de inmunodepresión, sobre todo la de tipo kwashiorkor (proteica), provocando gran susceptibilidad a la infección. Mecanismos : 1) Alteración de la integridad cutáneo-mucosa (piel afectada, disminución de IgA secretora y alteración intestinal); 2) Alteración de la inmunidad no específica (alteración de la función presentadora del Ag. por los macrófagos, disminución de la producción de citocinas por el macrófago, disminución de la capacidad bactericida de los PMN y alteración del sistema del complemento); 3) Alteración inmunidad humoral (el sistema menos afectado, y probablemente las alteraciones en las células B, son secundarias a las alteraciones en las células T) y 4) Alteración de la inmunidad celular (involución tímica, disminución número total de linfocitos T, sobre todo CD4, disminución de la respuesta de hipersensibilidad retardada, y disminución de producción de linfocinas por los linfocitos T).
- J. En ausencia de enfermedad, la inanición conduce a la muerte cuando se pierde un 40-66% del peso ideal.
- K. **Consecuencias en cuanto a la educación:** bajo rendimiento escolar, aislamiento, somnolencia, cansancio muscular, comportamientos de (hiperactividad, hipo actividad, rebeldía,) ansiedad.

7.1.4. Clasificación de la malnutrición:

Desde un punto de vista *etiológico* se puede dividir la malnutrición en dos grandes categorías: primaria y secundaria.

- **La malnutrición primaria** se debe a un aporte insuficiente de calorías y nutrientes y su origen radica habitualmente en la pobreza siendo la prevalente en los países en vías de desarrollo.
- **La malnutrición secundaria** es el resultado de enfermedades que alteran la capacidad de ingerir, absorber o metabolizar adecuadamente los alimentos o de una insuficiente ingesta que no cubre las mayores pérdidas o requerimientos de la enfermedad de base. Es la malnutrición que puede observarse en los países desarrollados. Su prevención y detección precoz es importante pues esa situación deficitaria puede alterar la respuesta al tratamiento y el curso de la enfermedad.

Desde el punto de vista *clínico*, la malnutrición puede presentarse de tres formas: marasmo, kwashiorkor y formas combinadas entre los dos extremos. Las formas puras son poco frecuentes y la mayoría de los sujetos presenta signos y síntomas de ambas. Su mayor o menor preponderancia depende del balance de proteínas y no-proteínas como fuentes energéticas. Cada una de ellas puede ser dividida en función de su intensidad como ligera, moderada o grave según el porcentaje de peso esperado para la altura utilizando estándares internacionales: normal, 90% a 110%; malnutrición ligera, 85% a 90%; moderada, 75% a 85%; grave, < 75%

- El **marasmo** se produce un deficiente aporte de nutrientes proteicos y no-proteicos. El niño con marasmo consume muy pocos alimentos -a menudo, la madre es incapaz incluso de amamantarlo- y es muy delgado por pérdida tanto de músculo como de grasa corporal.
- El **kwashiorkor** es una palabra africana que significa "primer niño-segundo niño" y que viene por el hecho de que el primer hijo desarrolla esta malnutrición cuando nace el segundo hijo y le sustituye en la toma de leche materna. El niño que sufre el destete es alimentado con productos de muy escasa calidad nutricional (comparados con la leche materna) y deja de ganar peso. La deficiencia proteica es normalmente más marcada que la energética con la consiguiente aparición de edemas. Los niños con kwashiorkor tienden a ser mayores (edades superiores al año) que los que desarrollan marasmo ya que suelen desarrollar el proceso a partir del destete.

- **La *desnutrición mixta*** es la más frecuente en los hospitales. Son pacientes con cierto grado de desnutrición calórica previa que, ante un proceso agudo, presentan un incremento de los requerimientos proteicos que desencadenan el proceso.
- **Desnutrición relacionada con el estrés**, sobre todo en pacientes hospitalizados con una infección grave o una intervención quirúrgica mayor, de instauración rápida, con clínica y analítica similar al kwashiorkor (kwashiorkor-like, pérdida de calorías y de proteínas), pero de etiopatogenia diferente y trascendencia clínica más dramática, ya que empeora el pronóstico, aunque suele ser transitoria, resolviéndose con la mejoría del cuadro clínico que la ha precipitado, siempre que no se prolongue demasiado.

7.2. INTERPRETACIÓN DE LA VIDA DEL NIÑO Y LA NIÑA

7.2.1. Dimensionar el ser niño – niña.

Los niños y las niñas del mundo son seres inocentes, vulnerables y dependientes. También son curiosos, activos y están llenos de esperanza. La infancia debe ser una época de alegría y paz, juegos, aprendizaje y crecimiento.

El futuro deberá forjarse con espíritu de armonía y cooperación. A medida que maduran se van ampliando las perspectivas y adquieren nuevas experiencias. Todos pertenecen a la misma humanidad y a un único universo.

Son seres humanos irrepetibles y como tales poseedores de capacidades biológicas, psicológicas, éticas, políticas, espirituales, sociales, históricas y económicas. Como ser humano el niño, la niña indican una realidad, puede observarse pensarse, están en permanente cambio, tienen capacidad de pensar, percibir, sentir, tener conciencia, capacidad de experimentar, de relacionarse consigo mismo con otros y otras, con el ecosistema y ocupan un espacio.

Los niños y niñas **forman parte** de una familia, él-ella está integrado a esta. **Toman parte** del núcleo familiar, esto exige del niño-niña desarrollo de funciones de acuerdo con su edad. **Hacen parte** de una comunidad porque hay

compromisos a partir de su pertenencia y de concertaciones al interior de la misma, así mismo pertenecen también a la sociedad.

En estos escenarios crecen y se desarrollan dentro de una cultura, hacen historia. Las leyes de la nación les confieren una ciudadanía, unos derechos y unos deberes como garantías que salvaguardan su existencia.

Para entender, comprender e interpretar la vida de los niños y las niñas integralmente lo vamos a dimensionar:

7.2.2. Dimensión biológica

Se refiere al organismo vivo, a lo físico, que puede ser interpretado para identificar situaciones, vivencias y de acuerdo con ellas generar intervenciones para fomentar estilos de vida armoniosa y saludable.

- Cuerpo
- Conceptos
- Partes del cuerpo
- Conciencia del cuerpo
- Cuidado del cuerpo

7.2.3. Dimensión psicológica:

En esta edad se analiza el complejo de la vida psíquica del niño, de la niña: inteligencia, vida afectiva.

- Características del niño y la niña en edad escolar
- Desarrollo intelectual
- Desarrollo emocional

7.2.4. Dimensión social:

El ser humano es un ser social por naturaleza, necesita interactuar física, emocional y socialmente para conservar la vida; estas relaciones facilitan el desarrollo cognitivo, enriquecen el pensamiento, enriquecen el lenguaje, el aprendizaje se hace más dinámico y se incentiva la búsqueda investigativa.

Interacción:

- Con la familia
- Con amigos
- Con adultos
- Con la comunidad

7.2.5. Dimensión política:

Aristóteles concibe al hombre como ser político en cuanto ser social ya que se realiza dentro de la Polis en el estado-ciudad, conviviendo con ciudadanos. El niño y la niña como ciudadanos con recursos y con capacidad pueden llegar a incidir en estructuras de poder.

- Derechos de los niños y las niñas
- Deberes de los niños y las niñas.

7.2.6. Dimensión ética:

El ser ético es ante todo perspectiva personal, es estar de acuerdo consigo mismo y tener la inteligencia de actuar en consecuencia. La moral se forma en la vida cotidiana dentro de los contextos culturales de los diferentes grupos sociales. Los niños y las niñas viven en permanente interacción, en primera instancia con la familia como el primer grupo socializador, luego en los jardines infantiles u hogares de bienestar, allí se transmiten valores de los adultos a la niñez; en estos espacios la niñez vive el castigo, la obediencia. Posteriormente en edad

escolar tienen la posibilidad de formular sus propios juicios, se preocupan por la conformidad y la lealtad, valoran la defensa de la familia o del grupo al que pertenezca.

El comportamiento correcto es el acatamiento de las normas, respeto a la autoridad, cumplir con el deber y mantener el orden social. La reafirmación de valores ocurre a partir de las relaciones de cooperación, colaboración entre ellos en situaciones de juego que tienen reglas, el trabajo académico que exija una interacción de equipo; esto equivale a la formación de la propia conciencia moral representa el ejercicio de la autonomía.

7.2.7. Dimensión espiritual:

La espiritualidad se refiere a la potencialidad del niño que debe ser desarrollada para tener conciencia de **SER** esto le facilita entender la realidad y dar sentido a la vida, exige tener capacidad para pensar, ver y descubrir a partir de la interacción con el otro.

El niño y la niña deben vivir cotidianamente los procesos de conocimiento de sí mismo, ser conscientes, estar atento, observar procesos intra personales, procesos del entorno, ser auténtico, vivir el presente, estar atento a los acontecimientos; esto le facilita tener seguridad para que la vida transcurra en armonía y goce.

7.2.8. Dimensión cultural:

El niño y la niña viven en un mundo social conformado por la familia, la institución educativa y la comunidad, con ellos comparte e interactúa permanentemente, de ellos aprende comportamientos que son transmitidos explícita e implícitamente mediante actuaciones que también son aprendidas de generación en generación, son hechos históricos como:

- Costumbres
- Creencias
- Estilos-tradiciones
- Moral

7.2.9. Dimensión histórica:

La vida del ser humano es un proceso de construcción histórica. El hombre y la mujer que se unen para formar una familia están construyendo su propia historia, tiene un proyecto de vida para ellos y para los hijos. Así los niños y las niñas se deben formar para construir su historia que empieza desde el momento que la pareja decide gestarlo y continúa el proceso a través de la vida.

- Proyecto de vida

7.2.10. Dimensión económica:

El niño y la niña son sujetos económicos, significa que para que ellos tengan un crecimiento y desarrollo los cuidadores, que en principio son el padre y la madre, deben tener y disponer de los recursos económicos básicos e indispensables para que sus derechos sean una realidad y tengan una vida digna.

- Inversión en el niño y la niña.

7.3. CATEGORÍAS Y SUBCATEGORIAS

7.3.1. Higiene:

La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que deben aplicar los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, limpieza y cuidado de nuestro cuerpo.¹

Sus objetivos son mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades. Se entiende como higiene:

1. Limpieza, aseo de lugares o personas.
2. Hábitos que favorecen la salud.
3. Parte de la medicina, orientada a favorecer hábitos saludables, en prevención de enfermedades.
4. Reconocimiento, evaluación y control de aquellos factores y tensiones ambientales que surgen en el lugar de trabajo y que pueden provocar enfermedades, quebrantos de salud, quebrantos de bienestar, incomodidad e ineficacia de los trabajadores y los ciudadanos.
5. La higiene personal es la parte de la medicina que trata de los medios en que el hombre debe vivir y de la forma de modificarlos en el sentido más favorable para su desarrollo.

Los lugares de trabajo deben disponer de agua potable en cantidad suficiente y fácilmente accesible. También deben disponer de vestuarios, duchas, lavabos y retretes; así como de locales y zonas de descanso.

Los retretes, y vestuarios separados para hombres y mujeres, dotados de lavabos, situados en las proximidades de los puestos de trabajo, de los locales de descanso, de los vestuarios y de los locales de aseo, cuando no estén integrados en éstos últimos.

¹ Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo, BOE n.º 97 de 23-4-1997, España 20-1-2008.

Las zonas designadas para descanso de los trabajadores pueden variar en tamaño y sofisticación. Como norma general incluyen asientos o sillas y mesas. Hay zonas de descanso situadas en el interior del edificio del lugar de trabajo, pero también hay zonas que, aunque están cubiertas, tienen un acceso amplio al exterior. En añadidura, hay compañías que proveen lugares al aire libre

Costumbre:

Una **costumbre** es una práctica social poco arraigada. Generalmente se distingue entre **costumbres** que son las que cuentan con aprobación social, y las **malas costumbres**, que son relativamente comunes, pero no cuentan con aprobación social, y a veces leyes han sido promulgadas para tratar de modificar la conducta.

Tradiciones:

Tradición proviene del latín *traditio*, y éste a su vez de *tradere*, "entregar". Es tradición todo aquello que una generación hereda de las anteriores y, por estimarlo valioso, lega a las siguientes.

Se considera **tradicionales** a los valores, creencias, costumbres y formas de expresión artística característicos de una comunidad, en especial a aquéllos que se transmiten por vía oral. Lo tradicional coincide así, en gran medida, con la cultura y el folclore o "sabiduría popular".

La visión conservadora de la tradición ve en ella algo que mantener y acatar acríticamente. Sin embargo, la vitalidad de una tradición depende de su capacidad para renovarse, cambiando en forma y fondo (a veces profundamente) para seguir siendo útil.

Creencias:

Una creencia es un modelo creado por la mente como adaptación al medio, natural o social, y/o para satisfacer una necesidad. Se refiere generalmente a la interpretación de un contenido cognoscitivo o de un hecho (real o imaginario) de los cuales se desconocen o no se exige una justificación o fundamento racional. La creencia entonces se convierte en fundamento de un conocimiento como verdad o como pauta de acción, como moral.

Una creencia, o conjunto de creencias, agrupa de alguna manera a todos aquellos individuos que compartan el mismo modelo y darán por buena una proposición y actuarán como si fuese verdadera (aunque no lo sea), recopilando y acumulando

en su saber lo que se ajusta al mismo, constituyendo un entramado cultural y social que constituye una cierta identidad de grupo.

Cuando dicha identidad cultural y social se formula como un conjunto de verdades esenciales que se imponen al individuo, dichas creencias se constituyen en lo que se denomina dogma, definiendo una moral necesaria para poder sostener al grupo. Tal ocurre con las creencias religiosas, o las ideologías.

Puericultura:

La pediatría es la especialidad médica que estudia al niño y sus enfermedades. El término procede del griego *paidos* (niño) y *iatrea* (curación), pero su contenido es mucho mayor que la curación de las enfermedades de los niños, ya que la pediatría estudia tanto al niño normal como al enfermo.

Cronológicamente la pediatría abarca desde el nacimiento hasta la adolescencia. Dentro de ella se distinguen varios periodos: recién nacido (primer mes de vida), lactante (1-12 meses de vida), párvulo (1-6 años), escolar (6-12 años) y adolescencia (12-18 años).

La puericultura es una de las especialidades de la medicina que quiere decir cuidado de los niños y viene del latín *puerilis*: niño y *cultura*: cultivo, es decir, el arte de la crianza. Por eso hoy en día se habla de la puericultura científica que busca como objetivo final la resiliencia o sea la capacidad del individuo de triunfar en la vida a pesar de la adversidad. La pediatría social estudia al niño sano o enfermo en su interrelación con su comunidad o sociedad. La odontopediatría es la rama de la odontología que estudia las afecciones de la boca en los niños. La tendencia actual es fundir todas estas acepciones en un único término, pediatría.

Hogar:

El hogar es la unidad de convivencia, es el lugar donde se vive en la intimidad, con la familia, y donde se desarrolla la vida privada. Hace referencia tanto al lugar donde se vive como a las personas que lo habitan formando una familia. Se identifica frecuentemente con vivienda, familia, forma de convivencia y lugar de residencia.

No conviene identificar hogares con familias de manera automática como se hace frecuentemente en el lenguaje vulgar. Las personas que integran un hogar, como unidad económica de convivencia, configuran una unidad familiar, pero muchas personas que pertenecen a una misma familia no comparten el mismo hogar. El término familia hace referencia a un concepto más amplio de relaciones de parentesco que no necesariamente tienen su traducción en una convivencia

común. Este concepto amplio de familia deja paso a una realidad más concreta, cuando hablamos de forma de vida y de convivencia

7.3.2. Hábito:

En psicología, el hábito es cualquier comportamiento repetido regularmente, que requiere de un pequeño o ningún raciocinio y es aprendido, más que innato.

Algunos hábitos (por ejemplo, el emparejar una agujeta constantemente) pueden desperdiciar importantes procesos mentales que bien podrían aprovecharse en tareas más exigentes, pero otros fomentan inflexibilidad conductual o son perjudiciales.

Cinco métodos son los comúnmente usados para romper con las costumbres indeseables:

1. Sustituir la acción habitual por una nueva;
2. Repetir el comportamiento hasta que se vuelva desagradable;
3. Separar al individuo del estímulo que lo induce a determinada conducta;
4. Habitación y
5. Castigo.

Adaptación metabólica:

En condiciones normales el organismo humano cuenta con **reservas orgánicas** que ha ido acumulando a lo largo del tiempo a expensas de la ingesta alimentaria. La masa muscular esquelética, y las proteínas viscerales y plasmáticas representan la reserva proteica, el tejido graso subcutáneo y visceral la reserva grasa, el glucógeno hepático la reserva glucídica, los huesos y dientes la reserva cálcica, la ferritina y hemosiderina hepáticas la reserva férrica, entre otras.

Cuando el organismo es sometido a una **carencia calóricoproteica**, se agotan las reservas en una manera ordenada, secuencial y previsible. La adaptación metabólica implica, entonces, el sacrificio de una estructura o función en beneficio de otra más importante para la subsistencia.²

² DR. EDUARDO A. ROGGIERO. <http://www.nutrar.com>

Entorno favorable:

El entorno favorable infantil debe ser entendido, consecuentemente, como el espacio de vida que rodea a niños y niñas, en el que se incluye lo que afecta a cada uno individualmente y lo que afecta a los diferentes colectivos de pertenencia, como familia, amigos, escuela o barrio. Así, las niñas y los niños reconocerán en ellos las dimensiones física, natural, social y cultural que componen el medio en que vivimos.³

Consumo:

(Del latín: *cosumere* que significa gastar o destruir) es la acción y efecto de consumir o gastar, bien sean productos alimenticios y otros géneros de vida efímera, bien energía, entendiendo por consumir como el hecho de destruir, utilizar comestibles u otros bienes para satisfacer necesidades o deseos, o gastar energía o un producto energético.

En términos puramente económicos se entiende por **consumo** la etapa final del proceso económico, especialmente del productivo, definida como el momento en que un bien o servicio produce alguna utilidad al sujeto consumidor. En este sentido hay bienes y servicios que directamente se destruyen en el acto del consumo, mientras que con otros lo que sucede es que su consumo consiste en su transformación en otro tipo de bienes o servicios diferentes.

El consumo, por tanto, comprende las adquisiciones de bienes y servicios por parte de cualquier sujeto económico (tanto el sector privado como las administraciones públicas). Significa satisfacer las necesidades presentes o futuras y se le considera el último proceso económico. Constituye una actividad de tipo circular en tanto en cuanto que el hombre produce para poder consumir y a su vez el consumo genera producción.

Para el antropólogo García-Canclini el consumo es *«el conjunto de procesos socioculturales en los que se realizan la apropiación y los usos de los productos»*

Tendencia:

El concepto de **tendencia** es absolutamente esencial para el enfoque técnico del análisis de mercados. Todas las herramientas usadas por el analista técnico tienen un solo propósito: detectar y medir las tendencias del precio para establecer y manejar operaciones de compra-venta dentro de un cierto mercado. El concepto de tendencia no es privativo de los mercados financieros. En un sentido general,

³ REAL DECRETO DE ENSEÑANZAS MÍNIMAS DEL 2º CICLO DE EDUCACIÓN INFANTIL (7/12/06). **ÁREA DE CONOCIMIENTO DEL ENTORNO.** http://www.psicologoescolar.com/LOE/area_conocimiento_del_entorno_segundo_ciclo_infantil.htm

es un patrón de comportamiento de los elementos de un entorno particular durante un periodo de tiempo. En términos del análisis técnico, la tendencia es simplemente la dirección o rumbo del mercado. Pero es preciso tener una definición más precisa para poder trabajar. Es importante entender que los mercados no se mueven en línea recta en ninguna dirección. Los movimientos en los precios se caracterizan por un movimiento zigzagueante. Estos impulsos tienen el aspecto de olas sucesivas con sus respectivas crestas y valles. La dirección de estas crestas y valles es lo que constituye la tendencia del mercado, ya sea que estos picos y valles vayan a la alza, a la baja o tengan un movimiento lateral.⁴

Lactancia:

La leche materna constituye, por sí sola, el mejor alimento y la mejor bebida que puede darse en forma exclusiva a un niño o una niña hasta los seis meses y con otros alimentos hasta los dos años.

Los niños alimentados con leche materna son más inteligentes, contraen menos enfermedades y están mejor nutridos que los que reciben otros alimentos. La lactancia con biberón, especialmente en las comunidades de bajos ingresos, representa una grave amenaza para la salud y la vida de millones de niños y niñas, por las dificultades para asegurar una higiene adecuada.

El primer requisito para que la lactancia sea exitosa es que la madre reciba información completa, eficaz y amable de parte del personal de salud para que pueda tomar una opción libre. Esto le dará confianza en que puede amamantar a su hijo. En seguida necesita recibir estímulo y apoyo familiar y social, en especial del esposo o compañero y de la familia, pero también de la gente amiga, de los grupos organizados de mujeres que dan apoyo madre a madre para la lactancia y la crianza, de los medios de comunicación y de las organizaciones patronales en los sitios de trabajo. De este modo se favorecen las condiciones sociales que hacen posible la práctica de la lactancia materna: nutrición, salud, apoyo en las tareas del hogar, mensajes sociales a través de los medios y cumplimiento a la legislación laboral.⁵

Ignorancia alimenticia:

⁴ Murphy, John (1999) Technical analysis of the Financial Markets.

⁵ LACTANCIA MATERNA. Una práctica ambiental. UNICEF 2004.

Este concepto toma importancia dado que el desarrollo del país depende en gran medida de las capacidades de sus ciudadanos para enfrentar los retos impuestos por la globalización, entre los que se encuentran la producción y el manejo del conocimiento y de la información, que a su vez implican un buen desarrollo educativo de las personas. Este desarrollo educativo se encuentra sustentado de forma importante en un buen estado nutricional y de salud de los niños que enfrentarán tales retos en el futuro. La desnutrición temprana afecta el desarrollo cerebral y por ende las funciones cognitivas, a esto se le suma la escasez de recursos económicos de las familias, que no les permite acceder a los nutrientes más costosos como leche, carnes, pescado, etc.; los bajos índices de lactancia, la **ignorancia nutricional**, las malas condiciones de salud de la población (aquejada de falta de agua potable y adecuados servicios públicos), que finalmente vulneran la salud física y el desempeño intelectual de los niños.⁶

Recesión económica:

Una recesión es un decrecimiento de la economía, de la producción, del producto interno bruto de un país. Cuando la economía, no solo deja de crecer, sino que se presenta un crecimiento negativo, una disminución sustancial en la producción, estamos ante una recesión económica, que si es muy prolongada, se considera una depresión. Antes que se presente una recesión económica, por lo general presenciamos una disminución en el nivel de crecimiento de la economía, o desaceleración de la economía, que luego si esta es muy pronunciada se convierte en recesión económica.

Cuando se presenta una recesión, el consumidor preso del temor por futuro económico, deja de gastar, la sociedad ya no consume, y al disminuirse el consumo, las empresas se quedan con un inventario que nadie quiere comprar, provocando el colapso del sector empresarial, llevando el despido de miles de trabajadores e inclusive al cierre de muchas empresas. El cierre de empresas, el despido de trabajadores acrecientan más la crisis. Nadie querrá invertir ni gastar más de lo necesario. Muchas personas no podrán pagar sus créditos, nadie querrá tomar nuevos créditos por lo que el sector financiero que es uno de los elementos que mueve la economía, puede colapsar también. Cuando la desconfianza es generalizada, cuando la gente no cree en la economía, la situación pasa de gris a oscura de la cual es muy difícil salir.

Quienes disponen de recursos para invertir, se marcharán con esos recursos a otro lugar donde sus inversiones sean más seguras, más rentables dejando al país sin los preciados recursos que le ayudarían a salir de la crisis. La recesión, por lo

⁶ Ángela Elisa Londoño López. *Asociación entre complemento nutricional y capacidades cognitivas. Impacto de una Política Pública Antioquia (Colombia) 2006 y 2007.* Universidad Cooperativa de Colombia. Facultad de Psicología, sede Medellín.

general puede estar acompañada de la deflación, puesto que al disminuir la demanda, se presenta una sobreoferta de bienes y servicios que pocos quieren comprar por temor, lo que hará que los precios disminuyan. Las empresas, para poder salir de sus inventarios tendrán que ofrecerlos a bajos precios, trabajando a pérdida, lo que afecta indudablemente su capacidad de producción, y como la capacidad de producción de un país, es la sumatoria de todos los factores y elementos productivos, terminará el país entero en problemas.

Hambre:

El hambre es la sensación que indica la necesidad de alimento. En condiciones de normal alimentación, suele aparecer unas 4 horas después de la última comida, aunque este tiempo puede variar mucho. La sensación de hambre es algo natural, pero privarse de alimento durante mucho tiempo perjudica la salud mental y física. La privación de alimento induce a la somnolencia, atenúa las emociones e impide pensar con normalidad. El deseo de comer se hace prioritario y se diluyen los valores morales. El hambre extrema puede tener un efecto deshumanizador que lleve al robo, al asesinato e incluso al canibalismo. A menudo el hambre va acompañada de enfermedad y epidemias, que tienen su origen en el estado de debilitamiento de los afectados.

Fisiológicamente el hambre está producida por los grandes estímulos que ejercen ciertas sustancias sobre nuestro cerebro. Así por ejemplo la hipoglucemia, estimula al hipotálamo lateral y produce estímulos vagales que nos obliga a comer, mientras que los ácidos grasos, la colecistoquinina y la serotonina estimulan al hipotálamo ventromedial y nos producen la sensación contraria del hambre: la saciedad. En esta situación, se activan los procesos necesarios para la consecución de alimento: Actividad del sistema dopaminérgico, dota al sistema nervioso central de una claridad en el pensamiento y en la percepción del medio (similar a la que la estimulación por drogas pueda causar), aumentando la neuroactividad (en algunos casos rozando la precognición: El depredador se adelanta a los movimientos de su presa). Cuando la fuente de alimento está localizada, entran en funcionamiento las catecolaminas (en concreto la adrenalina), que dotará al organismo de energías de reserva para poder conseguir la fuente de energía necesaria.

Ayuno:

Se llama ayuno al acto de abstenerse voluntariamente de toda o algún tipo de comida y en algunos casos de ingesta de líquidos, por un periodo de tiempo. Puede realizarse por diversos motivos, pero los principales son religiosos, como

técnica curativa básica en la medicina naturista o como manifestación pacífica. En este último caso suele llamárselo huelga de hambre.⁷

Algunas personas que siguen la dieta han reportado una agradable sensación de vitalidad. "Durante un ayuno, la insulina cae, la adrenalina sube y usted siente que su energía está bombeando," explica el Dr. Blackburn. Y la preparación de alimentos es mínima. Quienes ayunan muchas veces se sienten alentados por su éxito a corto plazo en controlar los alimentos. "Las señales de hambre lo hacen sentir delgado," dice Wadden. La fuerza de voluntad puede incluso desarrollar hábitos alimenticios más controlados.

El ayuno durante 12, 24 horas o más pueden ocasionar mareos y fatiga. Y cuando su cuerpo reacciona a esta privación extrema, quema la menor cantidad posible de calorías, reduciendo la velocidad de su metabolismo. Algunos expertos dicen titubeantes que es correcto realizar un ayuno de 24 horas al mes, siempre y cuando usted no sufra de problemas médicos serios, tales como diabetes o hipertensión. Ayune un día en el que no planee realizar ningún ejercicio ni se encuentre bajo tensión mental, ya que su sistema no estará operando a toda velocidad. Evite la cafeína y el alcohol, los cuales pueden deshidratarlo. Rompa el ayuno con un alimento ligero, tal vez un pan tostado o panqué inglés con queso fresco o yogur, además de una pieza de fruta.

Dieta:

Etimológicamente la palabra dieta significa "régimen de vida". Se acepta como sinónimo de régimen alimenticio, que alude al "conjunto y cantidades de los alimentos o mezclas de alimentos que se consumen habitualmente, aunque también puede hacer referencia al régimen que, en determinadas circunstancias, realizan personas sanas, enfermas o convalecientes en el comer y beber". Popularmente, y en el caso de los humanos, la **dieta** se asocia erróneamente a la práctica de restringir la ingesta de comida para obtener sólo los nutrientes y la energía necesaria, y así conseguir o mantener cierto peso corporal.

La dieta humana se considera equilibrada si aporta los nutrientes y energía en cantidades tales que permiten mantener las funciones del organismo en un contexto de salud física y mental. Esta dieta equilibrada es particular de cada individuo y se adapta a su sexo, edad y situación de salud. No obstante, existen diversos factores (geográficos, sociales, económicos, patológicos, etc.) que influyen en el equilibrio de la dieta.⁸

⁷ Dr. Medina Fuentes: *Vegetarismo. Medicina Natural*. España: Libsa, 1993. ISBN 84-7630-237-1.

⁸ Pinto JA y Carbajal A, 2006. La dieta equilibrada, prudente o saludable. Nutrición y Salud 1. Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Consejería de Sanidad y Consumo de Madrid.

Desde el punto de vista cultural, y en función del origen biológico de los alimentos, las dietas humanas contemporáneas pueden ser:

1. **dieta vegetariana:** cuando se consumen exclusivamente alimentos de procedencia vegetal. Los motivos por los que se sigue una dieta vegetariana pueden ser económicos, religiosos, ideológicos, éticos, ecológicos y de salud.
2. **dieta omnívora:** cuando se consumen alimentos de origen animal y vegetal. Es el tipo de dieta más frecuente en la especie humana.
3. **dieta carnívora:** si los alimentos de procedencia animal son los predominantes. No es común en la especie humana.

Otros tipos de dietas desde el punto de vista cultural son la *dieta occidental*, la *dieta mediterránea*, la *dieta asiática*, etc.

Desde el punto de vista nutricional, las actuales dietas humanas pueden ser:⁹

1. **dietas basales** o **dietas básicas:** son las dietas en las que no se realizan modificaciones en cuanto a su composición en nutrientes o en energía. Estas son las dietas que siguen las personas sanas.
2. **dietas terapéuticas:** son las dietas en las que se altera la composición en nutrientes o en energía cuando existe una enfermedad o situación patológica. Estas dietas se subdividen a su vez en:
 1. dietas modificadas en energía: normalmente se realiza una restricción en la cantidad de energía aportada en la dieta (dietas hipocalóricas). Son las dietas que se aplican en situaciones de sobrepeso y obesidad.
 2. dietas modificadas en proteínas: pueden aportar mayor cantidad de proteínas que las recomendadas para las personas sanas (*dietas hiperprotéicas*), estando indicadas en situaciones de malnutrición (bajo peso, anorexia, etc.), o aportar menos cantidad (*dietas hipoprotéicas*), destinadas a ciertas enfermedades renales. Un tipo especial de estas dietas es la *dieta sin gluten*, específica para la enfermedad celíaca.
 3. dietas modificadas en carbohidratos: cuando se restringe la cantidad de carbohidratos, se genera una situación de cetosis, como en las dietas cetogénicas. Están señaladas en ciertos casos de epilepsia o de obesidad mórbida. En otros casos se incluyen alimentos atendiendo al tipo de carbohidrato, de manera que se obtengan dietas de bajo índice glucémico.

⁹ Salas-Salvadó J. 2008. Nutrición y dietética clínica. Editorial Masson. Barcelona.

4. dietas modificadas en fibra alimentaria: pueden ser con altos contenidos en fibra (dieta alta en fibra), indicadas en aquellos casos en los que hay reducción de la motilidad intestinal, o pueden ser con bajos contenidos de fibra (dietas sin residuos), señaladas para situaciones previas a una intervención quirúrgica o a una prueba de exploración.
5. dietas modificadas en elementos minerales: en el caso de que se reduzca de forma importante la cantidad aportada de sodio (bien eliminando la sal común o bien aportando alimentos pobres en sodio) se tiene la *dieta hiposódica*. Se prescribe en algunas enfermedades renales y en ciertas cardiopatías (hipertensión arterial).

Un aspecto que hay que señalar respecto a la dieta es que ésta es individual, es decir, adaptada a las necesidades y a las características de cada persona. Pero en cada cultura se sigue un patrón regular que es común a casi todos los individuos, de tal manera que se configura una *dieta típica* de una sociedad o cultura. Un ejemplo es la que se conoce popularmente como dieta mediterránea, atribuida al estilo de vida seguido en algunos países de la cuenca mediterránea. No obstante, para que cualquier dieta se considere saludable y equilibrada, se debe basar en el consumo regular de una amplia variedad de alimentos. La razón es que no existe un único alimento que contenga todos los nutrientes necesarios o, si los contiene, no están en las cantidades imprescindibles para cada situación.

Para que la población tenga una referencia sobre las pautas dietéticas más apropiadas con el fin de alcanzar y mantener un adecuado estado de salud, ciertos organismos o instituciones públicas proponen unas guías y objetivos dietéticos. En tales guías se suele recoger unos recursos gráficos, basados en la clasificación de los alimentos según sus características nutricionales predominantes, que facilitan la elaboración de una dieta equilibrada. Ejemplos de estos recursos gráficos son la pirámide alimentaria o la rueda alimentaria.¹⁰

Metabolismo:

Se refiere a todos los procesos físicos y químicos del cuerpo que generan y usan energía, tal como:

- Digestión de alimentos y nutrientes
- Eliminación de los desechos a través de la orina y de las heces
- Respiración

¹⁰ Dapcich V, Salvador G, Ribas L, Pérez C, Aranceta J y Serra-Majem LI.. 2004. Guía de la alimentación saludable. Ed. Sociedad Española de Nutrición Comunitaria. Madrid.

- Circulación sanguínea
- Regulación de temperatura

7.3.3. Salud:

En la constitución de 1946 de la Organización Mundial de la Salud, la **salud** es definida como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. También puede definirse como el nivel de eficacia funcional o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social). En 1992 un investigador agregó a la definición de la OMS: "y en armonía con el medio ambiente", ampliando así el concepto. Benet Hernández de Gispert cambiaría una palabra de la definición de la OMS: cambiaría la palabra "bienestar" por "equilibrio". Benet propone la redefinición del término "salud".¹¹

En la forma física, es la capacidad que tiene el cuerpo para realizar cualquier tipo de ejercicio donde muestra que tiene resistencia, fuerza, agilidad, coordinación y flexibilidad.

Existe también la salud mental, el cual se caracteriza por el buen estado psíquico de una persona y su autoaceptación; en palabras clínicas, es la ausencia de cualquier tipo de enfermedad mental.

Prevención:

Proceso para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de política pública, creación de ambientes favorables a la salud, fortalecimiento de la acción y participación comunitaria, desarrollo de actitudes personales saludables y la reorientación de los servicios de salud; por sus características la promoción de la salud supone una acción intersectorial sólida que hace posible la movilización social requerida para la transformación de las condiciones de salud.¹²

¹¹ OMS (2006), Éste concepto se amplía a: "Salud es el Estado de adaptación diferencial de un individuo al medio en donde se encuentra." [Constitución de la Organización mundial de la salud](#), Génova, 1946. URL con acceso el 6 de junio de 2007.

¹² República de Colombia. Ministerio de Protección Social. Promoción y Prevención 2006.

Enfermedad:

La enfermedad es un proceso y el *status* consecuente de afección de un ser vivo, caracterizado por una alteración de su estado ontológico de salud. El estado y/o proceso de enfermedad puede ser provocado por diversos factores, tanto intrínsecos como extrínsecos al organismo enfermo: estos factores se denominan *noxas* (del griego *nósos*: «enfermedad», «afección de la salud»).

La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medioambientales y sociales. Generalmente, se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo *efecto negativo* es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional, espiritual, etc.) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos (cf. homeostasis).

Por definición, existe una sola enfermedad, pero la caracterización e identificación de variados procesos y estados diferentes de la salud, ha llevado a la discriminación de un universo de entidades distintas (entidades nosológicas), muchas de ellas son entendidas estrictamente como enfermedades, pero otras no (cf. síndrome, entidad clínica y trastorno). De esta forma, las enfermedades y procesos sucedáneos y análogos, son entendidas como categorías determinadas por la mente humana.

Las enfermedades que afectan a las plantas y demás géneros botánicos conciernen a la Fitopatología, las patologías que afectan a los animales son dominio de la Ciencia Veterinaria. La enfermedad humana es el núcleo organizador de la Ciencia Médica, pues gran parte del conocimiento médico está orientado hacia la enfermedad y a su solución.

Estrictamente (dentro del campo médico), las enfermedades son objeto de estudio de la Patología (del griego *πάθος*: «afección», «sufrimiento») que investiga las características propias de cada entidad, sus componentes y el proceso que desarrollan, en relación con la evidencia morfofisiológica que se imprime en la biología del organismo enfermo. Sin embargo, es la Nosología la disciplina encargada de gobernar la definición y clasificación de las diversas enfermedades según una normativa basada en la caracterización e identificación de los componentes y funciones que definen cada entidad nosológica como algo único y discernible del resto. Así, son estudiadas en un contexto más amplio, comparativo, y sistemático, dentro de un esquema global de la patología.¹³

¹³ Chuaqui B, Duarte I, González S, Rosenberg H: *Manual de Patología general, conceptos básicos*, Un.Cat.Chile.

Morbilidad:

Se refiere a los efectos de una enfermedad en una población en el sentido de la proporción de personas que la padecen en un sitio y tiempo determinado. En el sentido de la epidemiología se puede ampliar al estudio y cuantificación de la presencia y efectos de una enfermedad en una población.

Morbilidad se describe como el número total de enfermedades/problemas de salud o condición incapacitante que acontece durante un período de tiempo para una población o lugar determinado. Pueden ser remediadas, curadas o controladas. Algunas de ellas pueden ser prevenidas.

Tasa de morbilidad

La frecuencia de la enfermedad en proporción a una población. El cómputo de la tasa de mortalidad requiere que se especifique:

1. el período de tiempo, y
2. el lugar.

Las tasas de morbilidad más frecuentemente usadas son las siguientes:

Prevalencia: Es la frecuencia de todos los casos (antiguos y nuevos) de una enfermedad patológica en un momento dado del tiempo (prevalencia de punto) o durante un período definido de tiempo (prevalencia de período).

Incidencia: Es la rapidez con la que ocurre una enfermedad. También, la frecuencia con que se agregan (desarrollan o descubren) nuevos casos de una enfermedad/afección durante un período específico de tiempo y en un área determinada.

Mortalidad:

La mortalidad es un término demográfico que designa un número proporcional de muertes en una población y tiempo determinado.

Así, se define la tasa bruta de mortalidad como el indicador demográfico que señala el número de defunciones de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado generalmente un año.¹⁴

$$m = \frac{F}{P} * 1000$$

¹⁴ INE, Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos básicos.

Donde:

- m: tasa de mortalidad
- F: cantidad de fallecimientos en un lapso
- P: población total

Tasa bruta de mortalidad por país

Se considera:

- Alta tasa de mortalidad si supera el 30 ‰
- Moderada tasa de mortalidad entre 15 y 30 ‰
- Baja tasa de mortalidad por debajo del 15 ‰

Generalmente en los países menos desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más alta, mientras que en los más desarrollados la tasa de mortalidad y natalidad es más baja.

La tasa de mortalidad está inversamente relacionada con la esperanza de vida al nacer, de tal manera que cuanto más esperanza de vida tenga un individuo en su nacimiento, menos tasa de mortalidad tiene la población.

Al igual que hay tasas brutas de mortalidad hay tasas específicas de mortalidad, que son las tasas específicas para cada edad.

Mortalidad infantil: Mide la cantidad de niños muertos menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos.

Desarrollo fetal:

El embarazo suele durar 280 días ó 40 semanas, contando desde el primer día de tu último periodo. Generalmente se divide en tres partes llamadas trimestres. El primer trimestre dura desde la primera semana hasta la semana 13; el segundo trimestre de la 14 a la 27; y el tercero de la 28 hasta la 40 o hasta la fecha del nacimiento. Dicho proceso evolutivo es a lo que llamamos desarrollo fetal.

Embarazo:

Se denomina gestación, embarazo o gravidez (del latín *gravitas*) al período de tiempo que transcurre entre la fecundación del óvulo por el espermatozoide y el

momento del parto. Comprende todos los procesos fisiológicos de crecimiento y desarrollo del feto en el interior del útero materno, así como los importantes cambios fisiológicos, metabólicos e incluso morfológicos que se producen en la mujer encaminados a proteger, nutrir y permitir el desarrollo del feto, como la interrupción de los ciclos menstruales, o el aumento del tamaño de las mamas para preparar la lactancia.

En la especie humana las gestaciones suelen ser únicas, aunque pueden producirse embarazos múltiples. La aplicación de técnicas de reproducción asistida está haciendo aumentar la incidencia de embarazos múltiples en los países desarrollados.¹⁵

El embarazo humano dura unas 40 semanas desde el primer día de la última menstruación o 38 desde la fecundación (aproximadamente unos 9 meses). El primer trimestre es el momento de mayor riesgo de aborto espontáneo; el inicio del tercer trimestre se considera el punto de viabilidad del feto (aquel a partir del cual puede sobrevivir extraútero sin soporte médico).

Inapetencia infantil:

La inapetencia infantil es uno de los motivos que más preocupan a padres y madres. En la mayoría de los casos no es sinónimo de enfermedad y la situación revierte fácilmente.

La inapetencia definida como falta de apetito. Aproximadamente el 10-25 % de los niños en edad preescolar, entre dos y cinco años acuden a la consulta de pediatría con la queja de que el niño no come nada, y cuando lo hace lo es con desgana y protestas, y además parece que no crece lo suficiente. Una historia clínica y dietética detallada y una exploración física completa permiten descartar enfermedades agudas o crónicas. En ese caso, la familia debe ser tranquilizada e informada respecto al normal crecimiento y desarrollo del niño a esta edad. Además, a veces la inapetencia es fisiológica, es decir, que el organismo disminuye sus necesidades. En este punto es importante aclarar que no se trata de que el niño pierda el apetito a medida que crece, sino que el ritmo de crecimiento es menor. La mayor parte de los niños que rechazan comer tienen un apetito apropiado para su edad y su ritmo de crecimiento. A pesar de que la ingesta de alimentos varía de un día a otro y puede parecer que ellos no comen durante largos periodos de tiempo, su crecimiento y desarrollo es normal.

¹⁵ Luis E. Tsng, Juan F. Mere. *Ginecología y Obstetricia*. Vol. 42 Nº3 Diciembre 1996

Diarrea:

Diarrea indica la evacuación de heces acuosas, blandas, más de tres veces al día. También puede haber cólicos, distensión abdominal, náusea y una necesidad urgente de evacuar el intestino.

Entre las causas de diarrea se incluyen bacterias, virus o parásitos, algunas medicinas, intolerancia a alimentos y enfermedades que afectan el estómago, el intestino delgado y el colon. En muchos casos, no se encuentra una causa.

Aunque no suele ser peligrosa, la diarrea puede llegar a serlo o indicar un problema más serio. Debe hablar con el médico si tiene un dolor fuerte en el abdomen o el recto, fiebre, sangre en las heces, diarrea severa por más de tres días o síntomas de deshidratación. Si su hijo tiene diarrea, no dude en llamar al médico para solicitar su consejo. La diarrea puede ser peligrosa en los niños.¹⁶

Tamizaje:

A todos los bebés, cuando nacen, se les realiza el tamizaje para hipotiroidismo congénito. Conozca en qué consiste esta prueba a la que deberá someterse su pequeño, cuando llegue al mundo.

En los primeros minutos de vida, los médicos tomarán una muestra de sangre del cordón umbilical del recién nacido. Pero también pueden hacerlo cinco días después, en la primera consulta, esta vez, extrayéndola del talón.

Esta prueba se denomina tamizaje para hipotiroidismo congénito, y aunque suene extraño, está incluido en el Plan Obligatorio de Salud desde 1998 y debe practicarse a todos los recién nacidos, sin excepción. ¿La razón? Esta enfermedad es la primera causa de retardo mental, que se puede prevenir.

A través de este examen, se realiza una medición de la presencia de la hormona (TSH), estimulante de la glándula tiroides, en el pequeño. La prueba que se hace con la sangre del cordón umbilical puede registrar niveles altos, pero que descienden con el paso de los días; por eso, la muestra que se toma del talón puede ser más fidedigna. Pero, para confirmar los resultados, si la medición no está dentro de los parámetros, los médicos harán una segunda toma.

¹⁶ Instituto Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y del Riñón

Enfermedades gastrointestinales:

El sistema digestivo puede verse afectado de diferentes formas. Algunas de las enfermedades que lo afectan son infecciosas, ocasionadas por virus, bacterias o parásitos que entran al organismo a través de alimentos sucios o descompuestos, agua contaminada o cuándo alguien se chupa los dedos o las uñas sucias, sobre todo si no se lavó las manos después de ir al baño o de tocar algún animal o el suelo.

Pero también el sistema digestivo puede afectarse con otro tipo de enfermedades llamadas crónicas, como el cáncer en cualquiera de sus partes, la cirrosis que ataca al hígado, la diabetes que impide el adecuado funcionamiento del páncreas, los divertículos que se forman en el intestino delgado, la gastritis o colitis que son provocadas por ingerir alimentos irritantes o por estrés o las hernias hiatales que se forman entre el esófago y estómago entre otras.

Planificación familiar:

Actividad consciente de las parejas encaminadas a regular el número y el espaciamiento de los nacimientos. De ordinario la planificación familiar connota la práctica del control de la natalidad para evitar un embarazo, aunque también incluye los intentos de las parejas para inducirlo.

En el contexto del nuevo concepto de salud sexual y reproductiva, la planificación familiar se convierte en uno de los elementos más importantes en esta área, ya que permite a la pareja y a la mujer en particular, hacer uso de sus derechos sexuales y reproductivos para escoger libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos; la planificación familiar bajo este enfoque favorece la libre decisión sobre el comportamiento sexual y reproductivo, incidiendo favorablemente sobre el bienestar y salud de las personas y de la familia.

Por otra parte, la planificación familiar ofrece una forma médicamente satisfactoria de reducir el número de embarazos no deseados que, en otras condiciones, podrían desembocar en la muerte de la madre o en lesiones ocasionadas por procedimientos abortivos peligrosos.

Específicamente a través de la planificación familiar, se puede reducir la mortalidad materna por los siguientes medios:

- Reduciendo el número total de embarazos de cada mujer.
- Reduciendo el número de nacimientos de alta paridad.
- Reduciendo el número de partos de las mujeres jóvenes y las de edad mayor.

- Reduciendo el uso del aborto, para la terminación de embarazos no deseados en dónde no se dispone de medios abortivos seguros.
- Reduciendo el número de embarazos de mujeres con problemas importantes de salud.

Por otra parte, la mortalidad de infantes y niños puede reducirse a través de la planificación familiar, en las siguientes formas:

- Reduciendo el número de nacimientos que se producen en periodos cortos entre parto y parto.
- Reduciendo el número de hijos de las mujeres demasiado jóvenes.
- Reduciendo el número de hijos de las mujeres con mala salud.
- Reduciendo el número de nacimientos de alta paridad.

Grupos vulnerables:

Al hablar de grupos vulnerables se hace referencia a aquellas personas que encuentran dificultades para insertarse en el mercado de trabajo, que sufren algún tipo de discriminación, y que están más expuestas a los vaivenes del mercado de trabajo. La condición de ser mujer, joven, tener alguna discapacidad, o pertenecer a determinados grupos étnicos, son limitantes para la participación en el mercado de trabajo.

Esto se observa con total claridad cuando se analizan los indicadores del mundo laboral. Si se presta atención a las tasas de empleo, desempleo, subempleo, y más específicamente, a las categorías que atañen al empleo informal (trabajador por cuenta propia excluyendo a profesionales, microempresarios, trabajadores de microempresas, trabajadores domésticos, etc.), se visualiza que existen grupos de personas que deben enfrentar más dificultades y limitantes a la hora de insertarse en el mercado laboral, en puestos de trabajo de calidad, con remuneración justa, con seguridad social, etc.

Salud pública:

La Salud Pública es el conjunto de políticas que buscan garantizar la salud de la población por medio de acciones dirigidas a la colectividad y al individuo, siendo uno de los componentes e indicador de las mejores condiciones de vida y bienestar del desarrollo del país bajo la rectoría del Estado y la participación responsable de todos los sectores y la comunidad. Para lograr la garantía efectiva de este derecho universal, la sociedad con la

rectoría del estado y la participación organizada de todos los sectores debe desarrollar el conjunto tanto de conocimientos como de políticas requeridas para:

- La comprensión de los problemas que alteran el bienestar;
- La detección, prevención y control de las enfermedades;
- El acceso a los servicios de atención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y problemas de la salud;
- El control de vectores y factores de riesgo ambientales para la salud.

Anemia:

La anemia es un trastorno frecuente de la sangre que ocurre cuando la cantidad de glóbulos rojos es menor que lo normal, o cuando la concentración de hemoglobina en sangre es baja.

- **Hemoglobina** - elemento de la sangre cuya función es distribuir el oxígeno desde los pulmones hacia los tejidos del cuerpo.
- **Hematocrito** - medición del porcentaje de glóbulos rojos que se encuentran en un volumen específico de sangre.

Con frecuencia, la anemia es un síntoma de una enfermedad más que una enfermedad en sí misma y, en general, se desarrolla debido a la presencia de uno de estos factores:

- Pérdida excesiva de sangre o hemorragia
- Producción insuficiente de glóbulos rojos
- Destrucción excesiva de glóbulos rojos
- Disminución de la producción y excesiva destrucción de glóbulos rojos

La mayoría de los síntomas de la anemia se presentan como consecuencia de la disminución de oxígeno en las células o "hipoxia". Dado que los glóbulos rojos, a través de la hemoglobina, transportan oxígeno, la disminución en la producción o cantidad de estas células produce "hipoxia". Muchos de los síntomas no se presentan si la anemia es leve, debido a que generalmente el cuerpo puede compensar los cambios graduales en la hemoglobina.

A continuación, se enumeran los síntomas más comunes de la anemia. Sin embargo, cada niño puede experimentarlos en forma diferente. Los síntomas pueden incluir, entre otros, los siguientes:¹⁷

- Palidez anormal o pérdida de color en la piel
- Aceleración de la frecuencia cardíaca (taquicardia)
- Dificultad respiratoria (disnea)
- Falta de energía, o cansancio injustificado (fatiga)
- Mareos o vértigo, especialmente cuando se está de pie
- Dolores de cabeza
- Irritabilidad
- Ciclos menstruales irregulares
- Ausencia o retraso de la menstruación (amenorrea)
- Llagas o inflamación en la lengua (glositis)
- Ictericia o color amarillento de la piel, los ojos y la boca
- Aumento del tamaño del bazo o del hígado (esplenomegalia, hepatomegalia)
- Retraso o retardo del crecimiento y el desarrollo
- Cicatrización lenta de heridas y tejidos

Los síntomas de la anemia pueden parecerse a los de otros trastornos de la sangre o problemas médicos. Debido a que la anemia es a menudo un síntoma asociado a otra enfermedad, es importante que el médico esté informado de los síntomas que se manifiestan en el niño.

Circunferencia craneana:

Es la medición de la circunferencia de la cabeza de un niño en su parte más amplia (por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza). Durante los chequeos de rutina, esta distancia se mide en centímetros y se compara con las mediciones anteriores; los rangos normales están basados en el sexo y la edad (semanas, meses).

¹⁷ University of Virginia. Health System. La Hematología y los trastornos de la sangre.

La medición de la circunferencia de la cabeza es una parte importante de la rutina de atención al bebé sano. A través de años de recolección de mediciones, se han obtenido los valores para las tasas normales de crecimiento de bebés y niños pequeños. Durante el examen del bebé sano, cualquier desviación del crecimiento normal de la cabeza esperado puede alertar al médico sobre un posible problema.

Por ejemplo, una cabeza más grande de lo normal o cuyo tamaño se incrementa más rápidamente de lo normal puede ser un indicio de aumento de la presión intracraneal (hay múltiples causas para esta condición, incluyendo lesión craneana, meningitis, agua en el cerebro o un sangrado); mientras que un tamaño de la cabeza demasiado pequeño (llamado microcefalia) o una tasa de crecimiento demasiado lenta puede indicar que el cerebro no se está desarrollando apropiadamente.

Infección:

Es el término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es perjudicial para el funcionamiento normal y supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno.

Aunque todos los organismos pluricelulares son colonizados en algún grado por especies exteriores, la inmensa mayoría de estas habitan en una relación simbiótica o sin consecuencias para el huésped. Un ejemplo de lo anterior, son las especies de bacterias anaerobias que colonizan el colon de los mamíferos; otro ejemplo son las distintas especies de estafilococos existentes en la piel humana.

Una **infección activa** es el efecto de una lucha en la cual el organismo infectante trata de utilizar los recursos del huésped para multiplicarse, a costa del mismo. El estado de la infección es, de manera frecuente, simplemente cuestión de las circunstancias. Casi todo organismo, en las condiciones adecuadas, puede volverse patógeno y casi ningún organismo, si está presente en pequeñas cantidades y en áreas bien protegidas por el sistema inmunitario del huésped, puede llevar a cabo una infección comprometedora.

Examen médico:

La visita al médico es muy importante cuando existen malestares que nos provocan dolores o nos hacen sentir mal, o simplemente como consulta periódica para mantener nuestra salud.

El médico necesita de varios factores para poder diagnosticar el estado de salud del paciente:

1.- Historia clínica: se realiza con el fin de que el médico pueda establecer una serie de datos importantes en la salud del paciente, tales como: peso, sexo, edad, estilo de vida, profesión, actividad física, hábitos alimenticios, antecedentes familiares, hereditarios, desarrollo físico, psíquico, etc. El paciente debe ser sincero y no cambiar o modificar los datos.

2.- Inspección: consiste en la observación directa del paciente para obtener información como: estado de ánimo, habla, actitud, postura, estado de nutrición, manera de moverse y respirar, color de la piel, etc.

3.- Palpación: es una exploración manual, donde el médico acude a su sentido del tacto para identificar cierta inflamación o protuberancias de órganos como el hígado, bazo, recto, glándula mamaria, para sentir el pulso, etc.

4.- Percusión: el golpeteo manual sobre ciertas zonas del cuerpo le permite al médico realizar un diagnóstico. Si se percute la piel que se encuentra sobre un órgano hueco, lleno de aire (pulmón, estómago, colon, etc.), el sonido emitido será resonante. El sonido en un órgano denso, origina sonidos mates.

5.- Auscultación: se realiza con un estetoscopio para escuchar el sonido que genera la sangre al pasar por vasos o válvulas del corazón, para escuchar el aire en los pulmones, para escuchar los sonidos fetales, etc.

6.- Exploración del sistema nervioso: es con el fin de verificar el estado de los reflejos nerviosos (tendinosos, musculares y cutáneos), las reacciones de la pupila, el equilibrio, etc. El médico puede utilizar un martillo con extremos de goma, para los reflejos. Para determinar la sensibilidad al tacto, al dolor o temperatura, se puede utilizar cualquier objeto que logre su objetivo, como: un algodón, alfiler, hielo, lija, etc. Para reacciones del ojo, puede utilizar un lamparita.

Trastornos cerebrales:

El cerebro es el órgano más complejo del cuerpo humano en términos de estructura y composición química. Creado por nuestros genes, nuestras experiencias de vida y nuestro entorno, el cerebro adquiere coordina y distribuye información para controlar la manera en que pensamos, nos conducimos, aprendemos y sentimos. Para lograrlo, los cien mil millones de células de este órgano complejo deben comunicarse entre ellas eficazmente; si no lo hacen, pueden producir o provocar disfunción cerebral y enfermedad mental.

Un trastorno genético es una enfermedad causada por una forma diferente de un gen, llamada "variación" o una alteración de un gen, llamada "mutación". Los trastornos cerebrales genéticos afectan específicamente el desarrollo y la función del cerebro.

Algunos trastornos cerebrales genéticos se deben a las mutaciones genéticas aleatorias o mutaciones causadas por exposición ambiental, como lo es el humo del cigarrillo. Otras enfermedades son hereditarias, lo que significa que un gen mutante o un grupo de genes mutantes se transmite entre familiares. Otros trastornos se deben a una combinación de cambios genéticos y otros factores externos. Algunos ejemplos de los trastornos cerebrales genéticos incluyen leucodistrofias, fenilcetonuria, enfermedad de Tay-Sachs y la enfermedad de Wilson.

Muchas personas con trastornos cerebrales genéticos no pueden producir suficiente cantidad de ciertas proteínas que influyen en el desarrollo y el funcionamiento del cerebro. Estos trastornos pueden causar problemas serios que afectan el sistema nervioso. Algunos ponen en peligro la vida.¹⁸

Trastornos de crecimiento:

Algunas veces, el crecimiento muy rápido o muy lento puede indicar una enfermedad o un problema glandular. La glándula pituitaria produce la hormona del crecimiento, que estimula el crecimiento del hueso y otros tejidos. Los niños que tienen una deficiencia de esta hormona pueden tener muy baja estatura. El tratamiento con la hormona del crecimiento puede estimular el crecimiento.

Las personas también pueden tener un exceso de esta hormona. Por lo general, la causa es un tumor en la glándula pituitaria, que no es un cáncer. El exceso de la hormona de crecimiento puede causar gigantismo en los niños, en cuyo caso los huesos y el cuerpo crecen demasiado. En los adultos, puede causar acromegalia, que hace que las manos, los pies y la cara sean más grandes que lo normal. Los tratamientos posibles incluyen cirugía para extirpar el tumor, medicinas y radioterapia.

Natalidad:

La natalidad es el flujo natural (nacimientos) de crecimiento de una población. La natalidad designa el número proporcional de nacimientos de una población en un tiempo determinado. La tasa de natalidad es el número de nacimientos por cada 1000 habitantes en un año. La explosión demográfica o el envejecimiento demográfico son fenómenos vinculados a la natalidad. La explosión demográfica implica un importante aumento de la natalidad en pocos años, configurando una estructura poblacional muy joven. El envejecimiento demográfico se relaciona con

¹⁸ NINDS: Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Derrame Cerebral. NIH (Instituto Nacional de Desórdenes Neurológicos y Derrame Cerebral)

una reducción sostenida de la natalidad, configurando una estructura poblacional con pocos efectivos jóvenes.

Los fenómenos de explosión demográfica se suelen relacionar con los países pobres o en vías de desarrollo y por el contrario los fenómenos de envejecimiento demográfico con los países desarrollados. Los gobiernos tradicionalmente han prestado mucha atención a las políticas demográficas vinculadas a la natalidad. En el imaginario colectivo, altas tasas de natalidad pueden originar poblaciones con dificultades para dar servicios (educacionales, sanitarios etc...) a todos sus miembros y también dificultades futuras en el mercado de trabajo (paro, precariedad). Bajas tasas de natalidad, implica un envejecimiento de la población, con los problemas que pueden derivarse de una sociedad con pocos jóvenes en edad de trabajar. Estas relaciones causa-efecto entre altas o bajas tasas de natalidad y efectos negativos sobre las sociedades tienen más relación con concepciones políticas sobre los estados nación y las nacionalidades que con la realidad de las estructuras poblacionales.¹⁹

Calorías:

Los seres vivos, como el ser humano, necesitan energía para poder sobrevivir. Los organismos se alimentan para obtener combustible y la energía que les permita desarrollar sus funciones vitales. Es por esta razón por la que se entiende que la alimentación es la principal fuente de energía en los seres vivos.

La energía que los seres vivos necesitan se obtiene de los macronutrientes y se transforman en kilocalorías (miles de calorías). La notación en química-física de la caloría es **cal** (con c minúscula) y de la kilocaloría **Kcal**. Pero en Biología, Medicina y Nutrición se emplea la abreviación **Cal** (con C mayúscula) que viene a indicar la equivalencia siguiente:

$$1 \text{ Kcal} = 1 \text{ Cal} = 1000 \text{ cal} = 4,184 \text{ kJ} = 4.184 \text{ J}$$

El empleo de calorías en nutrición empieza a ser sustituido poco a poco por el de kilojulios (kJ) del SI y es frecuente ver ambas unidades en el etiquetado de alimentos si bien para el público general sigue siendo una unidad casi desconocida y sigue refiriéndose al valor energético de los alimentos en calorías. La información que aparece en las etiquetas de los alimentos es indicativa del valor energético que poseen algunos alimentos y suele expresarse en kcal/kg (kilocalorías por kilogramo de alimento) o en raciones de 100 gramos. Las calorías o energía que se necesitan a lo largo del día se emplean en

¹⁹ Montserrat Mora Fernández "Cátedra UNESCO de Sostenibilitat. Universitat Politècnica de Catalunya

- Metabolismo basal - Se considera el consumo calórico mínimo que necesita un organismo vivo para completar sus actividades vitales básicas.
- Actividad física - Es el consumo calórico necesario para realizar actividades diversas, se gradúa como: actividad mínima, moderada e intensa.
- Situaciones estresantes, como una enfermedad, o una intervención quirúrgica.

Las calorías se emplean como un índice que controla la ingesta de ciertos alimentos y poder así elaborar dietas "bajas en calorías" (suelen suponer una reducción de un 30%) que permitan la pérdida de peso corporal en aquellos casos que se haya diagnosticado sobrepeso. En algunos alimentos se caracterizan las calorías basura (denominadas también como calorías vacías) ya que es energía que se obtiene de determinados alimentos sin valor nutritivo como pueden ser los refrescos azúcarados (tipo coca-cola y bebidas alcohólicas, los cuales aportan unas 7 kcal/gramo). De la misma forma se define en algunas dietas popularmente la caloría negativa como la que existe en ciertos alimentos capaces de hacer consumir más energía en su digestión que la que aportan, no obstante no existen evidencias científicas al respecto.²⁰

Proteínas:

Son macromoléculas formadas por cadenas lineales de aminoácidos. El nombre proteína proviene de la palabra griega *πρωτα* ("prota"), que significa "lo primero" o del dios *Proteo*, por la cantidad de formas que pueden tomar.

Las proteínas desempeñan un papel fundamental en los seres vivos y son las biomoléculas más versátiles y más diversas. Realizan una enorme cantidad de funciones diferentes, entre las que destacan la estructural (colágeno y queratina), la reguladora (insulina y hormona del crecimiento), transportadora (hemoglobina), defensiva (anticuerpos), enzimática o contráctil (actina y miosina). Las proteínas de todo ser vivo están determinadas mayoritariamente por su genética (con excepción de algunos péptidos antimicrobianos de síntesis no ribosomal), es decir, la información genética determina en gran medida qué proteínas podría tener una célula, tejido u organismo.

Las proteínas se sintetizan dependiendo de cómo se encuentren regulados los genes que las codifican. Por lo tanto, son susceptibles a señales o factores externos. El estudio de las proteínas expresadas en un momento determinado es denominado proteoma.

Las proteínas son macromoléculas; son biopolímeros, es decir, están constituidas por gran número de unidades estructurales simples repetitivas (monómeros).

²⁰ HEA/MAFF/DoH. Eight guidelines for a healthy diet. A guide for nutrition educators. Abingdon, Oxon: HEA Customer Services, 1997.

Debido a su gran tamaño, cuando estas moléculas se dispersan en un disolvente adecuado, forman siempre dispersiones coloidales, con características que las distinguen de las soluciones de moléculas más pequeñas.

Por hidrólisis, las moléculas proteínicas son escindidas en numerosos compuestos relativamente simples, de pequeño peso, que son las unidades fundamentales constituyentes de la macromolécula. Estas unidades son los aminoácidos, de los cuales existen veinte especies diferentes y que se unen entre sí mediante enlaces peptídicos. Cientos y miles de estos aminoácidos pueden participar en la formación de la gran molécula polimérica de una proteína.

Todas las proteínas contienen carbono, hidrógeno, oxígeno y nitrógeno y casi todas poseen también azufre. Si bien hay ligeras variaciones en diferentes proteínas, el contenido de nitrógeno representa, término medio, 16% de la masa total de la molécula; es decir, cada 6,25 g de proteínas contienen 1 g de N. El factor 6,25 se utiliza para estimar la cantidad de proteína existente en una muestra a partir de la medición de N de la misma.

La síntesis proteica es un proceso complejo cumplido por las células según las directrices de la información suministrada por los genes.

Las proteínas son largas cadenas de aminoácidos unidas por enlaces peptídicos entre el grupo carboxyl (-COOH) y los grupos amino (NH₂) de residuos de aminoácido adyacentes. La secuencia de aminoácidos en una proteína es definida por un gen y codificada en el código genético. Aunque este código genético especifique 21 aminoácidos "estándar" más selenocisteína y - en ciertos Archaea - pirrolisina, los residuos en una proteína a veces químicamente son cambiados en la modificación postraduccional: antes de que la proteína sea funcional en la célula, o como la parte de mecanismos de control. Las proteínas también pueden trabajar juntas para cumplir una función particular, a menudo se asociándose para formar complejos proteicos estables.²¹

Alergias:

Es una reacción o respuesta inmunitaria exagerada a sustancias que generalmente no son dañinas.

Causas, incidencia y factores de riesgo:

Las alergias son relativamente comunes y tanto la genética como los factores ambientales pueden jugar un papel en su desarrollo. La alergia es causada por un

²¹ Kerstetter, J. E., O'Brien, K. O., Caseria, D.M, Wall, D. E. & Insogna, K. L (2005) "The impact of dietary protein on calcium absorption and kinetic measures of bone turnover in women". J Clin Endocrinol Metab (2005) Vol 90, p26-31.

sistema inmunitario altamente sensible que lleva a una respuesta inmunitaria equivocada. El sistema inmunitario normalmente protege al cuerpo de sustancias nocivas como las bacterias y los virus. Este sistema reacciona ante sustancias (alérgenos) que generalmente son inocuas y que en la mayoría de las personas no causan ningún problema.

Pero en una persona con alergias, la respuesta inmunitaria es hipersensible. Cuando el sistema inmunitario reconoce un alérgeno, libera químicos como las histaminas, lo cual provoca prurito, hinchazón, producción de moco, espasmos musculares, ronchas, erupción cutánea y otros síntomas que varían de una persona a otra.

La parte del cuerpo que entre en contacto con el alérgeno juega un papel en los síntomas que se desarrollan. Por ejemplo, con frecuencia, los alérgenos que se inhalan producen congestión nasal, prurito en garganta y nariz, producción de moco, tos o sibilancias. Un alérgeno de los alimentos puede producir: dolor abdominal, cólicos, diarrea, náuseas, vómito o reacciones graves potencialmente mortales. Frecuentemente, las alergias a las plantas producen erupción cutánea y normalmente las alergias a medicamentos comprometen a todo el cuerpo y pueden llevar a una variedad de síntomas. Algunas enfermedades, como el eccema y el asma, están ligadas a las alergias.

Los alérgenos comunes comprenden el polen, el moho, la caspa de animales y el polvo. Asimismo, son muy comunes las alergias a alimentos y medicamentos. De igual manera, las reacciones alérgicas pueden ser causadas por picaduras de insectos, joyas, cosméticos y otras sustancias. Algunas personas tienen reacciones similares a las alergias frente a las temperaturas cálidas o frías, la luz del sol y otros estímulos físicos. Algunas veces, la fricción (el roce o golpes fuertes en la piel) produce síntomas.²²

Indicadores clínicos:

Los indicadores clínicos son datos sobre calidad asistencial que se obtienen mediante un sistema de información sanitaria que realiza el seguimiento continuo, y en diferentes áreas, de pacientes hospitalarios, desde el ingreso hasta el alta y/o reingreso (Sistema Activo, Tasas de Incidencia y/o Densidad de Incidencia).

²² Christodouloupoulos P, Tulic MK, Kontolemos M, Hamid Q. Immunopathology of Allergic Airway Inflammation. In: Middleton's Allergy: Principles and Practice. 6th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2003; 501-511.
<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000812.htm>

Indicadores antropométricos:

Es el componente primordial en la vigilancia de salud y nutrición de los escolares. Proporciona indicadores que miden una determinada situación y a su vez son un reflejo de las condiciones socioeconómicas de una comunidad.

El componente de antropometría contribuye a conocer la magnitud de los problemas de nutrición, caracterizando la población en riesgo y ofreciendo elementos para la planeación de intervenciones nutricionales y acciones en promoción de la salud. El componente de antropometría comprende: La recolección, proceso y análisis de un conjunto de medidas corporales como peso, estatura, etc. Se considera que las medidas corporales son afectadas, en dirección y magnitud, por las variaciones de factores determinantes del bienestar nutricional como la ingestión de alimentos y las condiciones de salud.

Se asume que las medidas antropométricas siguen una distribución estadísticamente normal entre la población y que determinan un nivel de riesgo para cada individuo. Basta con determinar la distancia en desvío padrón o score z de un individuo, en relación con la población de referencia, para saber su nivel de riesgo. Este se expresa en términos de porcentaje de una población sobre determinado punto de corte (prevalencia). Otras medidas pueden ser cálculos estadísticos: Media, desvío padrón y distribución de frecuencias.

Los indicadores antropométricos son instrumentos de utilidad para el diagnóstico de la desnutrición, sobrepeso y obesidad. Estos dos últimos son considerados factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, por lo cual se hace necesaria su vigilancia.

Indicadores dietéticos:

Mediante la aplicación de estos indicadores se pueden identificar alteraciones de la dieta antes de la aparición de signos clínicos de déficit o exceso. Antes de elegir el método más adecuado para realizar la evaluación dietética se deben establecer el tipo de unidades en las que se manejarán los alimentos, la temporalidad, el periodo de estudio, la forma de registro, las tablas valor nutrimental de referencia, las ingestiones nutrimentales de referencia (requerimiento promedio o REP, ingestión diaria recomendada o IDR, ingestión diaria sugerida o IDS y el límite superior de consumo recomendado o LSCR), así como la capacitación que se requerirá para poder aplicarlos de la manera más adecuada.

Las técnicas de evaluación dietética más utilizadas son el recordatorio de 24 horas, el registro directo de consumo o diario de alimentos, el registro de pesos y medidas, las encuestas de duplicación y la frecuencia de consumo.

7.3.4. Educación:

La Educación (del latín *educere* "guiar, conducir" o *educare* "formar, instruir") puede definirse como:

- El proceso multidireccional mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra: está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes.
- El proceso de vinculación y concienciación cultural, moral y conductual. Así, a través de la educación, las nuevas generaciones asimilan y aprenden los conocimientos, normas de conducta, modos de ser y formas de ver el mundo de generaciones anteriores, creando además otros nuevos.
- Proceso de socialización formal de los individuos de una sociedad.
- La Educación se comparte entre las personas por medio de nuestras ideas, cultura, conocimientos, etc. respetando siempre a los demás. Esta no siempre se da en el aula. Existen dos tipos de Educación: la formal y la no formal o informal.

Una de las definiciones más interesantes nos la propone uno de los más grandes pensadores, Aristóteles: "La educación consiste en dirigir los sentimientos de placer y dolor hacia el orden ético."

También se denomina educación al resultado de este proceso, que se materializa en la serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos, produciendo cambios de carácter social, intelectual, emocional, etc. en la persona que, dependiendo del grado de concienciación, será para toda su vida o por un periodo determinado, pasando a formar parte del recuerdo en el último de los casos.

La educación obligatoria en el mundo. Los colores oscuros representan más años escolares y los claros, menos años. Si desea ver el mapa en un tamaño cómodo pulse en la imagen.

El objetivo de la educación es:

- Incentivar el proceso de estructuración del pensamiento, de la imaginación creadora, las formas de expresión personal y de comunicación verbal y gráfica.
- Favorecer el proceso de maduración de los niños en lo sensorio-motor, la manifestación lúdica y estética, la iniciación deportiva y artística, el crecimiento socio afectivo, y los valores éticos.

- Estimular hábitos de integración social, de convivencia grupal, de solidaridad y cooperación y de conservación del medio ambiente.
- Desarrollar la creatividad del individuo.
- Fortalecer la vinculación entre la institución educativa y la familia.
- Prevenir y atender las desigualdades físicas, psíquicas y sociales originadas en diferencias de orden biológico, nutricional, familiar y ambiental mediante programas especiales y acciones articuladas con otras instituciones comunitarias.

Comunicación feliz:

Si bien la comunicación no es la felicidad, ni reside en ella, aparentemente resulta innegable su importancia como un factor imprescindible para el desarrollo del potencial humano. Así, la dupla comunicación-felicidad debe lucir más como la fórmula de una prudente acotación para actualizar nuestras capacidades que como la acabada receta que debe el secreto para alcanzar la felicidad y el sentido de la vida humana.

Finalmente, parece pertinente puntualizar que comunicar, en el sentido humano, es más que únicamente entrar en contacto con los demás; y que tampoco es solamente intercambiar información. Comunicar es involucrar nuestro pensamiento en el proceso, es enriquecer lo recibido y recrear nuestras percepciones, es respetar y dar valor a la participación del otro, y es entender que el punto óptimo en este proceso se verifica cuando quienes participan en él intercambian pensamientos que promueven la generación de ideas. Comunicarse es estar dispuesto a dar y recibir con honestidad, alteridad, equidad, y pertinencia.

Si esto no ocurre, sin importar qué cantidad de artefactos carguemos encima, ni que tan localizables estemos por y para todos en todo momento, en realidad estaremos solos, pues mientras no haya una persona generosa, dispuesta a *comunicarse*, hasta entonces, detrás del número de teléfono, de la clave del localizador o de la dirección del correo electrónico, no habrá respuestas, no importa cuántas veces nos contesten.²³

²³ Comunicación y Felicidad. Enrique Fortunat Delgado

Desarrollo integral:

Esto es, y quiere decir que el desarrollo existe y es válido únicamente cuando es garante de la vida, tanto individual como colectiva. Este es el primer punto de referencia para esta "Teoría del Desarrollo Integral".

Dentro del continuo desarrollo de las funciones geofísicas en nuestro planeta se fueron conformando condiciones excepcionales en dirección contraria a lo que denominamos como entropía. Se fue conformando un "sistema" que hoy es denominado como biosfera. Este sistema de vida en su largo proceso macroscópico, y a partir de los átomos y moléculas elementales, da un primer salto trascendental, ese, emergente hacia lo que es y significa la condición de ser vivo, su diversificación, sus relaciones de mutualidad y su gradual complejidad, tanto en su trabajo a partir de las unidades celulares, hasta conformar sus complejas organizaciones celulares; en los sistemas de información natural conformados para sus fines evolutivos.

Por lo anteriormente enunciado, se enumeran a continuación los elementos fundamentales para determinar lo que es desarrollo integral, dentro de toda premisa cercana a lo natural:

- **Desarrollo homeostático:** Equilibrio dinámico vital con todos los niveles biológicos.
- **Desarrollo individual/social:** Cada individuo es un elemento de un rompecabezas sistémico natural, lo social es solo un ordenamiento de oportunidad.
- **Desarrollo filogenético:** La evolución continua y sí el humano se estanca, desaparece.
- **Desarrollo ontogenético:** Toda plenitud funcional es plenitud ontogenética.
- **Desarrollo geohistórico:** La historia física del planeta es punto de referencia)
- **Desarrollo biohistórico:** La historia del desarrollo biológico es fundamento.
- **Desarrollo cultural histórico:** Observación histórico cultural.

Como se ha señalado anteriormente, el estudio del desarrollo abarca muchos sectores del conocimiento, desde un punto de vista científico, se hace necesario tomar como recurso de investigación un conglomerado de teorías e ideas aceptadas por el marco académico de hoy, sistema de teorías e ideas que conforman un paradigma en torno al desarrollo, ideas que sin embargo en este

caso, sean lo suficientemente flexibles, para dar pautas hacia un paso o un salto diferente donde otras sean las reglas de juego que determinen nuestra realidad.²⁴

Desarrollo físico:

Se refiere a los procesos biológicos y de maduración física observados, en los cambios que ocurren en el individuo desde su concepción hasta su edad adulta.

Es un período de crecimiento más lento en relación a la etapa de lactancia, pero existe una mayor coordinación y desarrollo muscular, junto a mayor crecimiento óseo. Es este un período saludable (dependiente de sueño y alimentación que tenga el niño).

Disciplina infantil:

El ayudar al niño a comportarse de una manera aceptable es una parte esencial de su crianza. La disciplina varía con la edad. No hay una manera correcta de criar a los niños, pero los psiquiatras de niños y adolescentes recomiendan las siguientes reglas:

Generalmente, los niños quieren complacer a sus padres. Los padres, si son sabios, integran este deseo de complacer a sus actividades disciplinarias.

Cuando los padres demuestran su alegría y aprobación por el comportamiento que les agrada, esto refuerza el buen comportamiento del niño. Cuando los padres demuestran su desaprobación al comportamiento peligroso o desagradable del niño pequeño, tienen mayor posibilidad de éxito cuando el niño sea mayor.

La forma en la que el padre corrige el mal comportamiento del niño o adolescente tiene que hacerle sentido al hijo. El padre no puede ser tan estricto, que el niño o el adolescente no sienta más adelante el amor y la buena intención del padre.

Los niños y adolescentes pueden hacer que sus padres se enojen. Los padres deben tener control de sí mismos cuando están enojados. Aunque un grito de "no" puede atraer la atención de un niño pequeño que está por cruzar la calle, puede conseguir intranquilizar al bebé que está llorando. Los niños mayores deben de saber lo que se espera de ellos. Los padres deben de ponerse de acuerdo y deben de explicarle claramente las reglas al niño o al adolescente.

²⁴ Primera lección sobre Teoría del desarrollo integral. Gotemburgo, noviembre 2006. Julio Alberto Rodríguez

En nuestra sociedad heterogénea, donde existen tantas culturas y maneras de criar los niños, cada familia espera un comportamiento diferente de sus hijos.

Se le puede permitir a un niño ir y venir cuando quiera, mientras que a otro se le pueden imponer horas fijas de regresar a la casa. Cuando los padres y los niños no están de acuerdo sobre las reglas, ambos deben tener un intercambio de ideas que los ayude a conocerse. Sin embargo, los padres son los responsables de establecer las reglas y los valores de la familia.

Evitar que el comportamiento indeseable comience es más fácil que ponerle fin luego. Es mejor colocar los objetos frágiles o valiosos fuera del alcance de los niños pequeños que el castigarlos por romperlos. Los padres deben estimular la curiosidad dirigiéndola hacia actividades tales como hacer rompecabezas, aprender a pintar o leer.

El cambiar el comportamiento apropiado del niño puede ayudarlo a obtener el dominio de sí mismo que necesita para que sea responsable y considerado con otros.

El dominio de sí mismo o auto-control no ocurre automáticamente o de repente. Los niños pequeños necesitan que sus padres los guíen y apoyen para que comiencen el proceso de aprender a controlarse. El auto-control corrientemente comienza a los seis años. Cuando los padres guían el proceso, el auto-control aumenta durante los años escolares. Los adolescentes pueden todavía experimentar y rebelarse, pero la mayor parte de ellos pasa por este período y llega a ser un adulto responsable, especialmente si desde temprana edad han experimentado un buen entrenamiento.

Las familias transmiten sus métodos de disciplina y sus expectativas a los niños de generación en generación. Cuando los intentos de disciplinar al niño no tienen éxito, puede ser beneficioso consultar con alguien fuera de la familia para que nos ofrezca sugerencias sobre la crianza del niño. Los profesionales especializados en el desarrollo y el comportamiento infantil pueden darle información acerca de la manera de pensar y de desarrollarse el niño. También pueden sugerir métodos para modificar el comportamiento; con la paciencia de los padres y la ayuda de los profesionales cuando sea necesaria, puede allanarse el camino para que los niños aprendan lo que la sociedad espera de ellos y lo que ellos pueden esperar de sí mismos.²⁵

²⁵ American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP).

Juego infantil:

El juego infantil es una necesidad básica para un buen desarrollo de la inteligencia y también para el equilibrio físico emocional acorde a su edad. El juego infantil entra en otras etapas pero siempre será básico para el desarrollo de la inteligencia.

El tipo de juego para el que están preparados los niños viene condicionado por su edad y momento evolutivo, y conocerlo es vital si queremos comprender o compartir sus juegos, ponernos a su altura o, simplemente, no interferir.

Hasta los 7 años, aproximadamente, el niño no distingue realidad de ficción y vive en una atmósfera "mágica". Todavía no ha desarrollado plenamente su capacidad de abstracción, por lo que muchos pedagogos consideran inapropiado los intentos de "enseñarles" en clave racional. Ciertas pedagogías han estudiado detenidamente el proceso de desarrollo del niño, y ajustan el programa escolar a esta realidad. Es el caso de la pedagogía Waldorf, para la cual el desarrollo de la inteligencia humana tiene un "calendario" de desarrollo propio, y cada etapa es fructífera si se asienta sólidamente en la anterior. Así nos lo explica Elena Martín Artajo, directora de la Escuela Waldorf de Aravaca, para quien la adquisición de habilidades y conocimiento debe estar en función de la evolución de los niños, y no al contrario. Y en estos primeros años, el juego imaginativo y creativo constituye el fundamento para la aparición posterior del pensamiento abstracto y de facultades racionales más complejas. Dicho de otro modo, en esos años jugar parece ser la actividad más seria que se puede realizar.

Bruno Bettelheim también distingue dos fases claras en la evolución del juego infantil: el juego libre, hasta los 7 años, y el juego estructurado, por el que se van interesando a partir de esa edad.²⁶

Crianza:

La palabra crianza viene del latín *creare*, que significa orientar, instruir y dirigir. Mientras más avanzada en su evolución es una especie, mayor será su proceso de crianza; los seres humanos son de crianza prolongada: aproximadamente un tercio de la vida del ser humano transcurre durante su proceso de crianza. Son muchos los idearios implícitos en este proceso de acompañamiento inteligente al ser humano durante su crianza: autonomía, autoestima, solidaridad, creatividad y dignidad, entre otros. Se analizará la dignidad, acompañante indispensable de los procesos de crianza y educación, que buscan como objetivo el crecimiento de los niños y jóvenes en

²⁶ Isabel F. del Castillo. "La Revolución del Nacimiento" (Editorial Granica)

dignidad, esto es, en el respeto por sí mismos y por los demás. Entre los elementos que se pueden aportar durante la relación de crianza para que la dignidad y el decoro se incorporen definitivamente al diario vivir de las personas, están:

- Los adultos como modelos, quienes generan una impronta muy grande en los sujetos de crianza. El ejemplo arrastra, más aun cuando está fundamentado en el ser y en el hacer más que en el decir
- El ejercer frente a los niños y jóvenes una suficiente y genuina capacidad de escucha, reconociendo que como seres humanos son, de acuerdo con su momento de desarrollo, interlocutores válidos para los adultos y sujetos de pensamientos y sentimientos importantes
- El evitar la utilización de la vergüenza y la culpa en las relaciones con los niños y jóvenes, cuando se tengan que afrontar los comportamientos indeseables de ellos
- El actuar de los adultos como orientadores del proceso de crianza con una serena firmeza, que evite las actitudes indeseables de la permisividad y el autoritarismo, enemigas ambas de la crianza con dignidad. Recuérdese que la autoridad es un elemento fundamental en este proceso, ejercida con amor y fortalecida en la cotidianidad, como un ascendiente que se logra como producto de la adecuada relación de los padres y los maestros con los niños y jóvenes
- El evitar en el acompañamiento a los niños y jóvenes las actitudes sobreprotectoras y sobreexigentes que dificultan el necesario proceso hacia la autonomía que los niños y jóvenes deben recorrer como gestores de su propio desarrollo²⁷

Relaciones familiares:

El hecho de pertenecer a una familia por un largo tiempo, además del grado de intimidad diaria de la que disfrutamos con ella, parecería ser garantía de relaciones armoniosas y estables entre todos sus miembros. Pero la realidad es otra.

Las relaciones entre sus distintos miembros, llegan en ocasiones a constituirse en un problema bastante serio y preocupante, cuando no logramos establecer los vínculos afectivos que deseáramos con los demás. El convivir en armonía se ha constituido en todo un arte, que muchos de nosotros no cultivamos, en ocasiones

²⁷ Universidad de Antioquia. Facultad de Medicina. Crianza Humanizada.

por no considerarlo importante si al fin de cuentas a la familia hay que soportarla y punto; y otras veces porque no estamos dispuestos a destinarle el esfuerzo e interés que demanda una tarea así cuyos resultados quizá no son apreciables ni cuantificables pero que indudablemente van a enriquecer profundamente nuestra vida personal y emocional.²⁸

Maltrato:

Según la definición del Centro Internacional de la Infancia de París, que considera que maltrato infantil es *"cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad en su conjunto y todos los estados derivados de estos actos o de su ausencia que priven a los niños de su libertad o de sus derechos correspondientes y/o que dificulten su óptimo desarrollo"*.

Existen diferentes tipos de maltrato, definidos de múltiples formas, nosotros hemos seleccionado las siguientes:

- **Maltrato físico:** Acción no accidental de algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada.
- **Abandono físico:** situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia...), no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él.
- **Abuso sexual:** Cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...)
- **Maltrato emocional:** Conductas de los padres/madres o cuidadores tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas,

²⁸ RELACIONES FAMILIARES. Lic. Pilar Pacheco Bowen

críticas, aislamiento, atemorización que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño.

- **Abandono emocional:** Situación en la que el niño no recibe el afecto, la estimulación, el apoyo y protección necesarios en cada estadio de su evolución y que inhibe su desarrollo óptimo. Existe una falta de respuesta por parte de los padres/madres o cuidadores a las expresiones emocionales del niño (llanto, sonrisa,...) o a sus intentos de aproximación o interacción.
- **Síndrome de Münchhausen por poderes:** Los padres/madres cuidadores someten al niño a continuas exploraciones médicas, suministro de medicamentos o ingresos hospitalarios, alegando síntomas ficticios o generados de manera activa por el adulto (por ejemplo mediante la administración de sustancias al niño).
- **Maltrato institucional:** Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia.²⁹

Desarrollo cognoscitivo:

El desarrollo cognitivo o cognoscitivo se centra en los procesos de pensamiento y en la conducta que refleja estos procesos. Es la base de una de las cinco perspectivas del desarrollo humano aceptadas mayormente (las otras 4 son la perspectiva psicoanalítica, la perspectiva del aprendizaje, la perspectiva evolutiva/sociobiológica y la perspectiva contextual). El desarrollo cognitivo es el producto de los esfuerzos del niño por comprender y actuar en su mundo. Se inicia con una capacidad innata de adaptación al ambiente. Consta de una serie de etapas que representan los patrones universales del desarrollo. En cada etapa la mente del niño desarrolla una nueva forma de operar. Este desarrollo gradual sucede por medio de tres principios interrelacionados: la organización, la adaptación y el equilibrio.

Según Jean Piaget, el desarrollo humano parte en función de los reflejos arcaicos, el niño nace con estos esquemas básicos que le sirven para entrar en relación con el medio. (el primer esquema básico del hombre, es el acto de chuparse el dedo pulgar dentro del vientre materno), con esto se da origen al nacimiento del

²⁹ Guía de Maltrato Infantil para Maestros: Enrique López Martín; Mercedes Álvarez González. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia

Desarrollo Cognitivo. El Desarrollo Cognitivo, es el esfuerzo del niño por comprender y actuar en su mundo. Por otra parte, también se centra en los procesos del pensamiento y en la conducta que refleja estos procesos. Desde el nacimiento se enfrentan situaciones nuevas que se asimilan; los procesos en sí, se dan uno tras otro, siendo factores importantes en el desarrollo, el equilibrio y el desequilibrio, ambos impulsan el aprendizaje y se produce la acomodación del conocer. El equilibrio está presente desde la edad fetal, y son reflejos que le permiten su supervivencia en el medio, en cambio el desequilibrio, se produce cada vez que el niño vive una situación nueva, que no conoce ni sabe. Asimismo, la acomodación se realiza cada vez que el niño asimila algo lo acomoda a los sucesos que vive para acomodar su aprendizaje cognitivo. El desarrollo de las funciones que nos permite conocer, da lugar a los Procesos Cognitivos.

Desarrollo psicosocial:

Al igual que Piaget, Erik Erickson (1902-1994) sostuvo que los niños se desarrollan en un orden predeterminado. En vez de centrarse en el desarrollo cognitivo, sin embargo, él estaba interesado en cómo los niños se socializan y cómo esto afecta a su sentido de identidad personal. La teoría de Erickson del desarrollo psicosocial está formada por ocho etapas distintas, cada una con dos resultados posibles.

Según la teoría, la terminación exitosa de cada etapa da lugar a una personalidad sana y a interacciones acertadas con los demás. El fracaso a la hora de completar con éxito una etapa puede dar lugar a una capacidad reducida para terminar las otras etapas y, por lo tanto, a una personalidad y un sentido de identidad personal menos sanos. Estas etapas, sin embargo, se pueden resolver con éxito en el futuro.

Escuela de padres:

Las Escuelas de Padres (E.P.) son entidades de formación que tienen como principal tarea ayudar a los padres a superar con serenidad y éxito los problemas que presenta la convivencia diaria en familia.

Las escuelas de padres son una de las estrategias más interesantes para crear un ámbito de diálogo educativo acerca de los fines y medios de la educación: por qué educamos, cómo educamos. Se inserta en el área de la comunicación o conversación, que no intenta lograr ninguna decisión operativa a corto plazo, sino solamente la reflexión, el diálogo, el consenso³⁰

³⁰ PUENTE, F. DE LA (1999). "Escuela de Padres: urgencia y renovación". *Padres y maestros*, nº 246, 1.

Aprendizaje:

El aprendizaje es una de las funciones mentales más importantes en humanos, animales y sistemas artificiales. Se trata de un concepto fundamental en la Didáctica que consiste, grosso modo, en la adquisición de conocimiento a partir de determinada información percibida.

Existen diversas teorías del aprendizaje, cada una de ellas analiza desde una perspectiva particular el proceso.

Algunas de las más difundidas son:

1. el aprendizaje según la(s) teoría(s) constructivista(s)
2. el aprendizaje en la teoría de Jean Piaget
3. la visión de la psicología conductista
4. el aprendizaje según Vygotsky
5. tipos de aprendizaje descritos por Ausubel

Capacitación:

Se entiende por capacitación el conjunto de procesos organizados, relativos tanto a la educación no formal como a la informal de acuerdo con lo establecido por la ley general de educación, dirigidos a prolongar y a complementar la educación inicial mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión institucional, a la mejor prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral. Esta definición comprende los procesos de formación, entendidos como aquellos que tienen por objeto específico desarrollar y fortalecer una ética del servicio público basada en los principios que rigen la función administrativa.³¹

Orientación:

La orientación educativa es un proceso continuo y sistemático de ayuda al individuo, con participación de todos los miembros de la comunidad educativa, que mediante el mejor conocimiento de sí mismo y la optimización de las condiciones ambientales permita el máximo desarrollo de sus potencialidades.

³¹ República de Colombia. Artículo 4º del decreto ley 1567 de 1998

El objetivo final de la orientación educativa debe ser colaborar en la consecución de ambientes educativos integradores que posibiliten una adaptación ecológica entre personas y ambientes y una educación de auténtica calidad.

Analfabetismo:

El analfabetismo es la incapacidad de leer y escribir, que se debe generalmente a la falta de aprendizaje. En los países que tienen una escolarización obligatoria, el analfabetismo es minoritario.

Sin embargo, en algunos países la comprensión lectora puede ser deficiente a pesar de que su tasa de analfabetismo sea pequeña (iletrismo), ya que leer no es sólo descodificar las letras sino entender mensajes por escrito.

Inequidad:

El concepto de inequidad se ha considerado sinónimo del concepto de desigualdad. Es fundamental diferenciar estos dos conceptos. Mientras desigualdad implica diferencia entre individuos o grupos de población, inequidad representa la calificación de esta diferencia como injusta. No todas las desigualdades son injustas, aunque toda inequidad implica una desigualdad injusta. La definición de justo e injusto es susceptible de diversas interpretaciones. Una de las interpretaciones de «justo» más aceptadas en el área de la salud, es la relacionada a la igualdad de oportunidades de los individuos y grupos sociales, en términos de acceso y utilización de servicios de salud, de acuerdo a las necesidades existentes en los diversos grupos poblacionales, independiente de su capacidad de pago.³²

Escuelas saludables:

La propuesta nace como una opción integradora salud-educación orientada a la prevención y promoción en salud durante el proceso de formación y el desarrollo humano. La prevención de las enfermedades busca fortalecer los factores protectores y bloquear los factores de riesgo para evitar que las enfermedades aparezcan o se compliquen. La promoción de la salud, entendida como las políticas y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades personales,

³² Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Medición de Inequidades en Salud. tomado de el *Boletín Epidemiológico*, Vol. 20 No. 1, marzo 1999

comunitarias y del entorno hacia una mejor calidad de vida durante el proceso vital humano.

La Organización Panamericana de la Salud, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar han presentado la propuesta *Escuelas Saludables*, que enriquecida con la propuesta *Escuela amiga de los niños y las niñas*, busca el mejoramiento de la calidad de la educación y promueve los derechos de niños y niñas, planteada por UNICEF y ofrece herramientas excelentes para el acompañamiento a la comunidad educativa, muy especialmente a las personas durante su niñez y juventud, para que su proceso vital humano sea feliz y saludable.

Los puntos claves del trabajo en Escuelas Saludables son:

- Políticas y ambientes saludables
- Educación básica de calidad
- Participación activa de todos los estamentos
- Proyecto educativo institucional en perspectiva de derechos
- Desarrollo del pleno potencial y formación de hábitos saludables
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad

Pobreza:

La pobreza es una situación o forma de vida que surge como producto de la imposibilidad de acceso y/o carencia de los recursos para satisfacer las necesidades físicas y psíquicas básicas humanas que inciden en un deterioro del nivel y calidad de vida de las personas, tales como la alimentación, la vivienda, la educación, la asistencia sanitaria o el acceso al agua potable. También se suelen considerar la falta de medios para poder acceder a tales recursos, como el desempleo, la falta de ingresos o un nivel bajo de los mismos. También puede ser el resultado de procesos de segregación social.

El concepto de pobreza es fundamentalmente económico, aunque también tiene impactos políticos y sociológicos. En la mayoría de los contextos se la considera algo negativo, pero en algunos ámbitos espirituales la pobreza voluntaria se considera una virtud por implicar la renuncia a los bienes materiales. Puede ser descrita o medida por convenciones internacionales, aunque pueden variar los parámetros para considerarla.

Un intento de definición responde al hecho de que la pobreza debe ser vista como el resultado de un modelo económico y social, ejercido y aplicado en un territorio y

tiempo determinado, por los diversos agentes económicos y políticos, que producen en la sociedad sectores excluidos de los beneficios totales o parciales del modelo en ejecución. A estos sectores excluidos de tales beneficios los llamamos generalmente pobres o más genéricamente como parte de la pobreza existente.

La pobreza no es pues una causa que deba ser tratada como tal para combatirla, es el resultado de procesos complejos y extendidos en el tiempo, que son difíciles de apreciar a simple vista y que requieren investigación sostenida para lograr su comprensión antes de plantear cualquier intento de terminar con la pobreza.

Rendimiento escolar:

El rendimiento académico hace referencia al nivel de conocimiento, expresado en una nota numérica, que obtiene un alumno como resultado de la evaluación de su participación en un proceso de enseñanza-aprendizaje. Esta definición hace alusión a las calificaciones escolares. Sin embargo, ha de atenderse sobre todo a los procesos mediante los que se adquieren los conceptos, procedimientos y actitudes. Por otra parte, es un concepto relativo puesto que no hay un criterio único para todos los centros, cursos, asignaturas y profesores.

El concepto de rendimiento escolar es difícil de delimitar ya que es el resultado de numerosos factores, entre los que se dan múltiples interacciones, como son:

- las cualidades individuales, tanto de carácter psicológico (aptitudes, capacidades, personalidad, motivación...) como pedagógico (hábitos y técnicas de estudio...)
- el medio familiar, a su vez, determinado por una serie de factores culturales, sociales y económicos
- la realidad escolar (tipo de centro, relaciones con el profesorado y compañeros/as, métodos docentes, estilo de dirección del centro...)
- las nuevas tecnologías de la información y comunicación (finalidad y contexto de uso, las horas de utilización...)

La capacidad intelectual y el rendimiento académico están muy relacionados, ya que las pruebas de inteligencia más comunes que miden el coeficiente intelectual o CI dependen fuertemente de la capacidad verbal y lógico-matemática, al igual que las tareas escolares. Sin embargo, existen muchas formas en las que se puede manifestar la capacidad intelectual. Por ejemplo, Howard Gardner, identifica

al menos siete tipos de inteligencia (visual-espacial, verbal-lingüístico, lógico-matemático, corporal-kinestésico, musical-rítmico, interpersonal, intrapersonal).³³

Desarrollo psicomotor:

Se conoce como desarrollo psicomotor a la madurez psicológica y muscular que tiene una persona, en este caso un niño. Los aspectos psicológicos y musculares son las variables que constituyen la conducta o la actitud. Al contrario del intelectual que está dado por la maduración de la memoria, el razonamiento y el proceso global del pensamiento.

El desarrollo psicomotor es diferente en cada niño, sin embargo, es claro que él se presenta en el mismo orden en cada niño. Es así, por ejemplo, que el desarrollo avanza de la cabeza a los pies, por ello vemos que el desarrollo funcional de la cabeza y las manos es primero que el desarrollo de las piernas y los pies.

Los factores hereditarios, ambientales y físicos también influyen en el proceso de crecimiento psicomotor. Por ejemplo, vemos que la habilidad para hablar más temprano es propia de ciertas familias y que las enfermedades pueden afectar negativamente el desarrollo motor; también es claro que la ausencia de estimuladores visuales, táctiles y/o auditivos afectan la madurez psicológica.

7.3.5. Alimentos:

Alimento es cualquier sustancia natural o sintética que contenga uno o varios de los principios que la química cataloga como hidratos de carbono, grasas, proteínas, vitaminas y sales orgánicas.

Se define como alimento a cualquier sustancia que introducida en la sangre, nutre, repara el desgaste y da energía y calor al organismo, sin perjudicarlo ni provocarle pérdida de su actividad funcional.

Los alimentos son definidos como sustancias, o como una mezcla, que contiene principios nutritivos, los cuales proveen materia y energía. Son energéticos, porque dan energía; son reparadores y reguladores que intervienen en el proceso metabólico.

³³ Familia y rendimiento académico infantil. Educar y Crecer en Familia. Marzo 2007

Anamnesis alimentaria:

La anamnesis alimentaria implica una estimación sobre el tipo y volumen de leche, alimentación complementaria, uso de suplementos (vitaminas, minerales, calorías), comportamiento del niño en relación con la alimentación y presencia de intolerancia, vómito, diarrea, estreñimiento. Además se debe obtener información acerca de quién lo cuida y alimenta, estado socioeconómico y actitud de la familia con respecto a la alimentación.

Dentro de los lactantes con alto riesgo de presentar problemas nutricionales se incluyen:

- Prematuros.
- Fruto de gestación múltiple.
- Pequeños para la edad gestacional y retardo en el crecimiento intrauterino.
- Retardo de crecimiento extrauterino.
- Poca ganancia de peso durante la hospitalización.
- Neonatos que recibieron nutrición parenteral por más de dos semanas.
- Neonatos que reciben fórmulas lácteas especiales.³⁴

Alimentación adecuada:

Hay millones de factores de la vida cotidiana de los padres que impiden que prestemos la atención necesaria que la alimentación de nuestros niños, sobre todo cuando se inician en la degustación de las comidas. Un factor importante también es el bombardeo mediático que reciben de alimentos no sanos como la comida chatarra. Por esto y mucho más es necesario que los hábitos saludables de alimentación comiencen a tomarlos desde pequeños.

Aunque parezca tonto, vale recalcar que los hábitos comunes de una dieta equilibrada son:

1. Restringir el consumo de comida chatarra y chucherías.
2. Ayudar a los niños y adolescentes a comer frutas, verduras y pescados, que son los alimentos más negados por su paladar.

³⁴ Child Development and Rehabilitation Center, Nutrition Services Department of Human Services, Nutrition & Health Screening – WIC Program Oregon Pediatric Nutrition Practice Group. Nutrition Practice Care Guidelines for Preterm Infants In the Community. September 2002.

3. Establecer horarios de las 5 comidas diarias y si es posible, compartirlo en familia.

4. Ayudarlos a valorizar la comida casera y los alimentos frescos por encima de la comida de fuera y los productos precocidos.

Alimentación industrial:

Producidos por las industrias agroalimentarias, los alimentos industriales se clasifican según su contenido de agua en:

Alimentos húmedos (entre el 70 y el 85% de agua)

- Conservas apertizadas.
- Carnes cocidas para conservar en frío

Alimentos semihúmedos (entre el 25 y el 60% de agua)

- Alimentos cocidos y estabilizados mediante conservantes químicos

Alimentos secos (menos del 14% de agua)

- Granulados, galletas, croquetas, copos.

Los diferentes alimentos pueden ser "completos" o "complementarios", debiendo asociarse estos últimos a otros alimentos para asegurar la cobertura de los requerimientos fisiológicos.

Alimentación complementaria:

Hace referencia a los nuevos alimentos que complementan a la leche materna, no la sustituyen.

Desarrollo: Todos los niños más pronto o más tarde muestran interés por la comida de los adultos. Probar nuevos sabores y texturas se convierte en una experiencia sensorial única y en una oportunidad de aprendizaje. Las necesidades de cada niño, así como las funciones y capacidades de su cuerpo, pueden servir de referencia, no sólo para decidir el momento en que se inicia la alimentación complementaria, sino también para marcar el desarrollo de la misma. De esta manera, el niño puede participar en su alimentación de forma activa y divertida para él: Ofreciéndole un plátano maduro podrá experimentar sin que sea una imposición o una obligación, coger frijoles o trocitos de pollo con los dedos y llevárselo a la boca es un buen ejercicio de coordinación.

Nutrición: Llega un momento en la vida del niño, en que la leche materna no es suficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales; ello no significa que la leche haya perdido sus propiedades sino que no basta. La leche debe ser el alimento fundamental, cualitativa y cuantitativamente durante el primer año de vida y sigue siendo una fuente importante de nutrientes durante el segundo año y después.

Cultura: Diferentes culturas tienen distintas costumbres en cuanto a la introducción de la alimentación complementaria aunque no todas ellas resultan biológicamente adecuadas. En algunos países las circunstancias de la madre, como el trabajo fuera del hogar o la existencia de lugares donde no se pueda o no esté aceptado el llevar al bebé, hacen que se adelante la edad de introducción de la alimentación complementaria. Con una buena información es posible continuar con la lactancia, haciendo compatible el amamantar con el trabajo materno, y demorar la alimentación complementaria hasta que biológicamente sea adecuada para el bebé.³⁵

Seguridad alimentaria:

La Seguridad Alimentaria Nacional se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa.

Para dar cuenta de los avances en el ámbito de la Seguridad Alimentaria y Nutricional, el país cuenta con una serie de instituciones y programas, que desde diferentes sectores respaldan este proceso.³⁶

- **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.** Entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social, que en materia de seguridad alimentaria y nutricional tiene entre sus funciones: definir conjuntamente con el MPS, el problema nutricional y alimentario de la población, en términos de morbilidad y mortalidad por enfermedades nutricionales propiamente dichas y por otras enfermedades asociadas a ellas; ejecutar los programas de nutrición y alimentación, ajustándolos a las necesidades, condiciones y recursos de cada región y en armonía con el Plan Nacional de Desarrollo, al igual que debe supervisar, controlar y evaluar dichos programas.

³⁵ Alimentación · Bebés · Lactancia · Niños · Enero 31, 2007 por Para el Bebé

³⁶ República de Colombia. Departamento Nacional de Planeación.

- **Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional.** Es la entidad responsable de canalizar los recursos nacionales e internacionales para ejecutar todos los programas sociales que dependen de la Presidencia de la República y que atienden a poblaciones vulnerables afectadas por la pobreza, el narcotráfico y la violencia. En este sentido, la Agencia ejecuta el Programa Resa – Red de Seguridad Alimentaria y Nutricional, cuyo objetivo es impulsar proyectos productivos de generación de alimentos para el autoconsumo.

Hambruna:

La hambruna es una situación que se da cuando un país o zona geográfica no posee suficientes alimentos y recursos para proveer alimentos a la población, elevando la tasa de mortalidad debido al hambre y a la desnutrición.

Según el *Proyecto Hambre* de las Naciones Unidas, alrededor de 24.000 personas mueren cada día de hambre o de causas relacionadas con el hambre. Un 75% de los fallecidos son niños menores de cinco meses. El Instituto de desarrollo y política alimentaria afirma que la hambruna y las guerras causan sólo un 10% de las muertes por hambre, aun cuando éstas tienden a ser de las que trascienden con mayor frecuencia. La mayoría de las muertes por hambre se deben a desnutrición crónica. Las familias sencillamente no consiguen suficientes alimentos. Esto, a su vez, se debe a la extrema pobreza.

La *Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura* (FAO) estima que unos 800 millones de personas en el mundo sufren de hambre y desnutrición, una cantidad cerca de 100 veces mayor que el número de personas que efectivamente mueren por esas causas al año.

Menú infantil:

Si el niño está o no bien alimentado durante los primeros años de vida, puede tener un efecto profundo en su salud, así como en su habilidad para aprender, para comunicarse, pensar analíticamente, socializarse efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas.

La alimentación es la base necesaria para un buen desarrollo físico, psíquico y social de los niños. Una buena nutrición es la primera línea de defensa contra numerosas enfermedades infantiles que pueden dejar huellas en los niños de por vida.

Una buena nutrición y una buena salud están directamente conectadas a través del tiempo de vida, pero la conexión es aún más vital durante la infancia. Es en

este periodo que los niños podrán adquirir buenos hábitos durante la comida en lo que se refiere a la variedad, al sabor, etc. Los efectos de la desnutrición en la primera infancia (0 a 8 años) pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, debilitando así la futura productividad en el trabajo.

Grupos alimenticios:

Conocer los Grupos de Alimentos o Grupos Alimenticios es de gran importancia para una alimentación sana y equilibrada.

Una Visión tradicional de los Grupos de Alimentos los ordena horizontalmente, distribuyéndolos de la siguiente manera:

- Grupo 1: Leche y productos lácteos
- Grupo 2: Carne, productos de la pesca y huevos
- Grupo 3: Verduras y frutas
- Grupo 4: Alimentos feculentos (harina, pan, pastas, arroz, leguminosas, papas) y alimentos azucarados (frutos secos, azúcar, confituras, chocolates, etc.).
- Grupo 5: Materias grasas
- Grupo 6: Bebidas: agua, zumo de frutas, bebidas alcohólicas (vino, cerveza, sidra, etc.) y bebidas estimulantes y aromáticas (café y té).

Alimentación de emergencia:

Siempre, en el supuesto de que la gravedad de la situación implique una amplia duración de la emergencia, será interesante el disponer de una reserva de alimentos para un mínimo de cinco días para cada miembro de la familia. Es especialmente interesante el almacenar alimentos ya preparados que no requieran de conservación en frío y que puedan ser ingeridos sin preparación alguna. De todas formas si contamos con una cocina de camping o similar, no será difícil el calentar algunos alimentos.

Debe prestarse especial atención al agua potable, debiendo de estar en recipientes estancos para evitar su contaminación.

En zonas en las que se puede quedar aislado a consecuencia del frío, será interesante también el almacenar algunos alimentos de alto valor energético, tales

como chocolates, barras de cereales, frutos secos, etc. así como alimentos especiales para ancianos y bebés.³⁷

7.4. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES PARA NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR Y ESCOLAR

En los últimos años, se han producido importantes cambios en los estilos de vida de la población y con ello en la alimentación de niños y adolescentes. El mayor desarrollo económico, junto con el avance tecnológico alimentario y culinario, la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar, la nueva estructura familiar, la gran influencia de la publicidad y de la televisión, la incorporación más temprana de los niños a la escuela, junto con la mayor posibilidad de elegir sus menús sin una adecuada supervisión familiar, entre otras, condiciona un consumo de alimentos con elevado aporte calórico y baja calidad nutricional. Diversos estudios en nuestro país han observado un mayor consumo de energía, proteínas, grasas animales y productos manufacturados ricos en grasas, azúcares refinados y sal, junto con un bajo aporte de hidratos de carbono complejos y determinadas vitaminas y minerales. En la infancia y adolescencia, es esencial un equilibrado aporte nutricional para obtener un adecuado estado de salud, un óptimo crecimiento y desarrollo físico y psicosocial y, además, ayudar al establecimiento de hábitos alimentarios saludables que permitan prevenir determinados problemas de salud de la edad adulta. Los hábitos alimentarios y los patrones de ingesta empiezan a establecerse a partir de los dos años de vida y se consolidan en la primera década, persistiendo en gran parte en la edad adulta. El crecimiento es un proceso madurativo influenciado por factores genéticos, ambientales y nutricionales, lo que condiciona cambios en los requerimientos. Es un proceso continuo hasta el final de la adolescencia con diferente ritmo y velocidad. En la curva velocidad talla y del crecimiento se puede diferenciar un período de crecimiento lento, desde el final del segundo año hasta el comienzo del estirón puberal, y dos períodos de crecimiento rápido, que son la primera infancia y la pubertad; por ello, las necesidades nutricionales en estos períodos van a ser muy superiores. La etapa de 1-3 años constituye la transición entre la fase de crecimiento acelerado propia del lactante y el período de crecimiento estable. La etapa preescolar abarca desde que el niño ha adquirido la autonomía en la marcha hasta que empieza a asistir a la escuela, es decir, de los 3 a los 6 años de edad. El período escolar es su continuación y comprende desde los 6 hasta aproximadamente los 12 años, con el comienzo de la pubertad. Durante este

³⁷ GUÍA BÁSICA FAMILIAR DE ACTUACIÓN Y AUTOPROTECCIÓN ANTE EMERGENCIAS._Miguel Durán Perelló

período, se produce una desaceleración en la velocidad de crecimiento en comparación con el período anterior y, por ello, una disminución de las necesidades de nutrientes y del apetito. La adolescencia es un período de intensos cambios físicos, psicológicos y sociales, que comienza con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina alrededor de los veinte, cuando cesan el crecimiento somático y la maduración psicosocial. Es una etapa de gran riesgo nutricional; ya que, aumentan mucho las necesidades, se producen importantes cambios alimentarios y, también, pueden aparecer muchas situaciones de riesgo. Además del papel fundamental de la familia y la escuela, los profesionales sanitarios ocupan una posición estratégica para realizar una adecuada educación para la salud, fomentando hábitos nutricionales adecuados para prevenir problemas actuales y futuros.

7.4.1. Requerimientos nutricionales³⁸

Las recomendaciones universalmente más aceptadas (también en Colombia) son las dadas por el Food and Nutrition Board, Institute of Medicine National Academy of Sciences. Estas recomendaciones nutricionales se basan en los DRI (Dietary Referent Intakes), que son el estándar nutricional, base del valor de las necesidades diarias, y que constan de varios parámetros. (Ver anexo E)

Energía

Los requerimientos energéticos están determinados por el metabolismo basal, la actividad física, la termogénesis postprandial y el crecimiento. Hay otros factores que influyen sobre el gasto energético como: la temperatura ambiental (> 30° C aumenta un 5% por la actividad de las glándulas sudoríparas, temperaturas menores de 14 ° C aumentan el consumo en un 5%), la fiebre (elevación de 13% por cada grado superior a 37° C), el sueño (disminuye un 10% los requerimientos por la relajación muscular). La obtención de energía se realiza a través de las proteínas, grasas, hidratos de carbono y alcohol. Estos proporcionan, en estado puro, 4, 9, 4 y 7 kcal/g, respectivamente. La energía es el requerimiento básico de la dieta. Si no se cubren sus necesidades, las proteínas, vitaminas y minerales no pueden utilizarse de forma efectiva en las funciones metabólicas (las proteínas se usan para energía y no para síntesis de tejidos, comprometiéndose el crecimiento). Por otro lado, el exceso de aporte energético se almacena como grasa, con el consiguiente perjuicio. La tasa metabólica basal (TMB) es el mayor componente del gasto calórico. A partir del año de edad, representa aproximadamente unas 1.000 calorías por metro cuadrado de superficie corporal.

³⁸ **Nutrición en la edad preescolar, escolar y adolescente.** M.I. Hidalgo Vicario, M. Güemes Hidalgo. Pediatra. Centro de salud Barrio del Pilar. Servicio Madrileño de la Salud (SERMAS). Madrid.

Hay una gran correlación entre la TMB y la masa corporal magra. En la adolescencia, aumenta de forma importante, sobre todo en los varones, que tienen mayor TMB. La termogénesis debe tenerse muy en cuenta, sobre todo, en el niño pequeño, dada su superficie corporal comparada con la del adulto, y el escaso espesor de su panículo adiposo. Las pérdidas térmicas disminuyen a medida que aumenta el panículo adiposo. Las pérdidas ligadas al acto alimentario, dependen del tipo de alimentación; así, un aporte excesivo de proteínas no puede ser depositado como tal y son transformadas a glucosa o grasa, lo que implica una demanda energética. Es lo que se llama el efecto dinámico específico de los alimentos. Otra parte importante del gasto energético es la actividad física, que varía según la intensidad de la misma. Las necesidades energéticas para el crecimiento constituyen una parte muy pequeña, no más del 3% de los requerimientos, incluso en el pico máximo de crecimiento. En líneas generales, se ha recomendado para el preescolar entre 1-3 años cubrir unas necesidades energéticas de unas 1.300 kcal/día y para los niños de 4- 6 años de 1.800 kcal /día. Los requerimientos estimados de energía (EER) constituyen el ingreso medio de energía en la dieta, necesario para mantener el equilibrio energético de un individuo sano de una determinada edad, sexo, peso, altura y nivel de actividad, adecuada para mantener una buena salud. En niños y embarazadas, se incluyen las necesidades asociadas a la formación de tejidos y a la secreción láctea. No se han dado RDA (Ingesta Dietética Recomendada) para la energía, ya que un ingreso superior a las EER resultaría en aumento de peso y efectos secundarios. Estudios realizados recientemente muestran que el aporte medio de energía en la alimentación de los niños y adolescentes ha aumentado significativamente debido al consumo de snacks (dulces y gomas) y tentempiés.

Proteínas

Las proteínas son necesarias para el crecimiento, desarrollo y el mantenimiento de los tejidos, participando en casi todos los procesos metabólicos del organismo. Las proteínas se encuentran en el organismo en continuo proceso de degradación y síntesis; gran parte de sus productos metabólicos son excretados (creatinina, urea, ácido úrico) y también se pierden en pelo, piel, uñas y heces, por lo que es necesario un continuo aporte en la dieta. Para una dieta equilibrada, es necesario que el 12-15% de las calorías procedan de las proteínas. Las proteínas de origen animal son más ricas en aminoácidos esenciales que las vegetales y deben proporcionar aproximadamente el 65% de las necesidades proteicas en el preescolar y el 50% en el adolescente. Las necesidades de proteínas aumentan en el ejercicio físico intenso y en procesos patológicos, como: infección, fiebre elevada o trauma quirúrgico. En la actualidad, en los países desarrollados, hay un exceso de proteínas en la dieta, lo cual puede ocasionar trastornos por elevada carga renal de solutos y aumento de la urea, así como hipercalcúria. Las RDA/AI (g/día) están basadas en 1,5 g/kg/día para lactantes; 1,1 g/kg/día para 1-3 años; 0,95 g/kg/día para 4-13 años; 0,85 g/kg/día para 14-18 años; 0,8 g/kg/día para

adultos; y 1,1 g/kg/día para embarazadas y en la lactancia. También, se ha aportado el AMDR: rango de distribución aceptable del macronutriente (proteínas), que se asocia con un riesgo reducido de enfermedad crónica al proporcionar un ingreso adecuado de nutrientes. Se mide en porcentaje del total de energía. Si un individuo consume por exceso o por defecto del AMDR, hay un potencial riesgo de enfermedad crónica y/o insuficiente ingreso de nutrientes esenciales. No se ha identificado el nivel de ingreso de proteínas con posibilidad de efectos adversos. El límite superior de AMDR se ha establecido complementando a los carbohidratos y las grasas y el límite inferior de AMDR se ha establecido en las RDA.

Grasas

Las grasas contribuyen a la digestibilidad y palatabilidad de los alimentos y son esenciales para que se cubran los requerimientos energéticos de vitaminas liposolubles y ácidos grasos esenciales. El National Cholesterol Education Program, American Heart Association y otros Comités en 1992, dieron unas recomendaciones para niños sanos mayores de 2 años, con objeto de prevenir las enfermedades cardiovasculares (ECV): reducir la grasa a menos del 30% del total de las calorías, ácidos grasos saturados menor del 10%, monoinsaturados del 10-15%, ácidos grasos poliinsaturados del 7 al 10% y el aporte de colesterol menor de 300 mg/día. La Academia Americana de Pediatría ha llamado la atención sobre la seguridad y eficacia de tales dietas en niños y adolescentes y aconseja un aporte graso entre el 30-35% de las calorías.

Tan importante como un adecuado aporte de grasas es que haya una proporción adecuada de ácidos grasos esenciales. El consumo de pescados y vegetales cubre normalmente las necesidades de éstos. El 15% de las grasas consumidas en la actualidad tienen isómeros trans cuyo efecto a largo plazo se desconoce por el momento. No se han establecido RDA ni AI de grasas para niños y adultos, ya que no hay suficientes datos para determinar el nivel graso de riesgo o el necesario para prevenir las enfermedades crónicas. Sí se han estimado las AMDR, cuyo límite inferior está basado en la preocupación por el aumento de la concentración plasmática de triacilglicerol y la disminución del HDL que se ha encontrado en dietas bajas en grasas (y altas en carbohidratos).

Hidratos de carbono

La mitad del aporte energético debe provenir de los hidratos de carbono (50-60%). El principal carbohidrato del lactante es la lactosa. Posteriormente, se recomienda el uso de carbohidratos complejos de absorción más lenta (vegetales, cereales, pan, pastas, arroz, frutas frescas) y disminuir el aporte de azúcares simples (monosacáridos y disacáridos) de absorción rápida al 10% del total.

Las RDA se han basado en su papel como primera fuente de energía para el cerebro y se han establecido en 130 g/día para niños y adultos. Las AMDR se han basado en su papel como fuente de kilocalorías para mantener el peso corporal. No se ha encontrado el nivel superior de carbohidratos que produce efectos adversos. El límite superior de las AMDR se basa en la disminución del riesgo de enfermedad crónica y en proveer un adecuado ingreso de otros nutrientes. Se sugiere que el máximo ingreso de azúcares añadidos se limite a menos del 25% de la energía. Se debe tener en cuenta, el aporte de carbohidratos en los niños que consumen refrescos y bebidas edulcoradas. La fibra está compuesta por carbohidratos complejos no digeribles que influyen en el control de la saciedad; ya que, retarda el vaciamiento gástrico, regula el ritmo intestinal y parece que disminuye la incidencia de enfermedades cardiovasculares y del cáncer de colon. En los últimos años, se había propuesto que el aporte de fibra (g/día), entre los 2-20 años, fuera la edad en años más 5 unidades y, a partir de los 20 años, la dosis sería igual que en el adulto, 25-30 g/día.

Minerales y vitaminas

En la infancia y adolescencia, excepto en determinadas situaciones, no son necesarios los suplementos de vitaminas y minerales, solamente realizar una dieta variada y equilibrada. Según el Comité de Nutrición de la Academia Americana de Pediatría, se recomiendan dichos suplementos en: niños y adolescentes de familias con desorganización social, los que sufren negligencia o abuso de los padres, aquellos con anorexia, apetito escaso y caprichoso, o los que consumen dietas de moda o vegetarianas estrictas, niños con enfermedades crónicas (fibrosis quística, enfermedad inflamatoria intestinal o enfermedad hepática), niños con dietas estrictas para controlar la obesidad y jóvenes embarazadas. Durante la adolescencia, debido al rápido crecimiento y desarrollo, sus necesidades son mucho mayores que en etapas previas. Especial importancia tienen las necesidades de Fe, Ca y Zn, ya que no suelen cubrirse por la dieta. El aumento del gasto energético requiere un mayor aporte de tiamina, riboflavina y niacina, muy importantes en el metabolismo de los hidratos de carbono, grasas y proteínas. La formación de nuevos tejidos supone una mayor síntesis de DNA y RNA, por lo que son necesarios B12 y ácido fólico y habrá de tenerse en cuenta sobre todo en los regímenes vegetarianos. Al aumentar la síntesis proteica, aumentan las necesidades de vitamina B6. También, participan en la estructura y función celular las vitaminas A, C y E. El uso de anticonceptivos orales, tabaco, alcohol y drogas pueden aumentar mucho los requerimientos de determinadas vitaminas y minerales. Se han estudiado los aportes de sodio en el estudio STRIP. La valoración en los niños de 3 y 5 años fue de 1.900 mg \pm 504 y de 2.200 mg \pm 531, respectivamente. A medida que aumentaba la edad aumentaba el consumo de sal y se correspondía con el consumo de productos manufacturados. Actualmente, es controvertido que el consumo elevado de sodio en la infancia se relacione con el hecho de que el 20% de la población desarrolle hipertensión

arterial en la edad adulta. En los niños, en general, no es recomendable añadir sal de mesa a ningún alimento, ya que es suficiente el que contienen los alimentos.

Características de la etapa preescolar

A partir del primer año el ritmo de crecimiento se ralentiza, con un crecimiento aproximado de 12 cm el 2º año, 9 cm durante el 3º y 7 cm a partir de entonces; la ganancia de peso es irregular, unos 2-2,5 kg/año; por ello, disminuye el apetito. Se produce un aumento de las extremidades inferiores, se pierden agua y grasa y aumenta la masa muscular y el depósito mineral óseo. A los 3 años, ha erupcionado la dentición temporal, sabe utilizar la cuchara, beber de un vaso y el desarrollo de sus órganos y sistemas es equivalente al adulto, lo que permite que pueda realizar una alimentación variada. En el desarrollo emocional, entre los 2-7 años (período preoperativo) el comer es menos importante que en etapas previas y secundario al gran desarrollo social y al cognitivo. El niño aumenta la motilidad, autonomía y la curiosidad, disminuye el apetito y se vuelve muy caprichoso con las comidas. Va desarrollando sus preferencias, influido por el aspecto, sabor y olor de los alimentos, necesita tocarlos, olerlos y probarlos antes de aceptarlos, y clasifican los alimentos entre los que le gustan y los que no les gustan. Hay correlación entre la frecuencia de exposición a los alimentos y las preferencias. Influye también lo que ve en sus familiares y en el ambiente que le rodea. Los hábitos que se adquieren en esta época preescolar son de gran importancia para el futuro. Según van creciendo, se les debe educar sobre el lugar para comer, horarios organizados, cuatro comidas/día, normas, manejo y selección de comidas, entre otros. Se deben evitar, o más bien limitar, los snacks y el pasar bruscamente de una alimentación controlada durante el primer año de vida a una alimentación desorganizada durante la etapa preescolar, lo que constituye un riesgo para el niño. Se tendrá en cuenta la influencia de los medios de comunicación; algunos estudios han señalado que, de 564 anuncios televisivos correspondientes a alimentos, un 44% se referían a grasas, aceites y cereales con alto contenido en azúcar y, además, se realizaba en programas dedicados a la infancia. Es muy importante un ambiente familiar positivo y estimulante. Durante la etapa preescolar, para los niños de la misma edad y sexo, hay una gran variabilidad interindividual en el total de la ingesta de energía y en el porcentaje de la misma según los nutrientes. También, hay una gran variabilidad individual en el porcentaje aportado de energía y nutrientes en las diferentes comidas del día. Un niño puede tomar una comida con alto contenido energético y en la siguiente éste puede ser muy bajo. Este mecanismo compensador permite que, aunque exista un coeficiente de variación para el aporte de energía y nutrientes de un 33,6%, la variabilidad total de energía al final del día no es mayor del 10%; por lo que, al final, el niño ajusta bien su ingesta diaria de energía. Varios estudios han demostrado que los niños tienen capacidad para regular la ingesta de energía y ajustar la cantidad de alimentos que consume en respuesta a la densidad calórica de la dieta. Sugieren que los padres deben proporcionar a los niños alimentos

sanos, permitiendo que sean éstos los que controlen la calidad y selección, sin obligar al niño a comer, ya que esto podría ser muy negativo. Existen evidencias de que, cuando los padres controlan excesivamente la dieta de sus hijos, éstos tienen una peor regulación de su ingesta calórica y se desencadenan conflictos y respuestas infantiles (anorexia, dolor abdominal, entre otras). No obstante, hay que tener presente que los hábitos dietéticos y la ingesta de energía se ven comprometidas si el niño no tiene una adecuada supervisión familiar.

Consejos nutricionales en la Etapa preescolar y en la Escolar

El aporte calórico debe ser adecuado a la edad, actividad física y al ritmo de actividades que el niño realiza a lo largo del día. Es necesario fomentar un desayuno adecuado (25% del ingreso energético diario) para mantener una buena actividad intelectual y física, no hacer una comida copiosa para evitar la somnolencia postprandial (30%), recomendar una merienda equilibrada, evitando los picoteos y calorías vacías (15-20%), y cena con el 25-30% del ingreso energético diario. En la comida, es recomendable incluir hidratos de carbono complejos, teniendo en cuenta el período prolongado de ayuno durante la noche.

Después de los dos años, se debe mantener una adecuada proporción entre los principios inmediatos con: 30-35% de calorías en forma de grasa, 50-60% carbohidratos y 10-15% proteínas. Se debe moderar el consumo de proteínas, procurando que procedan de animales y vegetales. Se recomienda que un 50% de las proteínas sean de alto valor biológico. Se potenciará el consumo de cereales y legumbres frente a las carnes. Esto se puede lograr aumentando los primeros platos y guarniciones y disminuyendo el filete o pescado. Se aconsejan carnes poco grasas (vaca, pollo, ternera), el consumo de pescado rico en grasa poliinsaturada y se desaconseja el consumo de la grasa visible de las carnes (saturada). Se debe potenciar el consumo de aceite de oliva. No está justificado el uso de leche desnatada en la población infantil general. Se restringirá la bollería industrial elaborada con grasa saturada. El huevo se puede dar tres o cuatro veces por semana. Los carbohidratos se deben dar en forma compleja, así se asegura un adecuado aporte de fibra. Evitar el exceso de zumos no naturales y de carbohidratos simples (productos industriales). Debe estimularse el consumo de agua sobre otras bebidas y refrescos con aditivos, azúcares simples, sal y fósforo. Se debe aportar una dieta variada (incluyendo todos los grupos de alimentos) para proporcionar un adecuado aporte de vitaminas y oligoelementos, aunque no es necesario que sea a diario, sino cada 1-3 días. Las carnes, pescados y frutos secos proporcionan hierro, los lácteos son la principal fuente de calcio, con 125 mg por cada 100 mL de leche o 145 mg por cada yogur natural, por lo que la ingestión de 500 mL diarios de leche (dos raciones) o equivalentes cubriría las necesidades entre 1 a 10 años. La Academia Americana de Pediatría ha puntualizado que las leches descremadas o semidesnatadas no se recomiendan en los tres primeros años, por su alto contenido en proteínas y electrolitos.

Además, la baja densidad energética de este tipo de leches haría necesario aumentar el volumen aportado al lactante para satisfacer las necesidades calóricas. Los cereales son una buena fuente de energía, hierro y vitaminas. Las frutas y vegetales proporcionan vitaminas y su consumo puede hacerse más agradable con preparaciones sencillas y vistosas. Se tendrán en cuenta las situaciones socioeconómicas, los gustos y costumbres sociales para que las dietas sean mejor aceptadas por los niños y sus familias. Se restringirán las horas de televisión por su influencia en la obesidad, sedentarismo y el consumo de alimentos basura a una o, como máximo, dos horas al día. Se vigilarán los menús escolares, el agua debe ser la bebida de elección y el pan, el acompañamiento. Igualmente, es necesario realizar programas de educación sanitaria en los colegios para mejorar las normas dietéticas. La educación de los buenos modales en la mesa estará de acuerdo al nivel de desarrollo del niño.

En resumen, se trata de educar en una nutrición equilibrada y prevenir la aparición de determinadas enfermedades en el futuro, como: osteoporosis, obesidad, arteriosclerosis, trastornos del comportamiento alimentario, alteraciones del desarrollo mental o del sistema inmunitario.

7.5. ESTADÍSTICAS NACIONALES

En este apartado se presentan los resultados estadísticos obtenidos a partir de los datos arrojados por las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDS) (versiones 2000 y 2005), en cuanto al comportamiento nacional y subregional del grado de desnutrición de infantes (menores de 5 años) medido a partir de los puntajes «Z Peso» y «Z Talla»; la asistencia a educación preescolar por parte de los infantes (entre 3 y 5 años), y el grado de escolaridad de las madres de los infantes menores de 5 años. Dichos indicadores se han calculado a nivel nacional y de subregiones, de acuerdo a la clasificación dada por la ENDS 2005 (PROFAMILIA 2005), a saber:

- Guajira, Cesar y Magdalena;
- Barranquilla Área Metropolitana,
- Atlántico (sin Barranquilla);
- San Andrés y Providencia, y Bolívar Norte;
- Sur de Bolívar, Córdoba y Sucre;
- Santanderes (Santander y Norte de Santander);

- Boyacá, Cundinamarca y Meta;
- Antioquia (sin Medellín);
- Risaralda, Caldas, Quindío;
- Tolima, Huila y Caquetá;
- Cauca y Nariño (sin el Litoral Pacífico);
- Valle del Cauca (sin Cali y sin el Litoral Pacífico);
- Litoral Pacífico;
- Orinoquía y Amazonía;
- Bogotá;
- Medellín Área Metropolitana, y
- Cali Área Metropolitana.

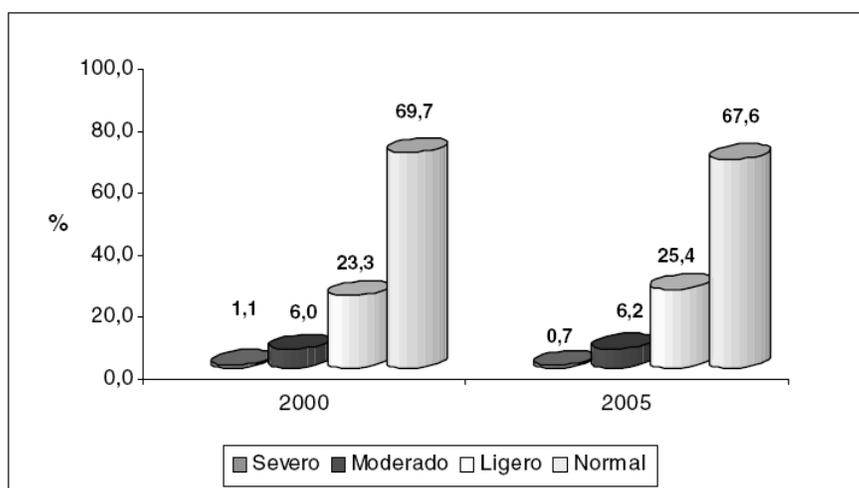
Los indicadores utilizados para medir las variables relevantes en el presente estudio son los siguientes:

- Para medir el nivel de nutrición de los niños se utilizan los indicadores de Desnutrición Infantil «Z Talla», que evalúa si el infante tiene la talla apropiada para su edad, y «Z Peso», que evalúa si el infante tiene el peso adecuado para su edad. Estos indicadores se construyeron a partir de la metodología utilizada por Vásquez (2004).
- Para medir el nivel de educación temprana se utiliza la «Tasa de Inasistencia Preescolar» (TIP). Este indicador muestra el porcentaje de menores entre 3 y 5 años de edad que no están asistiendo al nivel de educación preescolar.
- Para medir el nivel de escolaridad de las madres de los infantes en cada una de las diferentes subregiones del país, se utiliza el indicador «Nivel Educativo de la Madre», que muestra el porcentaje de madres que ha alcanzado alguno de los siguientes niveles de educación: i) Sin Educación; ii) Primaria Incompleta; iii) Primaria Completa; iv) Secundaria Incompleta; v) Secundaria Completa, y vi) Educación Superior.

7.5.1. Desnutrición Infantil (2000-2005)

El Gráfico 2 muestra que el porcentaje de niños que presentaron algún tipo de bajo peso¹⁵ se incrementó en 2 puntos porcentuales, representando, en 2005, el 32.4% del total de infantes menores de 5 años. Sin embargo, la tasa de bajo peso severo y moderado en infantes se mantuvo constante en este período en aproximadamente 7.0%.

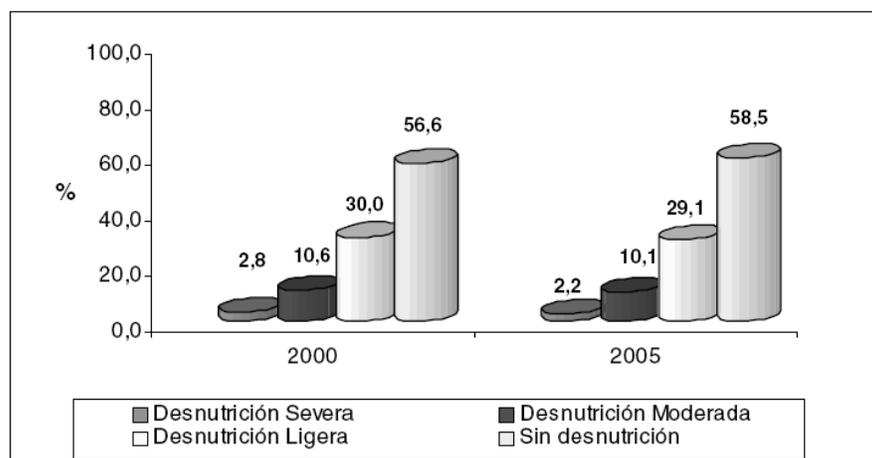
Gráfico 2. Porcentaje de la población infantil con Bajo Peso (por tipo): Total Nacional. Colombia. 2000-2005.



Fuente: cálculos GIDR con base en los datos de la ENDS (versiones 2000 y 2005).

En cuanto a la desnutrición infantil (medida a través de «Z Talla») se observa que, aunque el porcentaje de niños con algún tipo de desnutrición¹⁶ disminuyó en 3.7 puntos porcentuales entre los años 2000 y 2005, la situación sigue siendo algo preocupante ya que, en la actualidad, por cada 10 niños menores de 5 años, existen aproximadamente 4 que presentan alguna clase de desnutrición, y 1 de ellos de tipo moderado y/o severo (ver Gráfico 3).

Gráfico 3. Porcentaje de la población infantil con Desnutrición (de algún tipo): Total Nacional. Colombia. 2000-2005.

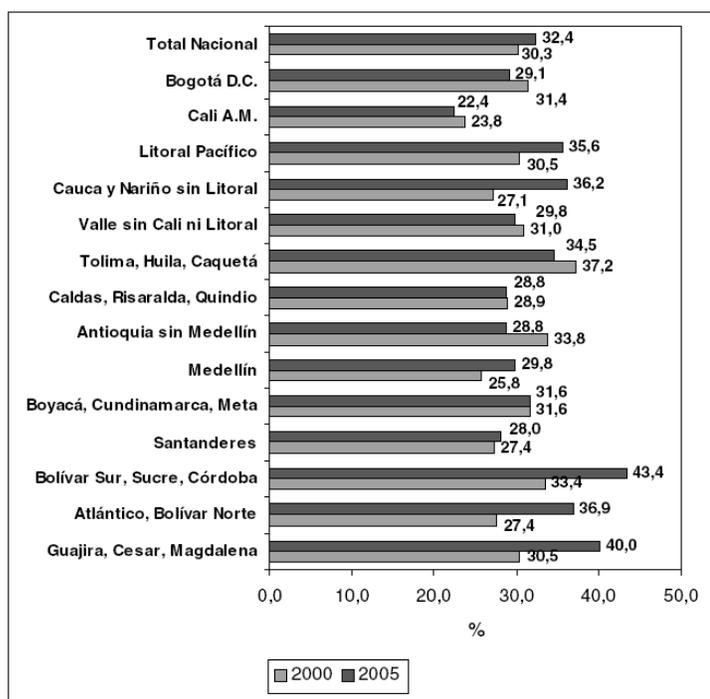


Fuente: cálculos GIDR con base en los datos de la ENDS (versiones 2000 y 2005).

Las subregiones que presentan el mayor porcentaje de infantes con bajo peso de tipo severo y/o moderado, para el año 2005, son las conformadas por los departamentos de Sucre, Córdoba y el sur de Bolívar (12.2%), y Guajira, Cesar y Magdalena (10.2%). Esto sugiere que la mayor proporción de niños con algún tipo de bajo peso se sitúa geográficamente en la Costa Norte del país. En contraste, las subregiones que presentan menores tasas de bajo peso severo y/o moderado en la población infantil son: Cali (4.2%) y Santanderes (4.0%).

El Departamento del Valle (excluyendo Cali y el Litoral Pacífico) y la Ciudad de Medellín, entre 2000 y 2005 registraron el aumento más alto en la tasa de infantes con tipo de bajo peso severo y/o moderado, de aproximadamente 2.3 y 1.3 puntos porcentuales, respectivamente. Por el contrario, la subregión conformada por Bolívar Sur, Sucre y Córdoba; el Departamento de Antioquia (excluyendo Medellín), y los departamentos de Caldas, Risaralda y Quindío, presentaron las disminuciones más significativas en este sentido (ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Porcentaje de infantes con algún tipo de Bajo Peso para la edad (Z Peso) según departamentos. Colombia. 2000-2005.



Fuente: cálculos GIDR con base en los datos de la ENDS (2000 y 2005).¹⁷

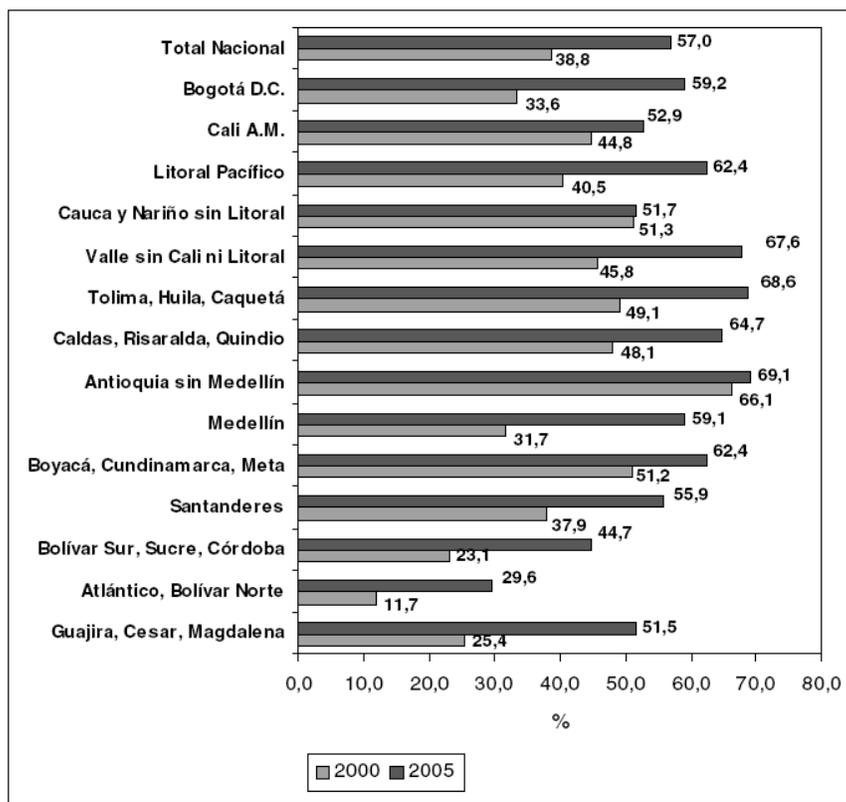
En el año 2005, los porcentajes más altos de infantes con tipo de desnutrición severa y/o moderada se concentran en las subregiones conformadas por los departamentos de Cauca y Nariño (17.8%); Sur de Bolívar, Sucre y Córdoba (15.7%); y Guajira, Cesar y Magdalena (16.0%). Así, la mayor concentración de población infantil con desnutrición está localizada, geográficamente, en la Zona Suroccidental y en la Costa Norte del país. Por el contrario, tanto la ciudad de Cali, como la subregión formada por los Santanderes, presentan las menores tasas de desnutrición infantil, con 6.2% y 7.5%, respectivamente.

7.5.2 Tasa de Inasistencia a la Educación Preescolar (TIP) (2000-2005)

A nivel nacional, en el período comprendido entre 2000 y 2005, se observó un aumento de 18 puntos porcentuales en la tasa de inasistencia de infantes de 3 a 5 años de edad, a la educación preescolar, situándose, en 2005, en 57%; esto sugiere que cerca de 6 de cada 10 infantes no asiste al preescolar en Colombia. Las mayores tasas de inasistencia a educación preescolar, por parte de los

infantes, se concentran en Antioquia (sin Medellín) (69.1%), los departamentos de Tolima, Huila y Caquetá (68.6%); y Valle del Cauca (sin Cali y Litoral Pacífico) (67.6%). Esto significa que, en estos departamentos, aproximadamente 7 de cada 10 niños no asisten al preescolar. Por su parte, las ciudades de Medellín y Bogotá, así como la subregión formada por Guajira, Cesar y Magdalena, registraron los incrementos más importantes en la tasa de inasistencia a educación preescolar, con aproximadamente 26 puntos porcentuales (ver Gráfico 6).

Gráfico 6. Tasa de Inasistencia al Preescolar (TIP) para niños entre 3 y 5 años: Nivel Departamental. Colombia. 2000-2005.

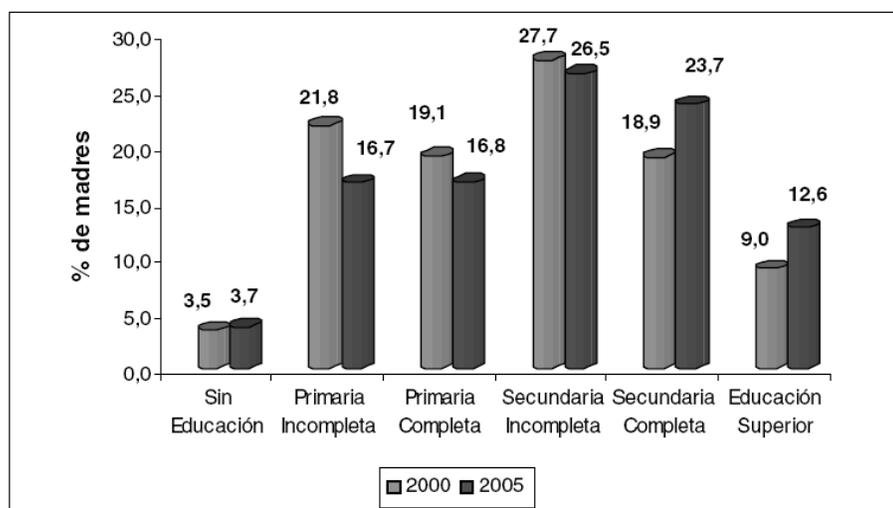


Fuente: cálculos GIDR con base en los datos de la ENDS (versiones 2000 y 2005).¹⁹

7.5.3. Nivel educativo de las madres de los infantes (2000-2005)

A nivel nacional, para el período entre 2000 y 2005, se observa un aumento del nivel educativo de la madre, específicamente sustentado en el incremento del porcentaje de madres de infantes que poseen educación secundaria completa y educación superior. En este aspecto, para 2005 es posible afirmar que 5 de cada 10 madres ha aprobado al menos un año de educación secundaria (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Nivel Educativo de las Madres de los infantes (menores de 6 años): Total Nacional. Colombia. 2000-2005.



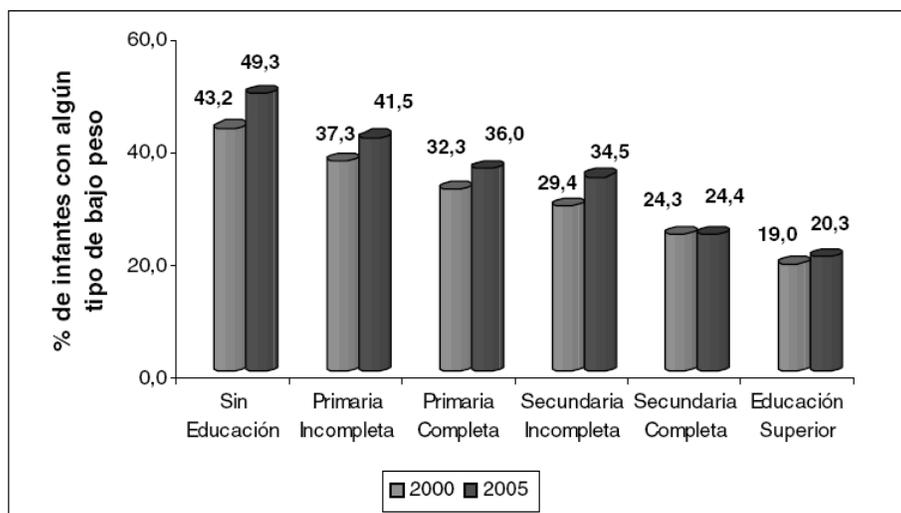
Fuente: cálculos GIDR con base en los datos de la ENDS (versiones 2000 y 2005).

7.5.4. Relaciones entre la educación de la madre, la nutrición infantil y el nivel educativo de los infantes en Colombia (2000- 2005).

A partir del Gráfico 8 resulta evidente que a medida que el nivel educativo de la madre aumenta (de la primaria a la secundaria o a la educación superior), el bajo peso de los infantes disminuye drásticamente. Lo anterior corrobora los análisis de la literatura sobre Desarrollo Infantil, donde se afirma que en la medida que las madres aumentan su nivel de escolaridad, cuentan con más información que les

permite preparar y manipular adecuadamente los alimentos que componen la dieta alimenticia de los infantes.

Gráfico 8. Porcentaje de infantes con algún tipo de Bajo Peso según el nivel educativo de la madre. Colombia. 2000-2005.

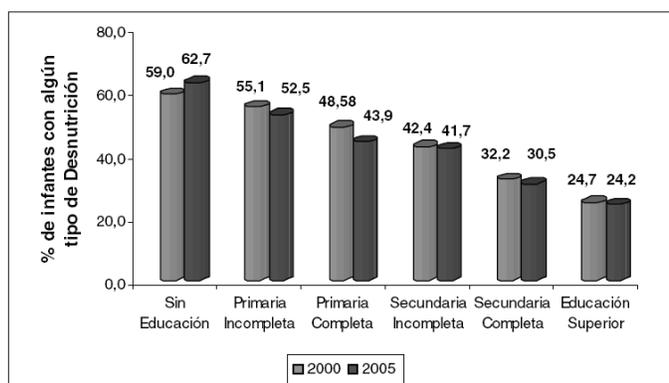


Fuente: cálculos GIDR con base en los datos de la ENDS (versiones 2000 y 2005).

En el caso de la tasa de desnutrición, el Gráfico 9 sugiere que a medida que la madre obtiene un mayor nivel educativo, sus hijos recibirán una mejor nutrición.³⁹

³⁹ Nutrición infantil, asistencia al preescolar y nivel educativo de las madres de los infantes en Colombia: una aproximación a nivel subregional (2000-2005). *Luis Fernando Aguado Quintero, Jaime Rodrigo Ahumada Castro, Beatrice Eugenia López Cabrera y Ana María Osorio Mejía.*

Gráfico 9. Porcentaje de infantes con algún tipo de Desnutrición según el nivel educativo de la madre. Colombia. 2000-2005.



Fuente: cálculos GIDR con base en los datos de la ENDS (versiones 2000 y 2005).

7.6. ESTADÍSTICAS INTERNACIONALES

A continuación presentamos un estudio realizado en el año 2001 por la UNICEF donde se pretende llegar a la Meta de Reducción en un 50% de los niveles de malnutrición aguda y moderada entre los niños menores de 5 años (ver anexo C).⁴⁰

Resultados

La prevalencia del peso inferior al normal se redujo del 32% al 28% en los países en desarrollo durante el último decenio. Los progresos más notables se han logrado en Asia oriental y el Pacífico.

Pero los niveles elevados de desnutrición que padecen los niños y las mujeres de Asia meridional y de África subsahariana constituyen un reto importante para la supervivencia y el desarrollo infantil. Para lograr progresos es menester brindar servicios básicos y prestar apoyo a iniciativas encaminadas a informar y dotar de medios a las comunidades y a las familias, en especial a las mujeres, con miras a asegurar que los niños reciban los nutrientes que necesitan en dosis adecuadas a fin de prevenir las enfermedades infecciosas.

⁴⁰ Malnutrición Infantil. UNICEF 2001. www.unicef.org/spanish/specialsession/about/sgreport-pdf/02_Malnutrition_D7341Insert_Spanish.pdf

Problema

Casi la mitad de las muertes de niños en todo el mundo se vinculan a la malnutrición. La resistencia a la infección es menor en los niños malnutridos que tienen mayor propensión a morir por causa de enfermedades infantiles comunes como las enfermedades diarreicas y las infecciones de las vías respiratorias. La frecuencia de las enfermedades ocasiona que los que sobreviven tiendan a seguir malnutridos y sujetos al círculo vicioso de la enfermedad recurrente y la perturbación del crecimiento.

7.7. CONTEXTUALIZACIÓN NACIONAL

La reforma de la seguridad social colombiana, promovida por la Ley 100 de 1993, creó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Varios trabajos indican que los principales problemas del sistema de salud antes de implementarse la reforma eran: baja cobertura, inequidad en la distribución de los subsidios del estado, ineficiencia en la prestación de los servicios de salud y la mala calidad de los mismos.

El avance de la reforma, hasta ahora, se ha concentrado en tres aspectos: el aumento de la cobertura, los mayores recursos asignados al sector y un nuevo esquema institucional (Giedion y Acosta, 1998). De éstos, el logro más importante ha sido el aumento de cobertura, pasando de aproximadamente un 20% en 1990 a un 57% de la población total en 1997. Este avance hacia una cobertura universal parece estar acompañado de una mayor equidad en el acceso potencial a los servicios de salud: cerca del 46% de la población pobre en 1997 estaba cobijada por el sistema, mientras que antes de la reforma las personas con NBI no estaban afiliadas a ninguna entidad del sistema (Giedion y Acosta, 1998).

Sin embargo, poco se conoce sobre el impacto de las reformas en las inequidades en el estado de salud. Haber logrado mejoras significativas en afiliación, no necesariamente implica que las condiciones de salud de la población en Colombia hayan mejorado, más aún, teniendo en cuenta que las reformas no llevaron atadas ninguna políticas específica en factores tales como vacunación y nutrición.⁴¹

⁴¹ **DESNUTRICIÓN INFANTIL EN COLOMBIA: INEQUIDADES Y DETERMINANTES.** Carmen Elisa Flórez, Oskar Andrés Nupia. 2000

Actualmente hay una gran cantidad de bases científicas, desde la biología, las neurociencias, la psicología, la antropología, la sociología, las ciencias de la salud, etc., que explican el porqué de la intervención en la infancia temprana, la relación de los diferentes factores o variables que intervienen en el desarrollo infantil y la manera como estos factores pueden ocasionar el éxito o el fracaso en el proceso de desarrollo. Diversos factores intervienen en el desarrollo infantil: biológicos, ambientales y psicosociales. Para que el niño logre un adecuado desarrollo físico, motor y cognitivo, debe brindársele una buena nutrición, un buen cuidado de su salud; el ambiente debe proveerle del tipo de estimulación adecuada para que pueda aprender y desarrolle la inteligencia. De igual manera, la calidad del ambiente influye en el tipo de experiencias productivas que pudiese tener para aprender. Al niño debe suministrársele una buena nutrición, un buen cuidado de su salud; el ambiente debe proveerle del tipo de estimulación adecuada para que pueda aprender y desarrolle la inteligencia. De igual manera, la calidad del ambiente influye en el tipo de experiencias productivas que pudiese tener para aprender. Al niño debe proporcionársele seguridad, acariciarlo y darle afecto para que pueda tener un adecuado desarrollo emocional, relaciones cálidas e interacciones sociales para un adecuado desarrollo psicosocial. Tanto la biología como el ambiente ejercen una influencia decisiva en el desarrollo infantil, y más aun, todas esas influencias las recibe el cerebro, el órgano que rige todos los procesos humanos. Por lo tanto, para un buen desarrollo cerebral, la intervención temprana juega un papel primordial.

Existen también razones económicas relacionadas con la productividad que argumentan fuertemente el porqué de las políticas a favor de la infancia. Los programas de atención han demostrado que los niños que participan de éstos logran mejores resultados cognitivos, conductuales y sociales, están mejor preparados para la educación en la escuela, tienen menor riesgo de problemas de salud, lo cual le ahorra a la sociedad el costo de intervenir en programas curativos o le evita el costo de la repetición escolar por bajo desarrollo cognitivo.

De hecho, las ciencias económicas han dado los fundamentos más conocidos para justificar por qué la infancia debe ser una política de Estado. Uno de los discursos más significativos al respecto es el de Amartya Sen, citada por Myers (1999), quien expresa: «En efecto, la calidad de la niñez tiene importancia no sólo para lo que pase en la niñez sino también para la vida futura. Las inversiones para la infancia 'son importantes por su propio derecho debido a que ellas abren el camino para toda una vida de mejor salud, desempeño mental y físico, y productividad'».

Las investigaciones han demostrado que deficiencias nutricionales severas pueden causar daños irreversibles en el desarrollo del niño. Las enfermedades derivadas de la desnutrición y otras enfermedades infecciosas evitables son responsables de tres millones de muertes anuales de infantes. Una buena salud y

una adecuada nutrición son variables que intervienen en el desarrollo exitoso de la infancia. La nutrición infantil es crítica y vital para el desarrollo; a medida que el niño crece y deja de tomar leche materna, los nutrientes siguen cumpliendo un rol fundamental, y del cuidado que se tenga de brindarle alimentos de alto contenido nutricional dependerá su óptimo desarrollo. A cualquier edad, la desnutrición no necesita ser severa para producir cambios comportamentales que pueden tener implicaciones importantes para la interacción padres-hijo y en la habilidad del niño para explorar y manejar su ambiente. Para Landers (1991), los efectos estructurales y funcionales de la desnutrición sobre el desarrollo del sistema nervioso son conocidos ampliamente, además de maximizar los efectos adversos de la privación socioambiental sobre el desarrollo. Mientras que la desnutrición produce alteraciones comportamentales a cualquier edad, el cerebro es exclusivamente vulnerable a déficit estructural durante el período crítico de crecimiento cerebral acelerado que va de la mitad de la gestación a la infancia temprana. El cerebro en crecimiento utiliza nutrientes a una escala muy rápida. A pesar de que el cerebro en esta edad es únicamente el 2 o 3% del peso del niño, éste usa el 60% de la glucosa del cuerpo. Durante este período crítico, comenta Landers (1991), el cerebro tiene habilidades biosintéticas, que se vuelven inactivas después del desarrollo temprano, lo cual posibilita la generación de nuevas neuronas después de este período.

Amar (2003) sostiene que una nutrición pobre durante la vida intrauterina y en los primeros años de vida lleva a efectos profundos y variados, incluyendo:

- Crecimiento físico y desarrollo motor retardado (motricidad fina y gruesa).
- Efectos generales en el desarrollo cognitivo, lo cual puede producir un bajo coeficiente intelectual (inferior en 15 puntos o más en los severamente desnutridos).
- Un grado mayor de problemas conductuales y habilidades sociales deficientes en edad escolar.

En los países en desarrollo, donde pocos niños llegan a experimentar una mejora en su situación, una vez que los efectos de la desnutrición se establecen en la infancia temprana, pueden volverse permanentes. El potencial intelectual de dichos niños al momento de ingreso a la escuela ya está probablemente dañado.⁴²

⁴² Efectos de un programa de atención integral a la infancia en el desarrollo de niños de sectores pobres en Colombia* José Juan Amar, Raimundo Abello Llanos, Diana Tirado García

7.8. CONTEXTUALIZACIÓN INTERNACIONAL

En la actualidad, el tema de la alimentación es tratado por la escuela tradicional a través de las ciencias naturales desde un enfoque higienista y dietista, bajo el estudio académico fisiológico y apoyado en textos escolares.

Sin embargo, este tema también puede ser visto a través de enfoques globalizadores, mediante un enfoque funcional, con proyección social para potenciar la calidad de vida de los alumnos, apoyada en propuestas de investigación.

La dieta alimenticia abarca el total de los alimentos consumidos en un día y Thoulon-Page (1991) estima que las necesidades reales del niño en edad escolar se deben repartir en:

- El desayuno proporciona el 25% de las calorías.
- La comida del mediodía el 30%
- La merienda del 15-20%
- La cena del 25-30%

Es importante destacar que si un niño no desayuna de forma adecuada, no podría rendir en la escuela debido a la hipoglucemia que se produce en su organismo; necesitará por tanto, alimentos durante el recreo, de los cuales preferirá productos de elaboración industrial y dulces, alimentos apetecidos por los niños que no exige una preparación previa.

Debemos señalar que el consumo de la leche en el desayuno está generalizado, mientras que la ingesta de alimentos sólidos destacan en primer lugar panes en un 38%, seguido de los dulces, pastelitos industriales en un 20% y cereales en un 10% y niños que no toman nada de sólidos un 19%.

Con respecto a los alimentos que los niños consumen en el recreo son en primer lugar los productos elaborados industrialmente (dulces, golosinas...) con un 51% y en segundo lugar, productos caseros (frutas y bocadillos) con un 36% y 19% de niños que no toman nada.

Comensalismo

En la actualidad, según exponen diferentes estudios, parece que los patrones culturales de la alimentación están cada vez más deteriorados debido a una creciente desestructuración de los ritmos y hábitos alimenticios (Fischer 1979): comidas fuera de casa por causas laborales, avances notorios por distintas razones de la comida rápida (Fast Food), jornada continuada... Todo ello podría traer como consecuencia no sólo la pérdida de la relación social ya expuesta, sino también la afectiva (algo que repercute de forma especial en los escolares) que invitaría al comensal a buscar otras fuentes de placer menos sanas (bebidas gaseosas). La presencia de la televisión es otro de los elementos que cada vez se expone más como un factor que deteriora estas relaciones afectivo-sociales que tradicionalmente se han adjudicado a la mesa, haciendo del comensalismo un mero acto de individualidades próximas en torno al aparato de TV. De igual forma, influyen negativamente ciertas presiones como pueden ser las “prisas”, lo que hace que sentarse a comer con otros no sólo contribuya un placer y un beneficio, sino que puede llegar a proporcionar mala sensación.

Preferencias Alimenticias. Los gustos de la población infantil

Un requisito imprescindible para poder formarse en y para una alimentación sana y equilibrada, es saber cuáles son las preferencias y hábitos reales de las personas involucradas en el proceso de aprendizaje, pues de otra forma, al obviarse esta consideración de partida, se puede caer más en una estrategia transmisiva, que intenta suplantarse conductas habituales, en lugar de una evolución progresiva, proceso que difícilmente produce los efectos esperados.

Composición de las golosinas. Conocimientos rudimentarios de ingredientes (Aditamentos)

Los aditivos alimentarios conocidos también como sustancias “E” (con esta letra y un número seguido aparecen en los embases comerciales), se emplean en los procesos industriales con distinto objetivo: para dar sabor, obtener un color determinado, conseguir una textura específica, etc. Casi todos son productos de origen químicos que tienen como fin conseguir ciertos efectos artificiales. La golosina se encuentra muy extendida entre la población infantil, están en general fuertemente aditamentada con toda clase de sustancias, llevando a los consumidores sin apenas conciencia de ello.

Conceptos básicos de nutrición

Tras un estudio realizado se afirma que: las repercusiones más conocidas por los alumnos es la obesidad con un 56%. El 48% creen que los niños delgados toman sobre todo alimentos del grupo 2(carnes y pescados) y del grupo 3(pan, dulces, etc...). Así mismo, el 29% de los niños entrevistados de talla pequeña toman

mucha leche, carne, pescado. Los escolares consideran que los alimentos que mas engordan son: el pan, los dulces, las carnes; mientras que los alimentos desfavorecedores del crecimiento son la leche, pescado y fruta. Es interesante destacar la confusión de las funciones proteicas de las carnes, que se confunden con los hidratos y la contradicción existente en el valor nutritivo de la leche, considerada como favorecedora del crecimiento. Esta antagonismo se puede deber en que las carencias de un aprendizaje funcional sobre el valor nutritivo de los alimentos. Ellos saben que la leche les ayuda a crecer, pero cuando tienen que aplicar este concepto a una situación concreta de la vida en 29% de los escolares afirma que los alumnos de talla pequeña consumen, sobre todo, este tipo de alimentos.⁴³

Conforme a lo anterior la Organización Mundial de la Salud presentó un claro informe sobre la situación en las estrategias en el desarrollo del niño⁴⁴:

1. Los niños y adolescentes son los recursos básicos y fundamentales para el desarrollo humano, social y económico. Además, figuran entre los grupos más vulnerables que padecen las consecuencias de las necesidades sanitarias insatisfechas; sobrellevan aproximadamente el 40% de la carga mundial de morbilidad. Una evaluación de los indicadores de la salud infantil realizada en preparación para el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los niños (mayo de 2002) mostró una escasa mejora de la salud infantil durante el decenio transcurrido y grandes disparidades entre los diversos estratos socioeconómicos. La evaluación también suscitó preocupaciones acerca de la salud de los adolescentes y las nuevas amenazas que se ciernen sobre la misma, en particular el VIH/SIDA.

2. La reunión consultiva mundial sobre la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes (Estocolmo, marzo de 2002), convocada conjuntamente por la OMS y el UNICEF, congregó a más de 300 expertos y asociados con objeto de examinar los datos y las experiencias mundiales existentes y examinar orientaciones futuras en materia de salud y desarrollo de los niños y adolescentes. En ella se puso de relieve la importancia de la salud de los niños y adolescentes para la prosperidad de las familias, sociedades y naciones. Se confirmaron las conclusiones de la Comisión de la OMS sobre Macroeconomía y Salud en el sentido de que se necesitan considerablemente más recursos para llegar a todos los niños y jóvenes con las intervenciones que pueden dar mayores resultados. En la reunión consultiva también se confirmó que la inversión en la salud de los niños

⁴³ Alimentación y nutrición en edad escolar. Nuria Burgos Carro. *Estudiante oposiciones magisterio de educación física, Universidad De Huelva.*

⁴⁴ **Estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente.** OMS. 56ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A56/15 Punto 14.7 del orden del día provisional 27 de marzo de 2003

y adolescentes es económicamente rentable.¹ Los participantes instaron a que se prestara más atención a la necesidad de controlar el exceso de morbilidad y mortalidad por enfermedades comunes y a las intervenciones que promueven el crecimiento y el desarrollo a fin de velar por que todos los niños puedan desplegar plenamente su potencial.

3. En mayo de 2002, el Comité Especial Plenario del vigésimo séptimo periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó siete objetivos sobre la supervivencia, la nutrición y las condiciones de saneamiento de los niños y entre esos objetivos se fijaron metas de reducción de la mortalidad materna y mejora de la salud de los adolescentes.² Además, el Comité reiteró los objetivos de reducción de la prevalencia del VIH entre los jóvenes y promoción de la cobertura de las intervenciones esenciales que mejoran el acceso de los jóvenes a la información, la capacitación y los servicios, adoptados en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994) y el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (2001). La OMS está decidida a cooperar con gobiernos y asociados en la realización de los objetivos y metas facilitando orientaciones estratégicas sobre intervenciones basadas en datos científicos que probablemente den los máximos resultados.

4. En respuesta a la resolución WHA55.19, adoptada por la 55ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2002, se elaboró una estrategia para la salud y el desarrollo del niño y del adolescente y se la presentó al Consejo Ejecutivo para que la examinara en su 111ª reunión, en enero de 2003.¹ En esa reunión el Consejo adoptó la resolución EB111.R11, en la que recomendaba a la 56ª Asamblea Mundial de la Salud la adopción de un proyecto de resolución que recibía con agrado la formulación de las orientaciones estratégicas y recomendaba a los Estados Miembros y a la OMS la adopción de cierto número de medidas. En respuesta a una nota verbal (22 de febrero de 2003), las partes interesadas formularon comentarios que se recibieron posteriormente y se tuvieron en cuenta durante el perfeccionamiento de la estrategia.

Orientaciones estratégicas en pro de la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes:

5. Las orientaciones estratégicas de la OMS para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y adolescentes identifican siete prioridades en relación con las cuales los esfuerzos coordinados para fortalecer la capacidad de adoptar medidas apropiadas por parte de las familias, las comunidades y los sistemas de salud pueden tener efectos espectaculares en las vidas de los niños y adolescentes.

6. Entre las posibles esferas de acción, los Estados Miembros identificarán las prioridades nacionales teniendo en cuenta, entre otros factores, la carga de morbilidad, la situación epidemiológica, la capacidad de los sistemas de salud y

los recursos disponibles. La OMS orientará a los Estados Miembros y a los asociados para que identifiquen prioridades y elaboren respuestas operacionales estratégicas.

7. Los datos sobre cuya base se identifican las esferas prioritarias para la acción son claros y se conocen muchas intervenciones eficaces. Un desafío muy importante estriba en transformar esos conocimientos en actividades a una escala que permita llegar a todos los niños y adolescentes que lo necesiten y alcanzar niveles de cobertura que den resultados a nivel de la población. Para responder a este desafío se necesitarán tres esfuerzos simultáneos, a saber:

- Formular e instrumentalizar políticas mundiales, regionales y nacionales en pro de la salud de los niños y adolescentes y conseguir un compromiso político firme y categórico;
- Establecer entornos seguros y propicios comprometiendo a las familias y comunidades en la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la prestación de atención a los niños y adolescentes;
- Mejorar la eficiencia y la capacidad de respuesta del sistema de salud para la prestación de servicios que satisfagan la necesidad de la comunidad de tener niveles elevados y sostenidos de cobertura con servicios de buena calidad.

8. La OMS se ha comprometido a mejorar las intervenciones preventivas y curativas existentes y desarrollar intervenciones nuevas para resolver los problemas de sanidad de los niños y adolescentes. La Organización también procurará enriquecer los conocimientos sobre las maneras de fortalecer los sistemas de salud y prestar servicios integrados. Cooperará con los Estados Miembros en la creación de capacidad para la aplicación eficaz y el seguimiento de los progresos y en la transformación de las enseñanzas aprendidas en una mejor gestión de los programas.

9. La aplicación de la estrategia requiere alianzas intersectoriales y multisectoriales. Éstas son necesarias para intensificar las intervenciones eficaces y ampliar su alcance mediante la investigación y el desarrollo. Para ello, la OMS está decidida a fortalecer la cooperación con gobiernos, organizaciones internacionales y la sociedad civil. La atención especial que prestará a la labor normativa y técnica, las alianzas y la prestación de apoyo en esferas de acción específicas estará determinada por su competencia especializada en cada área.

8. MARCO LEGAL NACIONAL

Dentro de las políticas y herramientas legales nacionales encontramos la Planeación Local de la Zona objeto de nuestro estudio:

USAQUEN PRODUCTIVA Y SIN INDIFERENCIA. LA JUNTA ADMINISTRADORA LOCAL DE USAQUEN.

En ejercicio de sus atribuciones constitucionales y legales, en especial las que le confiere la Constitución Política de Colombia en los Artículos 339 a 344, la Ley 152 de 1994, el Artículo 69 del Decreto Ley 1421 de 1993, el Acuerdo Distrital 12 de 1.994, el Acuerdo Distrital 13 de 2000, y los Acuerdos Locales 01 y 02 de 2.001.

EJES ESTRUCTURALES DEL PLAN DE DESARROLLO. Políticas, Estrategias, Programas y Metas. TITULO II. CAPITULO 1° EJE SOCIAL

ARTICULO 8°. Programas del Eje Social

1. Usaquéen sin hambre

Programa de atención integral para suministrar alimentos a la población más pobre y vulnerable; adelantar acciones de educación nutricional y alimentaria; apoyar el abastecimiento de alimentos atendiendo calidad, cantidad y precios, efectuar tamizaje y seguimiento médico. Ofrecer alimentos y nutrientes a través de los suplementos, de los comedores infantiles (población escolarizada y no escolarizada) y de los comedores comunitarios. Se promocionarán cadenas alimentarias que generen ingresos a las personas vinculadas a ellas.

2. Educación de calidad para todos y todas

En el ámbito de las competencias locales y sectoriales, se brindará apoyo a los centros educativos distritales para garantizar acceso, permanencia, calidad y disponibilidad. Se desarrollarán proyectos y acciones para la recuperación y el fortalecimiento del lugar del saber pedagógico en las instituciones educativas, a través de innovaciones pedagógicas, gestión transparente y democrática de las entidades e inclusión de los actores de la comunidad educativa.

3. Salud para la vida digna

En el ámbito de las competencias locales y sectoriales se realizarán intervenciones y acciones intersectoriales que contribuyan a mejorar las condiciones de vida, las capacidades y las opciones de las personas y familias

para lograr comunidades y hábitats saludables. Se fortalecerá la salud pública en la localidad.

ARTICULO 9°. Metas del Eje Social

Meta

Ofrecer a 10.000 personas, apoyo alimentario y nutricional diario y disminuir en 30% el índice de desnutrición de los beneficiarios y las beneficiarias del programa.

Línea Base

2.000 personas Atendidas. 15.317% de niños con desnutrición crónica y 3% con desnutrición aguda

Indicador

No. de personas atendidas

% de disminución en el índice de desnutrición crónica y aguda

Periodicidad

Anual

La Constitución Nacional de Colombia también reconoce los derechos fundamentales de los niños en cuanto a la educación, la seguridad social, la nutrición y, en general, la protección a la infancia, de la siguiente manera:

«Artículo 44: Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener familia y no ser separados de ella, el cuidado y el amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión [...] Los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de los demás».

«Artículo 50: Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes del Estado [...]».

En síntesis, es posible observar que existe una correspondencia entre desarrollo humano y desarrollo de la infancia, a través de políticas que promueven el desarrollo de los niños. Dicho desarrollo depende de la provisión de bienes y

activos que los hogares, el Estado y la sociedad deben suministrarle al niño desde los primeros años de vida.⁴⁵

Políticas como el programa Bogotá sin hambre en el que la alimentación escolar garantiza el derecho a la vida y el derecho a la educación de niñas, niños y jóvenes en condiciones de extrema pobreza, así mismo es un factor determinante para el acceso y especialmente para la permanencia en el sistema educativo. La alimentación escolar coadyuva a la calidad de la educación y es uno de los factores asociados al éxito escolar y al mejoramiento del clima escolar en el aula. También es una condición para lograr que niños, niñas y jóvenes tengan igualdad de oportunidades para estar en el sistema educativo. El objetivo del programa Bogotá sin hambre en el sector educativo es brindar una atención integral a los niños y niñas matriculados en los establecimientos educativos de Bogotá con prioridad en la población con mayores necesidades. Se busca de esta forma mejorar su estado nutricional para obtener un desarrollo físico e intelectual adecuado, elevar su rendimiento académico y aumentar su resistencia a las enfermedades infecciosas, al igual que generar un ambiente social más favorable para evitar la deserción de la escuela. También el programa tiene como objetivo fomentar hábitos nutricionales sanos en los estudiantes y sus familias. La realización de este programa demandará la participación solidaria de diversos sectores sociales, empresariales, organismos internacionales, ONG, así como la realización de acuerdos interinstitucionales con otras entidades sociales de la administración distrital y nacional, con el fin de allegar los recursos económicos necesarios para el cumplimiento de este empeño social de combatir el hambre entre los escolares del distrito capital.

Los componentes esenciales del programa son: suministro de refrigerios a escolares, apertura de comedores escolares y educación para la vida sana.

A) Suministro de refrigerios a escolares

La meta es pasar de 181.051 mil refrigerios ofrecidos diariamente en el año 2003 a 477.000 en el año 2008, incluyendo a niñas, niños y jóvenes de grado 0 a 9 de los colegios oficiales de zona rural y zona urbana, de estratos 1, 2 y 3, en jornada mañana y tarde, durante el año escolar.

B) Apertura de comedores escolares

Poner en funcionamiento comedores escolares para brindar a los estudiantes de las instituciones educativas una alimentación con comida caliente. El proyecto incluye la creación de empleo y la generación de ingresos para las familias en las

⁴⁵ Nutrición infantil, asistencia al preescolar y nivel educativo de las madres de los infantes en Colombia: una aproximación a nivel subregional (2000-2005). *Luis Fernando Aguado Quintero, Jaime Rodrigo Ahumada Castro, Beatrice Eugenia López Cabrera y Ana María Osorio Mejía.*

localidades con mayores necesidades. El desarrollo de este programa será progresivo y partirá de suministrar 6.000 comidas calientes diarias en el 2004, hasta alcanzar 83.600 en el año 2008.

C) Educación para la vida sana

El programa ofrecerá diversas actividades de formación, capacitación y comunicación para los maestros y padres de familia, para que junto a los niños, las niñas y jóvenes se construya comunidad y solidaridad en torno a los comedores escolares, se rescaten las tradiciones culturales alimenticias y se promueva la práctica de hábitos de alimentación sanos.⁴⁶

⁴⁶ **Plan Sectorial de Educación 2004-2008.** *Bogotá: una Gran Escuela* Para que niños, niñas y jóvenes aprendan más y mejor

9. RESULTADOS

En las siguientes graficas se muestra la tabulación de los datos según la encuesta realizada a niños:



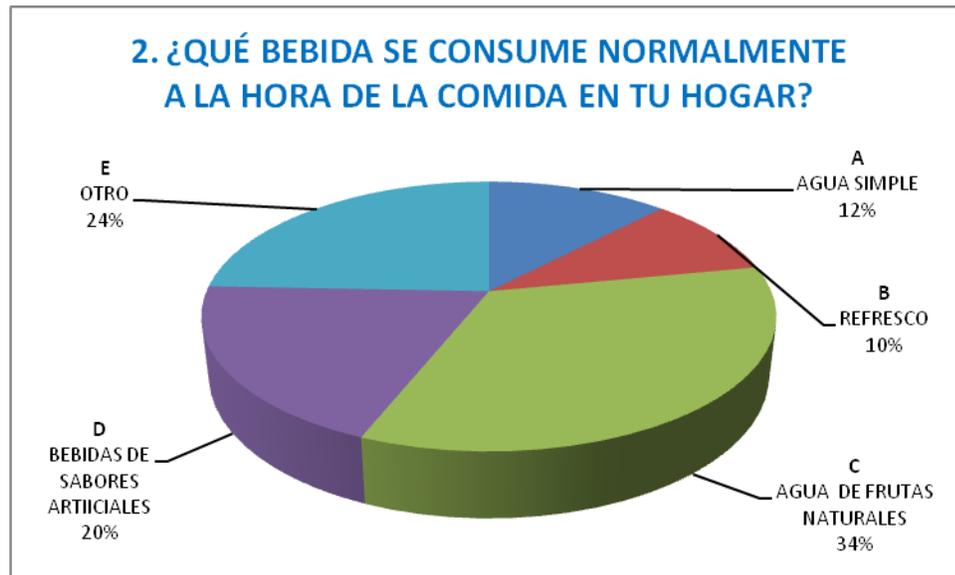
De 41 encuestas realizadas a niños entre 7 y 10 años encontramos que:

El porcentaje de obesidad presentada en la población encuestada, muestra los hábitos alimenticios que les brindan en casa, veamos:

En el primer nivel, señalado en color rojo, se ilustra que El 73% correspondiente a 30 niños encuestados respondieron que sus padres o hermanos no tenían problemas de sobrepeso, por lo contrario, eran delgados, lo cual nos daría indicios de una malnutrición al interior de los hogares.

En el segundo nivel, delimitado en color azul, encontramos que El 10% correspondiente a 4 niños encuestados declararon que sus padres o hermanos Si padecen algún problema de sobrepeso, esto también puede ser un indicador de una mala alimentación.

En el tercer nivel, localizado en color verde, se aprecia que El 17% correspondiente a 7 niños encuestados manifestaron No saber si sus padres o hermanos padecen algún problema de sobrepeso



De 41 encuestas realizadas a niños entre 7 y 10 años encontramos que:

En el nivel señalado en color azul oscuro el 12% correspondiente a 5 niños encuestados manifestaron beber agua simple a la hora de la comida marcando la opción A.

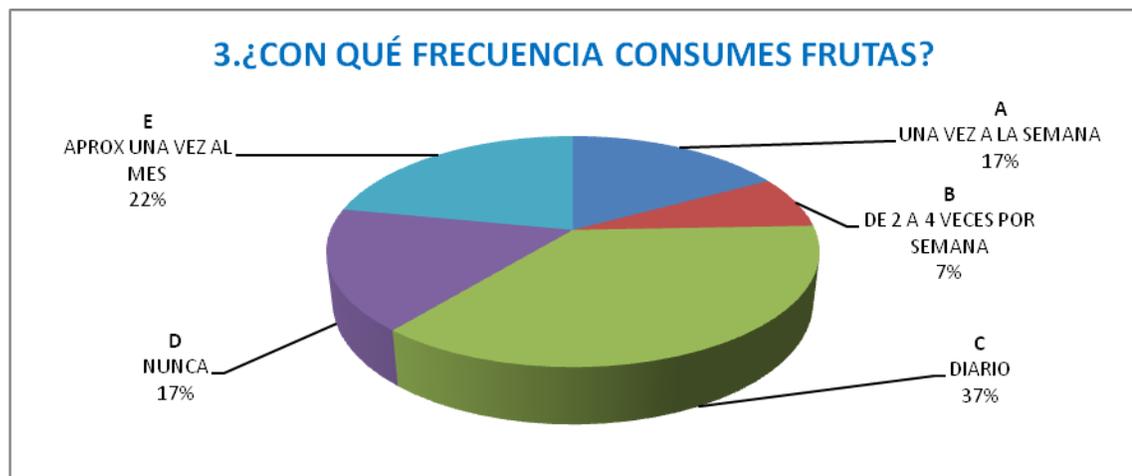
En el nivel demarcado en color rojo el 10% correspondiente a 4 niños encuestados revelaron beber refresco a la hora de la comida marcando la opción B, afortunadamente es un bajo porcentaje para la población infantil ya que no tiene ningún valor nutricional.

Por otro lado en el nivel delimitado en color verde el 34% correspondiente a 14 niños encuestados indicaron beber agua de frutas naturales a la hora de la comida marcando la opción C, lo cual sería un factor importante dentro de la alimentación de los niños, pues las madres aprovechan las frutas que se encuentran en cosecha ya que los precios son exequibles.

En el nivel localizado en color morado el 20% correspondiente a 8 niños encuestados mostraron tomar bebidas de sabores artificiales eligiendo la opción

D, pues a pesar de la situación económica se invierte en gaseosas que son apetecidas por los niños pero con muy bajo nivel nutricional.

En el nivel circunscrito en color azul claro el 24% correspondiente a 10 niños encuestados exteriorizaron tomar otro tipo de bebida a la hora de la comida como: agua de panela, tinto o café marcando la opción E, superando las bebidas de sabores artificiales por su bajo costo y alto rendimiento.



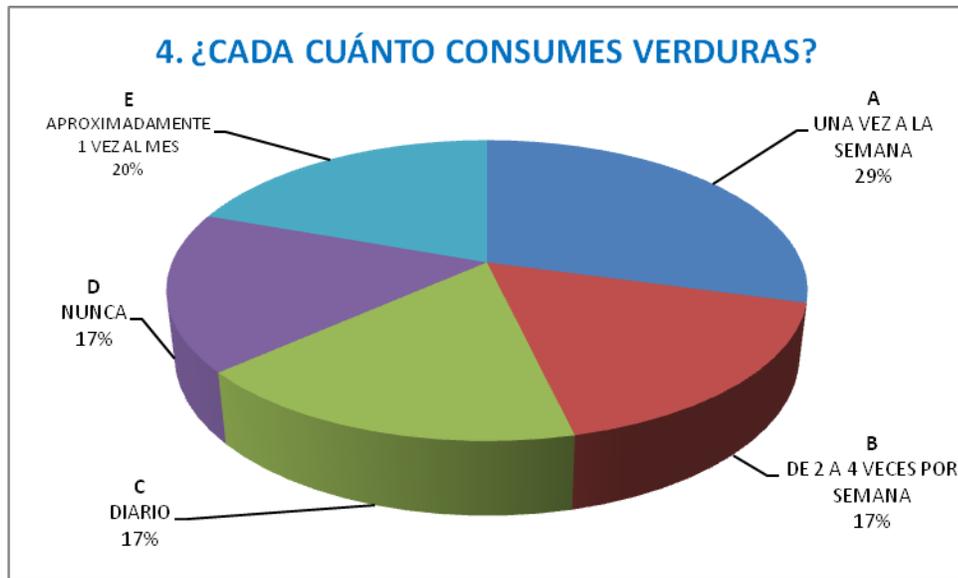
De 41 encuestas realizadas a niños entre 7 y 10 años encontramos que:

En lo que respecta al consumo de frutas, este se muestra ciertamente favorable, consumiéndolas un 37% diariamente, correspondiente a 15 niños encuestados marcando la opción C y delimitado en el gráfico en color verde, lo cual sería el ideal dentro de una buena alimentación, ya que como se planteó anteriormente consumen las frutas que se encuentran en cosecha pues de otra forma es imposible adquirirlas, solo un 17% correspondiente a 7 niños encuestados nunca las consume, eligiendo la opción D, localizado en el gráfico en color morado, esto es alarmante puesto que a temprana edad sus hábitos no son los óptimos para su desarrollo.

De igual forma un 17% correspondiente a 7 niños encuestados las consume 1 vez a la semana marcando la opción A que se encuentra en el gráfico de color azul oscuro.

Sin dejar de lado el 22% que las consume aproximadamente una vez al mes, correspondiente a 9 niños encuestados marcando la opción E y graficado en color

azul claro y el 7% 2 a 4 veces por semana correspondiente a 3 niños encuestados, delimitado en color rojo, marcando la opción B.

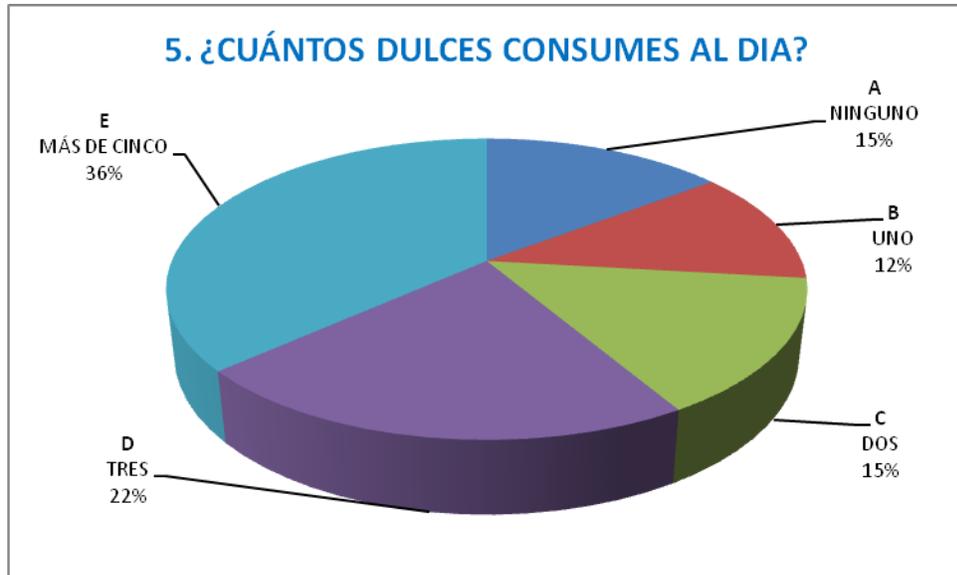


De 41 encuestas realizadas a niños entre 7 y 10 años encontramos que:

Encontramos que el consumo de verduras es escaso en la población infantil delimitada en un 29% correspondiente a 12 niños encuestados, pues estos las ingieren solamente una vez a la semana y debemos recordar que se deben consumir diariamente para una adecuada alimentación, así lo ilustra el gráfico en color azul oscuro con la opción A.

Para las opciones B, C, D encontramos que equitativamente un 17% correspondiente a 7 niños encuestados respectivamente para cada opción consumen verduras de 2 a 4 veces por semana, diariamente y nunca, encontrándose en forma muy repartida el consumo de verduras, graficado con los colores rojo, verde y morado.

Finalmente, el 20% correspondiente a 8 niños encuestados marcaron la opción E que enuncia una vez al mes, algo gravísimo para la ingesta infantil.

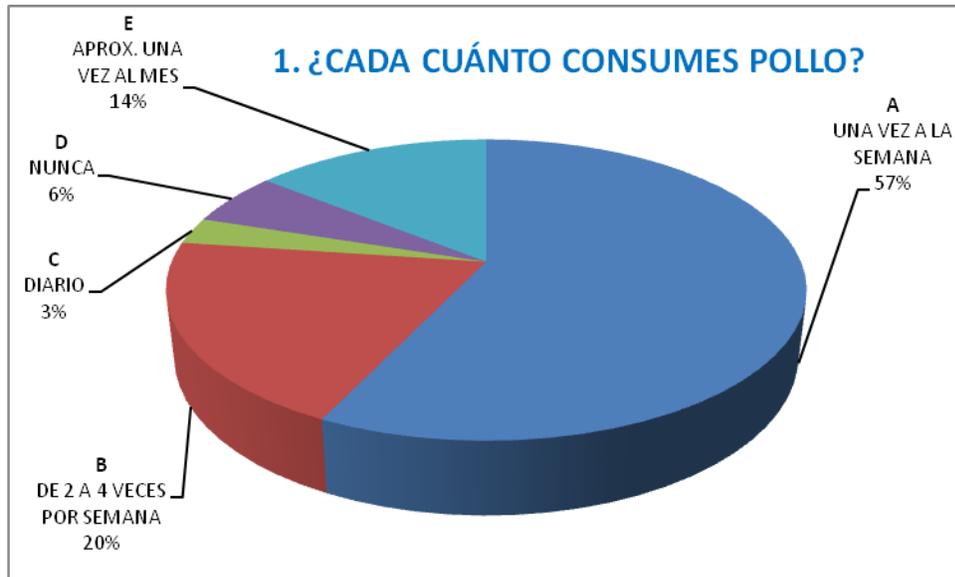


De 41 encuestas realizadas a niños entre 7 y 10 años encontramos que:

Otro aspecto que cabe mencionar, es el consumo de dulces. Un 36% consume cinco dulces al día, correspondiente a 15 niños encuestados y limitado en color azul claro con opción E, un 22%, correspondiente a 9 niños encuestados consume por lo menos tres dulces, opción D en color morado, un 15% consume dos dulces en el día, correspondiente a 6 niños encuestados e ilustrado en color verde con opción C.

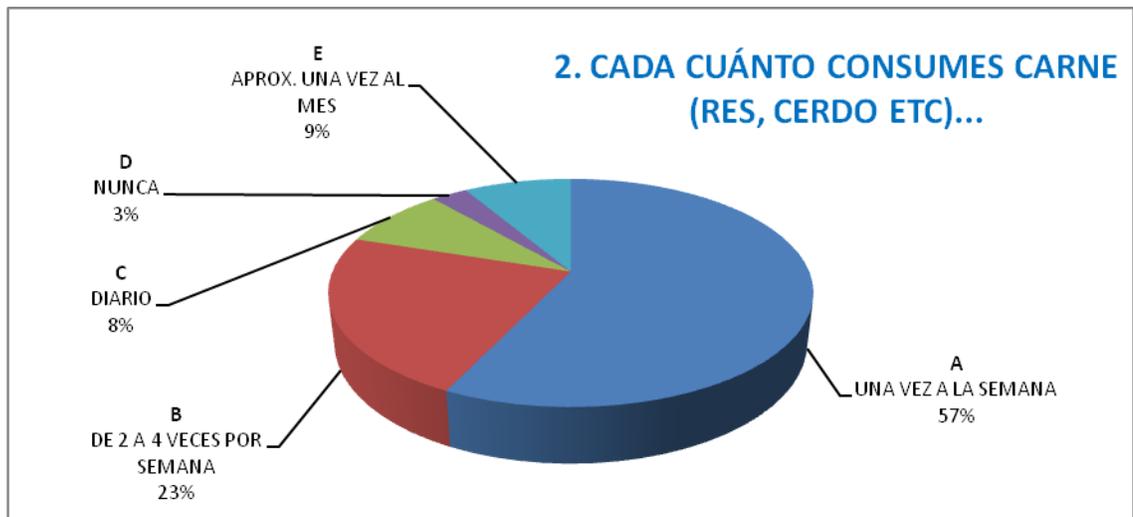
En un rango menor encontramos las opciones A y B correspondientes a los colores azul oscuro y rojo con un 15% y 12% con ninguno según 6 niños encuestados y uno según 6 niños encuestados. Su consumo, es algo alto dentro de la población infantil y el exceso de estos sin una alimentación adecuada, pueden originar problemas de azúcar (diabetes), a demás de las tremendas caries.

En las siguientes graficas se muestra la tabulación de los datos según la encuesta realizada a los padres de familia:



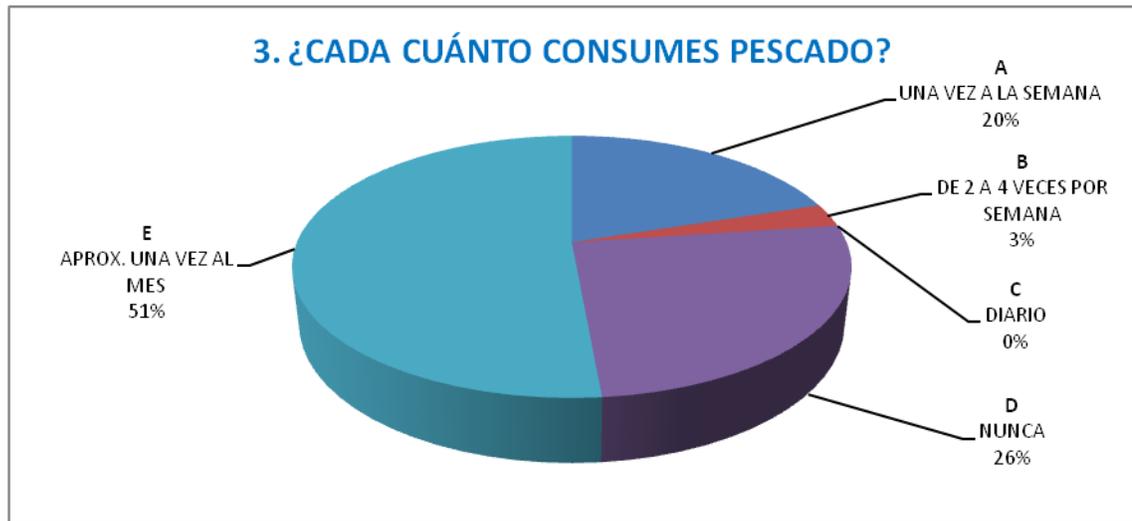
De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

En lo que respecta al consumo de pollo, los resultados no son los más alentadores sobre todo si tomamos en cuenta que las proteínas son un grupo importantísimo dentro de la ingesta humana, ya que un 57% de la población encuestada manifiesta tener acceso a esta únicamente una vez a la semana, seguida de un 20% de 2 a 4 veces por semana, un 3% de manera mínima correspondiente a 3 personas encuestadas dicen consumirla diariamente. Nunca un 6% de la población y aproximadamente un 14%.



De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

El consumo de carnes rojas nos permite suponer que su alimentación no es la más idónea posible, pues según el gráfico limitado en color azul oscuro nos permite evidenciar la ausencia de esta proteína en un 57% de la población, seguido con un 23% que revelan consumirla 2 veces por semana, ya que su presupuesto no alcanza para su consumo diario. Para las opciones C, D y E se aprecia un 8%, un 3% y un 9% respectivamente, limitado en el gráfico con los colores verde morado y azul claro.



De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

En lo que respecta al pescado es mayor el porcentaje correspondiente a la opción E con un 51% que enuncia: aproximadamente una vez al mes, en la cual jocosamente manifestaban “y... eso únicamente en semana santa”... , un 20% lo consume una vez a la semana y...” eso del más barato”, a veces sin tener en cuenta su calidad a la vez que se puede producir una intoxicación especialmente en la población infantil según lo manifiesta la misma población. Un 3% un porcentaje muy pequeño lo consume 2 veces por semana y un 26% nunca lo consume argumentando que a los niños no les gusta, otros simplemente ni lo han probado.



De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

Dentro de los hábitos alimenticios de la población observamos según el gráfico una fuerte recurrencia a lugares de comida rápida con un 49% seguido de un 23% que asiste una vez a la semana a dichos lugares, pues lo perros y hamburguesas son apetecidos por los niños y se encuentran desde \$1.000 pesos en adelante. A diario asiste un 11%, nunca un 11% y aproximadamente una vez al mes un 6%. Recordemos que estas no son comidas ideales para un niño que se encuentra en crecimiento, se deben comer moderadamente y dentro de un marco de salubridad, pues muchas veces las carnes empleadas no son de óptima calidad.



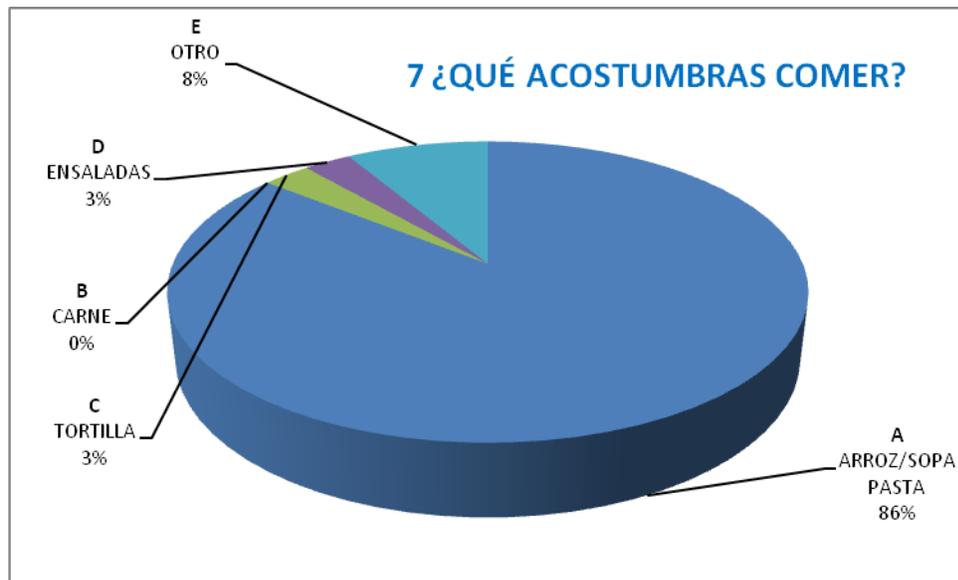
De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

El número de comidas que se realiza al día es sumamente importante, teniendo en cuenta obviamente la alimentación en el hogar cuando allí existen niños. Observemos entonces que en el gráfico un 51% ejecuta dos comidas al día, un alto porcentaje demostrando que allí no se pone mucha atención a la alimentación, sobre todo si tenemos en cuenta que el desayuno es la comida más importante del día y a la cual se le brinda menor importancia, seguido de un 37% que realiza tres comidas al día, sin embargo existen aquellos casos que realizan cuatro comidas, correspondientes a un 4% y un 3% una comida; esto es realmente preocupante ya que sin los requerimientos nutricionales adecuados el rendimiento y funcionamiento de una persona no serán los adecuados para el cumplimiento de sus labores.



De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

El desayuno es la comida más ligera del día cuando en realidad debería ser la más importante ya que es esta la que impulsa nuestro cuerpo como una maquinaria para empezar el día. Observamos en la gráfica que el 32% de la población consume agua de panela con pan, un 32% consume otras bebidas como café, tinto y caldo acompañado igualmente con pan, le sigue un 18% que consume un vaso de leche, un 14% que tiene acceso a consumir huevo y un porcentaje mínimo en cereal con un 4%.



De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

Para la población, la comida en la noche es más importante que el desayuno en la mañana, cuando debería ser ésta un poco más ligera con el fin de permitir una buena digestión. Vemos que el arroz, la sopa y la pasta marcan un porcentaje bastante alto con un 86% seguido de un 8% que comen alguna comida rápida o el típico calentado que sobra del almuerzo, solamente un 3% de la población consume ensalada y la carne no hace parte en la comida de los hogares.



De 35 encuestas realizadas a padres de familia encontramos que:

Realizar ejercicio no es el fuerte en la población, pues se puede observar que un 48% nunca realiza ejercicio, ya que tiene el concepto errado entre su labor la cual asocia a ejercicio ya sea en el hogar u otro lugar y aquel que requiere el organismo para un buen funcionamiento y mantenerse en forma, seguido de un 26% aproximadamente una vez al mes y un 11% realiza algún ejercicio de 2 a 4 veces por semana en el salón comunal, un 9% que lo practica una vez a la semana y un 6% diariamente.

En las siguientes graficas se muestra la tabulación de los datos según la encuesta realizada a la comunidad:



De 19 encuestas realizadas a la comunidad encontramos que:

Algunos miembros de la comunidad no piensan en la importancia que tienen los comedores infantiles para los niños menores, pues muchos de ellos llegan a la escuela sin desayuno y regresan a su casa en donde no hay almuerzo por diversas razones, marcando según la gráfica un fuerte desinterés con un 85% y un 15% manifiesta que si existen pero no saben en donde se encuentran ubicados denotando además falta de información por parte de algunos miembros de la comunidad.



De 19 encuestas realizadas a la comunidad encontramos que:

En la comunidad un 84% manifiesta que no se realizan talleres ni nada relacionado con información nutricional, solamente un 16% afirma que en su EPS brindan una mínima información sobre una sana alimentación.



De 19 encuestas realizadas a la comunidad encontramos que:

La comunidad en general desea un comedor infantil, así lo corroboró la gráfica con un 95% ya que manifiestan ser un gran beneficio para la comunidad además de ayudar a nutrir a los niños, a su vez un mínimo porcentaje del 5% manifiesta no desearlos ya que aseguran atraería a los indigentes, esto lo afirman aquellas personas que no tienen niños menores a su cargo y por tanto ignoran la necesidad que tienen muchos de estos y sus padres de familia.

10. METODOLOGIA

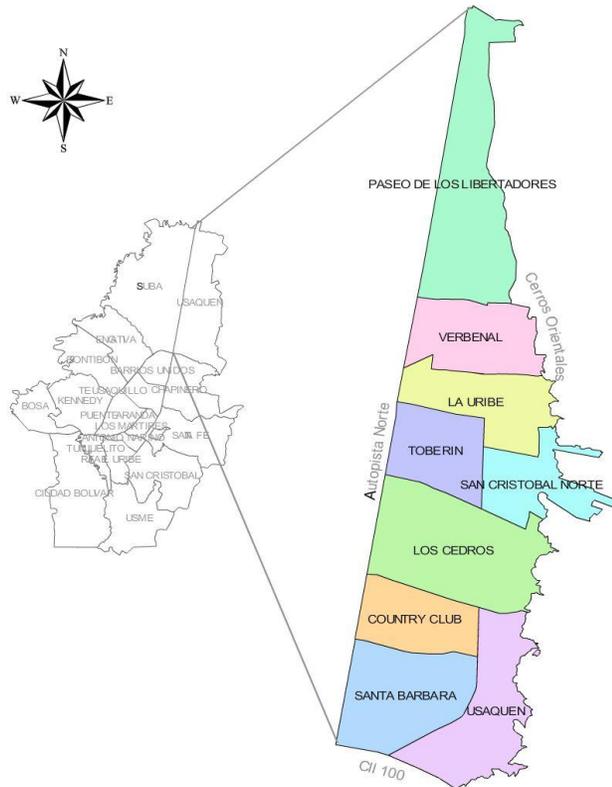
Se utilizo la metodología de Investigación Acción Participativa (IAP), como un nuevo estilo de política social que genera una dinámica de cambio en una situación concreta y real de un determinado grupo social, en este caso la malnutrición infantil en niños y niñas de cero a cinco años de edad, de los barrios la Cita, el Pite, las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén. Escogimos dicha metodología porque presenta características de tipo Colectivo, Encuentro entre teoría y práctica, Ecológico, Flexible, Creativo, Dinámico, Formativo, Crítico y porque busca un cambio de actitud por parte de los diferentes actores frente a los espacios saludables a través de alternativas que fomenten una verdadera educación nutricional.

La observación participante se hace con el propósito de describir las situaciones cotidianas en cuanto a los hábitos saludables alimenticios, buscando respuestas al quién, dónde, cuándo, porque, cómo de la falta de sensibilización de los niños en edad escolar, los padres y madres y la comunidad en general, que no conocen el valor de los nutrientes y de acuerdo con estas asumir estilos de vida saludables en la alimentación, así como hábitos en los horarios de comida.

La intervención se dividió en tres fases:

1. Indagación: recopilación de documentos, revistas, libros, diarios de campo y visitas a las universidades con el fin de obtener información del tema por medio de los raes (tesis).
2. Análisis y resultados: describe la situación real de la comunidad por medio de la observación participante y no participante, registro cartográfico, registro fotográfico, y la realización de encuestas cuyo objetivo fue establecer cómo se manejan las relaciones interpersonales en la familia y la comunidad y la incidencia de éstas en los hábitos saludables alimenticios.
3. Propuesta: es brindar información necesaria sobre la malnutrición por medio de cartillas y folletos, que se entregaran a la comunidad en general, colegios e instituciones interesadas en los programas de gestión social y la puesta en marcha de un comedor infantil basado en talleres de cocina saludable que cubran las necesidades nutricionales de los niños como de la comunidad en general, mejorando su alimentación con recetas fáciles, nutritivas y económicas, de modo que no se afecte el presupuesto familiar.

11. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA UPZ LA URIBE EN LA LOCALIDAD DE USAQUÉN



Descripción de los límites de la UPZ La Uribe:

UPZ - LA URIBE - 10	
Norte	Cil. 183 (futura Av. San Antonio); Canal de Torca, Diagonal 187
Oriente	Perímetro urbano.
Sur	Cil. 170, Kra /a, Cil. 165, Av. Laureano Gómez (Kra 9a.), Cil. 170
Occidente	Autopista Norte ó Av. Paseo de los Libertadores

Contextualización del barrio La Cita:



Ubicación:

La U.P.Z. La Uribe, numero 10, barrio la cita va de la calle 167 con carrera 12 hasta la calle 172 norte y comprende los barrios las brisas, el Pite y Don Bosco.

Historia:

Fue llamado la cita por ser el punto de encuentro de los areneros, fundado hacia los años 50, las personas que lo habitan son de estrato humilde (1-2) y debido a su localización cultural y social no ha tenido mucho desarrollo, los habitantes se quejan de la falta de interés por parte de la alcaldía, las personas han recibido ayuda de los ediles, quienes en compañía de la JAC (Junta de acción comunal). Cabe destacar como punto de aclaración que realmente el barrio La Cita se encuentra conformado por las brisas, el pite y Don Bosco, barrios constituidos por no más de dos o tres cuadras de superficie, donde no encontramos actividad comercial alguna excepto por los moteles de la zona. No hay que olvidar que en el Barrio La Cita es donde se encuentra el mayor número de tiendas, minimercados, restaurantes, farmacias y comidas ambulantes de toda la zona.

Problemáticas:

Violencia intrafamiliar, Desempleo, Abandono de hogar por parte masculina, Drogadicción, Inseguridad social, Deserción escolar, Pandillas o grupos de re inserción, Contaminación auditiva y polución (canteras y fabricas de concreto), Zona de alto riesgo, este problema ya está solucionado por el muro de contención realizado por los estudiantes de La Facultad de Ingeniería de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá. Por último el problema del momento, violación a menores de edad.

En general no ha cambiado mucho, desde el primer reconocimiento de la zona llevado a cabo en sexto semestre, siguen los problemas sociales, según el presidente de la junta el señor Luís Enrique Martínez, ahora se aumento el robo, los atracos y las violaciones, debido al desempleo y la problemática económica del país. Pero como no todo es malo por intermedio del jardín botánico y la Universidad Nacional, le están enseñando a la comunidad como crear y mantener las huertas urbanas para beneficio del barrio, ocupar a los jóvenes en el tiempo libre y crear un medio de entretenimiento y aprendizaje para el adulto mayor. Además de las huertas urbanas también existe la posibilidad de crear las huertas caseras cuyo objetivo es traer beneficio a nivel de nutrición para la población infantil. También existe el programa Salud a su Hogar fomentado por la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá a través de sus Facultades de Medicina y Enfermería.

Instituciones educativas:

- El Colegio Distrital Friedich Naumann
- El Colegio Privado Marroquín Campestre
- El Centro Social de la Tercera Edad

Salud:

- Servita
- Hospital Simón Bolívar

12. CONCLUSIONES

El proyecto arroja entre las conclusiones la evidente necesidad de transformar los hábitos alimenticios, integrar la comunidad en procesos de formación y permanente reflexión en cuanto a la adecuada ingesta diaria para la promoción de una vida saludable:

- Las encuestas aplicadas y las medidas de tamizaje realizadas como instrumentos para nuestra investigación con el fin de identificar la incidencia que tienen la malnutrición en el bajo rendimiento escolar en los niños y niñas de 0 a 5 años de edad en los barrios La Cita, El Pite, Las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén, arrojó resultados trascendentes, demostrando que la población manifiesta un porcentaje bajo en una dieta balanceada, esto se puede observar claramente en la falta de proteínas las cuales oscilan alrededor de un 57% aproximadamente, pues se consume carne o pollo únicamente una vez a la semana, además vemos que el consumo de frutas no es el óptimo pero se sitúa alrededor de un 37% ingiriendo aquellas frutas que se encuentran en cosecha a fin de poderlas comprar demostrando que su malnutrición obedece a factores principalmente económicos, seguidos de una alta desinformación de los padres de familia quienes además ven en las comidas rápidas una opción fácil y descomplicada a la hora de alimentar a sus hijos, un 49% de la población así lo manifiesta; a esto se le suma la falta de tiempo por parte de los padres a la hora de preparar los alimentos, pues el trabajo según ellos no da tiempo para nada.
- La investigación hizo visible como la malnutrición afecta a nuestros niños convirtiéndose en un factor de riesgo, ya que dentro de sus manifestaciones encontramos: comportamientos (hiperactividad, hipoactividad, rebeldía), inapetencia, cansancio muscular, somnolencia, déficit de atención y problemas digestivos, causas estas que traen como consecuencia el que el niño no de el rendimiento esperado en clase, se disperse con facilidad, no quiera compartir las actividades con sus compañeros y lo más grave que se presente deserción escolar.

- Se proporciono a la comunidad herramientas didácticas de fácil entendimiento que los concientizará acerca de la importancia de adquirir hábitos saludables alimenticios, buenas costumbres, uso adecuado del agua y actividad física diaria.
- El objetivo de los talleres de cocina saludable además de promover formación y participación es el de generar espacios propicios para la realización de programas educativos que motiven el cuidado de la salud nutricional de los niños mediante procesos reflexivos para generar cambios en la vida cotidiana de cada uno de ellos.
- Un ambiente escolar propicio, unido a unas buenas condiciones de bienestar psicosocial en la familia, que incluya hábitos de alimentación saludable para los niños, son factores importantes para el éxito de los niños en su desarrollo escolar.
- Para conseguir un mejor estado nutricional en los niños y las niñas de 0-5 años de edad de los barrios la cita, el pite, las brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén, es importante el trabajo tanto de las entidades educativas como de los padres de familia para avanzar por medio de los talleres de cocina saludable en el conocimiento sobre las relaciones que existen entre nutrición, salud y rendimiento escolar.
- En esa misma tarea, el acercamiento a entidades gubernamentales tiene que ser una constante por parte de la Universidades y sus Facultades para que por medio de propuestas como la de nosotras se puedan gestionar proyectos reales para el servicio y el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de la comunidad.

BIBLIOGRAFIA

Acción contra el hambre. Estudio de seguridad alimentaria en los Departamentos de Jalsapa y Jalapa. Madrid 2000.

ACODIN Seccional Antioquia. Técnicas para la toma de medidas antropométricas. Medellín. 1994.

ALMANZA Tulia y otros, Aspectos nutricionales en el aprendizaje y socialización en escolares en Bogotá, Instituto para la Investigación Educativa y el desarrollo pedagógico Alcaldía Mayor de Bogotá, Primera Edición, Agosto de 1998, página 162.

BERCH, David. Educador. 1985

BID (Banco Interamericano de Desarrollo).

BOTERO Silvio, ediciones Paulenas, Bogotá 1987

Cravioto, J, Malnutrición, desarrollo mental, conducta y aprendizaje, OPS, 1983.

CUSMINSKY M, MORENO E, SUÁREZ E. Crecimiento y desarrollo, hechos y tendencias. OPS/OMS. Publicación científica. Washington. 1998

DACHS, Norberto. 2001. Inequidades en salud. Promoción de la Salud, como construir vida saludable.

Departamento Nacional de Planeación, Plan Nacional de alimentación y nutrición, 1996-2005, República de Colombia, Bogotá, 1996.

Entrevista madre focal, Ayapel, 11 de septiembre, 2001

Entrevista madre focal, Puerto Libertador, 7 de septiembre 2001

Entrevista madre focal, Tierra Alta 9 de septiembre, 2001

Estado mundial de la infancia, 1988 “la desnutrición una emergencia silenciosa”, pág 4

H. UFLACKER, ABC de la Puericultura, Impreso por PRINTER Industria Gráfica S.A, círculo de Lectores S.A, Lepanto, Barcelona, Enero de 1970, Páginas 384.

IBÍD. Manual alimentación complementaria. Teresa de Serra, 1978

ICBF, Cartilla salud nutrición

IFPRI. Instituto Internacional de Investigación sobre políticas alimentarias, agricultura, medio ambiente y pobreza rural en América Latina. Washington, 1999.

INCAP. Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá. La iniciativa de seguridad alimentaria nutricional en Centroamérica. Guatemala, 1998.

Instituto Nacional de salud, Estudio deficiencia de micronutrientes, 1995/1996, pág 15

MARLEY David, Guía del crecimiento y cuidado, 1983, pág 45

Ministerio de la Salud. 2000. Guías alimentarias para los niños y niñas colombianas menores de dos años, Serie de documentos técnicos. Bogotá.

Ministerio de Salud - Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) 2000. Guías alimentarias para la población mayor de 2 años. Bogotá.

Ministerio de salud, ICBF, guías alimentarias para los niños y niñas colombianas mayores de 2 años, Bogotá D.C, 2000, pág 26

Ministerio de salud, ICBF, guías alimentarias para los niños y niñas colombianos mayores de 3 años, Bogotá D.C, 2000, pág 32

Ministerio de salud, ICBF, guías alimentarias para los niños y niñas colombianos mayores de 4 y 5 años, Bogotá D.C, 2000, pág 48

PLATA RUEDA, Ernesto, El pediatra eficiente, pág 167, cuarta edición 1990, editorial Médico.

PLAZA, Beatriz; BARONA, Ana. 1999. Afiliación de la Población pobre al Sistema de Salud. Fedesarrollo –Fundación Corona.

POSADA Álvaro, Gómez Juan Fernando, Ramírez Humberto, El niño sano, Medellín, Universidad de Antioquia, 1996, pág 13

RAMOS R. Alimentación normal en niños y adolescentes. Teoría y práctica. 1995.

SAGASTIZABAL María Ángeles, PERLO Claudia, La Investigación como estrategia de cambio en las organizaciones. Ediciones La Crujía, Septiembre 2002, páginas 268.

SARMIENTO GARCIA Ana Cristina y otros, Estrategia de Escuelas Saludables, Lineamientos generales, Dirección General de Promoción de la Salud y de la Enfermedad, Santa Fe de Bogotá, Marzo 1999, Páginas 175.

SEDANO Rodríguez Alfredo, MORENO P. Ciro, MASOTA A. Francisco, Pensar la sociedad, Ediciones Universidad de Navarra Pamplona, Noviembre 2001, Página 184.

SILL, David, Enciclopedia Internacional de las Ciencias Sociales, España 1987, edición 4, pág 15.

UNICEF. Alimentación, salud y atención, Nueva York, edición actualizada, 1996, pág 3

Universidad del Valle. Vigilancia nutricional y Seguridad alimentaria. Cali. 1994.

VILLAZANTE R. Tomás, MONTAÑEZ Manuel, MARTÍ Joel, La investigación Social Participativa: construyendo ciudadanía. Editorial El Viejo Topo. Año 2000. España. Página 277.

WHALER Lucila, I tratado de enfermería pediátrica, pág 289, segunda edición, Mac Graw Hill, 1988.

ANEXOS

Anexo A: Cuadro de Estado de arte.

Categorías	Sub-categorías
<i>Higiene</i>	Hogar Costumbres Tradiciones Aseo alimentario Creencias Puericultura Contaminación de alimentos
<i>Hábitos</i>	Adaptación metabólica Entorno favorable Entorno materno Consumo Tendencia Lactancia Malnutrición Ignorancia alimenticia Malos hábitos Recesión económica

	<p>Hambre temporal</p> <p>Ayuno</p> <p>Dieta</p> <p>Indicadores dietéticos</p> <p>Metabolismo</p> <p>Ansiedad-estrés</p>
<p><i>Salud</i></p>	<p>Prevención</p> <p>Enfermedad</p> <p>Morbilidad</p> <p>Mortalidad</p> <p>Desarrollo fetal</p> <p>Embarazo</p> <p>Lactancia</p> <p>Nutrición</p> <p>Desnutrición</p> <p>Malnutrición</p> <p>Supervivencia</p> <p>Inapetencia infantil</p> <p>Diarrea</p> <p>Tamizaje</p> <p>Enfermedades gastrointestinales</p> <p>Planificación familiar</p> <p>Recesión económica</p> <p>Grupos vulnerables</p> <p>Salud pública</p>

	<p>Metabolismo</p> <p>Anemia</p> <p>Circunferencia craneana</p> <p>Infección</p> <p>Examen medico</p> <p>Trastornos cerebrales</p> <p>Trastornos de crecimiento</p> <p>Natalidad</p> <p>Diagnostico pediátrico</p> <p>Calorías-proteínas</p> <p>Alergias</p> <p>Indicadores clínicos</p> <p>Indicadores bioquímicos</p> <p>Indicadores antropométricos</p> <p>Indicadores dietéticos</p>
<p><i>Educación</i></p>	<p>Comunicación feliz</p> <p>Aspectos psicológicos</p> <p>Desarrollo integral</p> <p>Desarrollo físico</p> <p>Socioafectividad</p> <p>Disciplina infantil</p> <p>Juego infantil</p>

	<p>Talleres–programas</p> <p>Crianza</p> <p>Relaciones familiares</p> <p>Maltrato</p> <p>Desarrollo cognoscitivo</p> <p>Desarrollo psicosocial</p> <p>Escuela de padres</p> <p>Aprendizaje</p> <p>Educación sana</p> <p>Capacitación</p> <p>Orientación</p> <p>Analfabetismo</p> <p>Niño-adolescente-padres-familia-comunidad</p> <p>Recesión económica</p> <p>Inequidad</p> <p>Grupos vulnerables</p> <p>Problemas de aprendizaje-retención-memoria</p> <p>Madres comunitarias-cuidadoras</p> <p>Escuela saludable</p> <p>Practica social</p> <p>Pobreza-desplazados</p> <p>Compromiso</p> <p>Contexto-entorno-contorno-cotidianidad-vivencia</p> <p>Rendimiento escolar</p> <p>Desarrollo mental</p>
--	--

	<p>Desarrollo psicomotor</p> <p>Desarrollo cerebral</p> <p>Déficit de crecimiento</p>
<p><i>Contextos socio-culturales</i></p>	<p>Ignorancia alimenticia</p> <p>Creencias-raíces</p> <p>Tradiciones</p> <p>Costumbres</p> <p>Ingresos familiares</p> <p>Patrones culturales</p> <p>Comunidades</p> <p>Religión</p> <p>Estamentos gubernamentales</p> <p>Desempleo</p> <p>Trabajo constante</p> <p>Condiciones socio-económicas</p> <p>Ingresos económicos</p> <p>Organización Mundial De La Salud</p> <p>UNICEF</p> <p>FAO</p> <p>ONU</p> <p>IFPRI</p> <p>BID</p> <p>INCAP</p> <p>Universidad Autónoma De México</p> <p>Universidad Nacional</p>

	<p> Universidad De La Sabana Universidad Javeriana Universidad Del Valle Ministerio De La Salud Ministerio De La Protección Social Ministerio De Educación Revista Colombia Medica Fondo De La Naciones Unidas Para La Infancia Instituto Colombiano Del Bienestar Familiar Hospital De La Misericordia Pobreza-desplazados-emigración Desigualdad-escasez-violencia </p>
<p><i>Alimentos</i></p>	<p> Anamnesis alimentaria. Alimentación adecuada Alimentación industrial Alimentación complementaria Supervivencia Inapetencia infantil Alimentación al servicio de la guerra Seguridad alimentaria Hambruna Menú infantil Ingesta nutricional </p>

	<p>Alimentación sana</p> <p>Grupos alimenticios</p> <p>Hambre temporal y ayuno</p> <p>Guía alimentaria</p> <p>Alimentación de emergencia</p>
--	---

Anexo B: Causas de la malnutrición



Anexo C: Estadísticas internacionales

Dónde la malnutrición crónica es más elevada

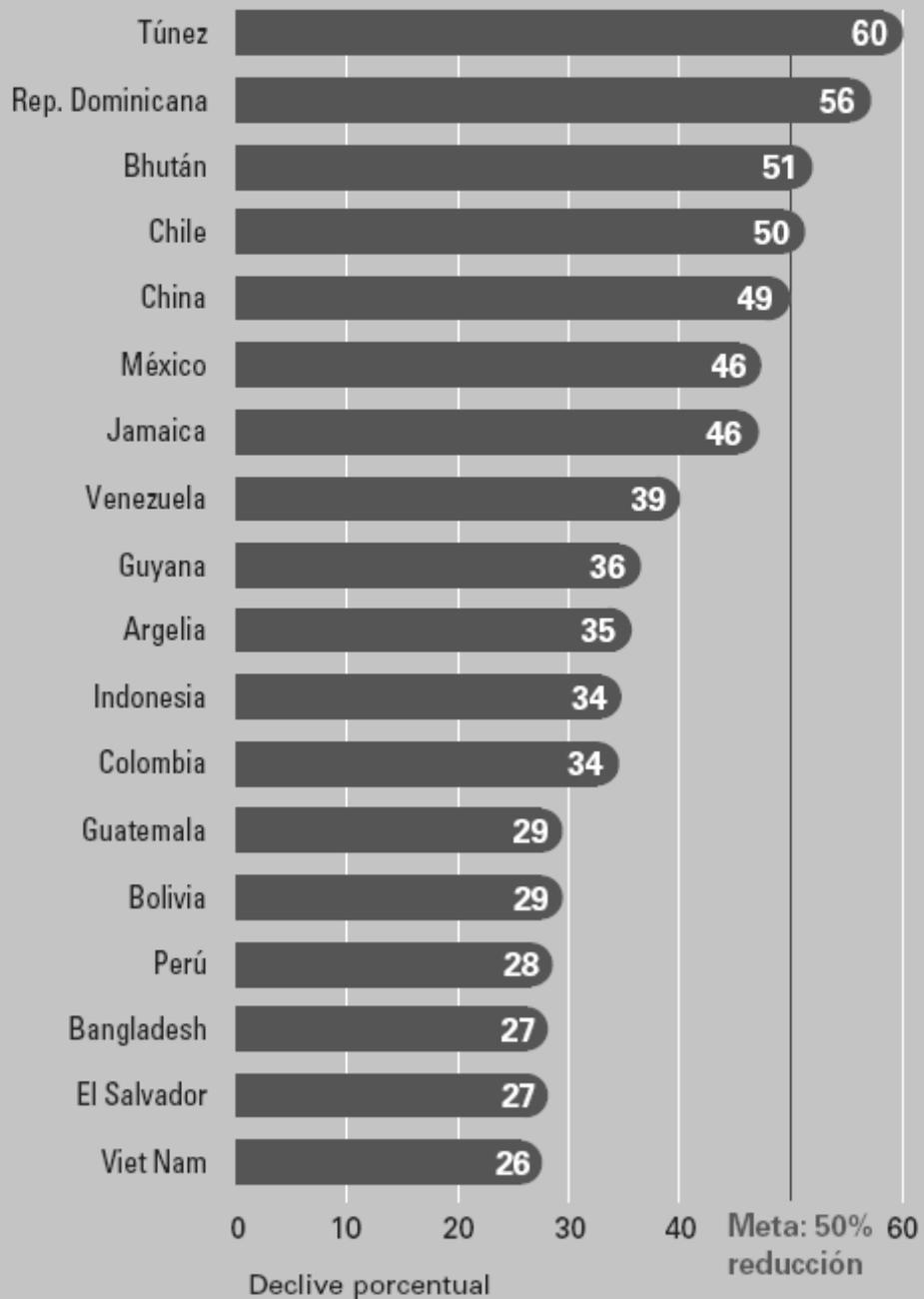
Países donde el retraso en el crecimiento de los menores de 5 años es 40% o más

Corea, Rep. Dem. Pop.	60
Zambia	59
Burundi	57
Nepal	54
Afganistán	52
Yemen	52
Etiopía	51
Madagascar	49
Malawi	49
Camboya	46
Guatemala	46
India	46
Nigeria	46
Bangladesh	45
Congo, Rep. Dem.	45
Lesotho	44
Mauritania	44
Tanzanía	44
Rwanda	43
Comoras	42
Lao RPD	41
Bhután	40
Níger	40

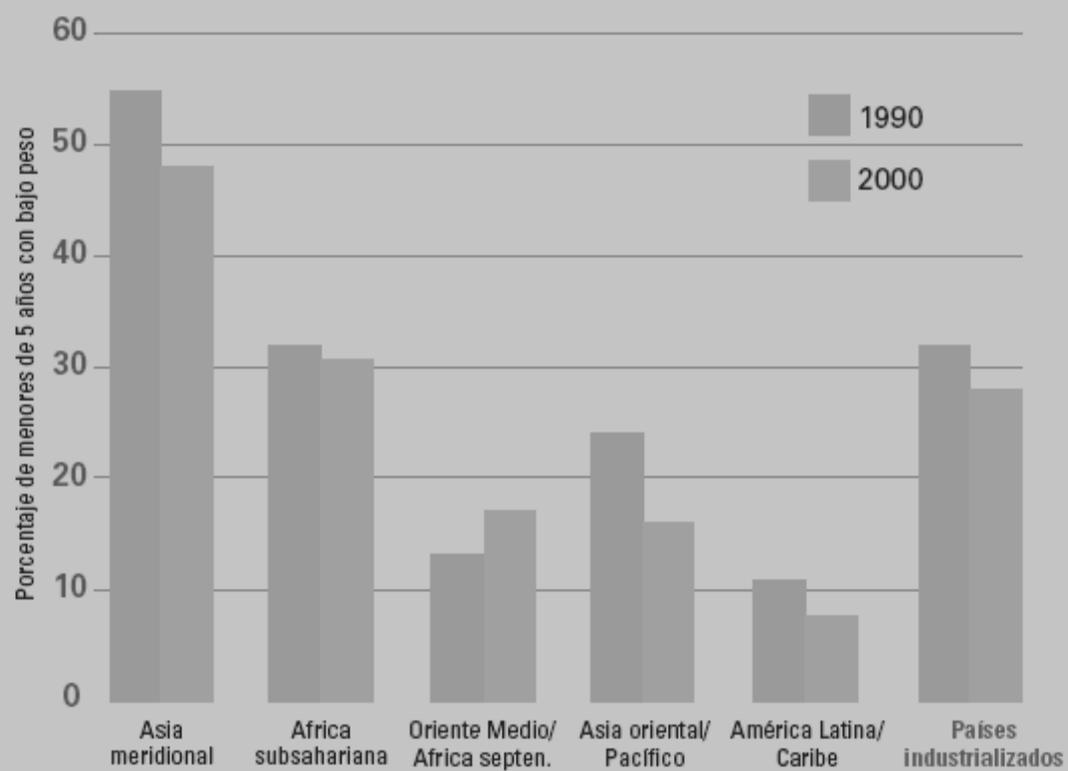
Fuente de todas las tablas, gráficos y cuadros: UNICEF, 2001.

Progresos durante los años 1990

Países donde la prevalencia del bajo peso descendió en un 25% o más



Porcentaje de menores de 5 años con bajo peso, 1990 y 2000



La región ECO/CEI no se incluyó en este gráfico por falta de datos de 1990.

Anexo D: Encuestas realizadas

Instrumentos para aplicar a los padres:



Apreciados padres de familia, todos y todas estamos comprometidos con la vida y nutrición de la niñez en edad escolar, ellos son presente y futuro, por eso te invitamos cordialmente a contestar la siguiente encuesta que compete a una investigación nutricional realizada por estudiantes de último semestre de la facultad de educación de la universidad de san buenaventura cuyo tema objeto de estudio es la malnutrición infantil en niños y niñas de 0-5 años de edad , de los barrios la Cita, el Pite, las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén.



¿Cada cuándo consumes pollo?

- a) 1 vez a la semana b) de 2 a 4 veces por semana
c) diario d) nunca e) aprox. 1 vez al mes

¿Cada cuándo consumes Carne (de res, de puerco etc)?

- a) 1 vez a la semana b) de 2 a 4 veces por semana c) diario
d) nunca e) aprox. 1 vez al mes

¿Cada cuando consumes pescado?

- a) 1 vez a la semana b) de 2 a 4 veces por semana c) diario
d) nunca e) aprox. 1 vez al mes

¿Qué tan seguido comes en lugares de comida rápida?

- a) 1 vez a la semana b) de 2 a 4 veces por semana c) diario
d) nunca e) aprox. 1 vez al mes

¿Cuántas comidas realizas al día?

- a) 4 b) 3 c) 2 d) 1 e) ninguna

¿Qué acostumbras desayunar...?

- a) Leche b) pan c) cereal
- d) huevo e) otra: _____

¿Qué acostumbras cenar...?

- a) Leche b) pan c) cereal
- c) no cenas d) otra: _____

¿Qué acostumbras comer...?

- a) Sopa / arroz / pasta b) carne / pescado c) tortilla
- c) ensaladas d) otra: _____

¿Acostumbras hacer ejercicio?

a) 1 vez a la semana

b) de 2 a 4 veces por semana

c) diario

d) nunca

e) aprox. 1 vez al mes

Instrumentos para aplicar a la comunidad:



Querida comunidad, Todos estamos comprometidos con la vida y la nutrición de la niñez en edad escolar, ellos son presente y futuro, por eso te invitamos cordialmente a contestar la siguiente encuesta que compete a una investigación nutricional realizada por estudiantes de último semestre de la facultad de educación de la universidad de san buenaventura cuyo tema objeto de estudio es la malnutrición infantil en niños y niñas de 0-5 años de edad, de los barrios la Cita, el Pite, las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén.



¿Existen comedores infantiles al servicio de la comunidad?

- a) Sí
- b) No
- c) ¿Por qué? _____

¿Ha recibido ayuda nutricional (talleres, guías, brigadas) por parte de la alcaldía o alguna otra institución?

- a) Sí
- b) No
- c) ¿Por qué? _____

¿Les gustaría contar con un comedor infantil comunitario (cocina saludable)?

- a) Sí
- b) No
- c) ¿Por qué? _____

Instrumentos para aplicar a los niños:



Porque los niños son curiosos, activos, están llenos de esperanza y lo más importante son el presente y futuro de Colombia, te invitamos cordialmente a contestar la siguiente encuesta que compete a una investigación nutricional realizada por estudiantes de último semestre de la facultad de educación de la universidad de san buenaventura cuyo tema objeto de estudio es la malnutrición infantil en niños y niñas de 0-5 años de edad, de los barrios la Cita, el Pite, las Brisas y Don Bosco en la localidad de Usaquén.



¿Tus padres o hermanos padecen algún problema de sobrepeso (obesidad)?

a) Sí

b) No

c) No lo se

¿Qué bebida se consume normalmente a la hora de la comida en tu hogar?

a) Agua Simple

b) Refresco

c) Agua de frutas naturales

d) Bebidas de sabores artificiales

e) Otro _____

¿Con qué frecuencia consumes frutas?

a) 1 vez a la semana

b) de 2 a 4 veces por semana

c) diario

d) nunca

e) aprox. 1 vez al mes

¿Cada cuándo consumes verduras?

a) 1 vez a la semana

b) de 2 a 4 veces por semana

c) diario

d) nunca

e) aprox. 1 vez al mes

¿Cuántos dulces consumes al día?

a) Ninguno

b) Uno

c) Dos

d) tres

e) más de cinco

Anexo E: Recomendaciones nutricionales

<p>Estimated Average Requirement (requisitos medios estimados; EAR)</p>	<p>Nivel medio diario de ingesta de nutrientes en la dieta que satisface las necesidades nutricionales de la mitad de los individuos sanos de una determinada edad y sexo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Base de las RDA • Referencia primaria para evaluar si los aportes en grupos de población son adecuados • Es la mediana (p50)
<p>Recommended Dietary Allowance (ingesta dietética recomendada; RDA)</p>	<p>Nivel diario de ingesta de nutrientes en la dieta que satisface las necesidades nutricionales de casi todos (97 a 98%) de los individuos sanos de una determinada edad y sexo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No sirve para evaluar aportes adecuados en grupos de población • Puede emplearse como referencia para la ingesta individual • Si una necesidad nutricional sigue una distribución normal, $RDA = EAR + 2$ desviaciones estándar
<p>Adequate Intake (ingesta adecuada; AI)</p>	<p>Nivel diario recomendado de ingesta de nutrientes en la dieta y que se considera adecuado, basado en aproximaciones o estimaciones de ingesta de nutrientes, a partir de observaciones o de determinaciones experimentales, dentro de un grupo de población sana.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Puede emplearse como referencia para la ingesta individual • Se usa cuando no se puede determinar la RDA
<p>Tolerable Upper Intake Level (nivel superior de ingesta tolerable; UL)</p>	<p>Nivel superior medio diario de ingesta de nutrientes en la dieta que probablemente no aumente el riesgo de efectos perjudiciales en la salud en casi todos los individuos de la población general</p>	<ul style="list-style-type: none"> • A medida que aumenta el UL, el riesgo potencial de efectos adversos aumenta
<p>Acceptable Macronutrient Distribution Ranges (rango de distribución aceptable de macronutrientes) AMDR</p>	<p>Rango de ingesta de una fuente determinada de energía que se asocia con un riesgo reducido de enfermedades crónicas, a la vez que proporciona ingestas adecuadas de nutrientes esenciales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se expresa como porcentaje de la ingesta total de energía • Tiene unos límites superior e inferior claros, que se estiman por el efecto previsto en la salud: tanto el exceso como el defecto ocasionan un aumento del riesgo de enfermedades crónicas que pueden afectar a la salud a largo plazo y el riesgo de ingesta insuficiente de nutrientes esenciales
<p><i>Nota: en el caso de la energía, existe un Estimated Energy Requirement (EER), que es la ingesta diaria media de energía en la dieta que se prevé que mantiene el equilibrio energético en un individuo de una edad, sexo, peso, altura y nivel de actividad física determinados, consistentes con una buena salud. En niños y mujeres gestantes o lactando, el EER incluye las necesidades asociadas con la formación de tejidos o con la secreción láctea en niveles consistentes con una buena salud.</i></p>		

Anexo F. Tamizaje en niños y niñas de 0 a 5 años

NIÑAS DE 0 A 1 AÑOS

EDAD	TALLA (CMS)	PESO (KG)
10 MESES	68	8.3
1 AÑO	65.8	9.36

NIÑOS DE 0 A 1 AÑOS

EDAD	TALLA (CMS)	PESO (KG)
8 MESES	67	8.34
9 MESES	69	9.34
1 AÑO	70	10.14

NIÑAS DE 2 A 5 AÑOS

EDAD	TALLA (CMS)	PESO (KG)
2 AÑOS	79	9
2 AÑOS	78	9
2 AÑOS	80	9.3
2 AÑOS	79.2	11
3 AÑOS	78.2	10.4
3 AÑOS	80	13
4 AÑOS	75.1	14.2
5 AÑOS	78	16.1

NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

EDAD	TALLA (CMS)	PESO (KG)
2 AÑOS	77.3	9.2
2 AÑOS	73	9.1
3 AÑOS	81	10.3

3 ANOS	78	12.3
3 ANOS	78.4	11.2
3 ANOS	79.3	10.2
4 ANOS	83	11.2
5 ANOS	82	15.5

LECTURA DE LAS TABLAS

Teniendo presente que la talla y el peso varia en niños y niñas así:

Niñas de 0 a 1 año con un peso entre 3.2 Kg. Y 9.6 Kg. Y una talla entre 81 cm y 108 cm

Niñas de 2 a 5 años con un peso entre 12 Kg y 18 Kg. Y una talla entre 50 cm y 74 cm

Niños de 0 a 1 año con un peso entre 3.4 Kg. Y 10.2 Kg. Y una talla entre 51 cm y 76 cm

Niños de 2 a 5 años con un pesos entre 12.5 Kg. Y 19 Kg. Y una talla entre 86 y 110 cm, según edad.

Con base en lo anterior, pudimos determinar en la lectura de las tablas de tamizaje que los niños y niñas presentan tallas inferiores a lo que debería ser su talla ideal, demarcando así un grado de desnutrición a nivel general. En cuanto a sus pesos también podemos observar en las tablas resultados inferiores a los ideales.