

**PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA DISMINUIR
LAS SITUACIONES DE SOBREPESO Y OBESIDAD, PRESENTADA EN LOS
NIÑOS Y NIÑAS DE PRIMERA INFANCIA DE LA CIUDAD DE MEDELLIN**

Trabajo de investigación realizado por:

**ELIBER TORRES AREIZA
VICTOR ALFONSO PAREDES MORALES**

Para optar por el título de Especialista En Gerencia de Proyectos

Directora de Investigación:

SANDRA MARIA QUINTERO CORREA

**UNIVERSIDAD MINUTO DE DIOS
Facultad de Educación virtual y distancia
ESPECIALIZACION EN GERENCIA DE PROYECTOS
Medellín, 2016**

Tabla de contenido

| | Pág. |
|--|------|
| Introducción | 7 |
| 1. Descripción del problema | 9 |
| 1.1. Planteamiento del problema | 9 |
| 2. Objetivos | 11 |
| 2.1. Objetivo General | 11 |
| 2.2. Objetivos Específicos | 12 |
| 3. Justificación | 15 |
| 4. Marco referencial | 15 |
| 4.1. Antecedentes | 24 |
| 4.2. Marco Teórico | 28 |
| 4.3. Marco Conceptual | 28 |
| 4.3.1. Estrategia de Recuperación Nutricional | 28 |
| 4.3.2. Grupo Etario | 28 |
| 4.3.3. Antropometría | 28 |
| 4.3.4. Crecimiento | 29 |
| 4.3.5. Estado Nutricional | 29 |
| 4.3.6. Indicador antropométrico | 29 |
| 4.3.7. Índice de Masa Corporal (IMC) | 29 |
| 4.3.8. Obesidad | 29 |
| 4.3.9. Sobrepeso | 29 |
| 5. Diseño Metodológico | 30 |
| 5.1. Enfoque | 30 |
| 5.2. Tipo de estudio | 31 |
| 5.3. Método de estudio | 31 |
| 5.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección y Análisis de la Información | 32 |
| 5.4.1. Entrevista | 32 |
| 5.4.2. Instrumentos | 34 |
| 5.4.2.1. Valoración Global Subjetiva VGS | 34 |
| 5.4.2.2. Entrevista no estructurada o de Respuesta libre | 35 |
| 5.4.3. Proceso de realización de la entrevista | 35 |
| 5.4.4. Análisis de la información | 36 |
| 5.4.4.1. Análisis de datos cuantitativos (Datos antropométricos) | 36 |
| 5.4.4.2. Análisis cualitativo | 37 |
| 5.5. Resultados de la aplicación del formato | 39 |
| 5.5.1. Indicadores | 39 |
| 5.5.1.1. Sobrepeso y Obesidad. | 39 |

| | | |
|-----------------|---|----|
| 5.5.1.2. | Disminución del sobrepeso y la obesidad | 39 |
| 5.5.1.3. | Incrementa el consumo de alimentos al día | 40 |
| 5.5.1.4. | Disminuye el consumo de alimentos al día | 40 |
| 5.5.1.5. | Realiza actividad física más de tres veces a la semana | 40 |
| 5.5.1.6. | Realiza actividad física tres o menos veces a la semana | 40 |
| 5.5.1.7. | No realiza actividad física | 40 |
| 5.5.1.8. | Con diagnóstico y control médico, Sin diagnóstico médico. | 40 |
| 5.5.2. | Resultado de la Valoración nutricional de la muestra poblacional | 41 |
| 5.5.3. | Resultados Caracterización de hábitos alimentarios y estilos de vida. | 42 |
| 6. | Propuesta del producto principal y subproductos | 44 |
| 6.1. | Métodos de proyección de la demanda | 44 |
| 6.2. | Tipo de maquinaria y equipos a emplear | 45 |
| 6.3. | Localización del proyecto | 45 |
| 6.4. | Distribución física de la planta, esquema general | 46 |
| 6.5. | Estructura organizacional | 47 |
| 7. | Conclusiones y Recomendaciones | 48 |
| 7.1. | Conclusiones | 48 |
| 7.2. | Recomendaciones | 49 |
| 8. | Bibliografía | 50 |
| 9. | Anexos 1. Formato entrevista VGS | 52 |
| 10. | Anexo 2. Caracterización hábitos de alimentación y estilos de vida. | 54 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1. Referente Histórico de construcción de políticas públicas programas y proyectos a favor de la primera infancia. | 17 |
| Tabla 2. Categorías, subcategorías e indicadores | 39 |
| Tabla 3. Cantidad de la muestra de los valorados y clasificación según edad | 41 |

Índice de graficas

Grafica 1. Clasificación en porcentaje del estado nutricional según sexo.

41

Índice de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Procedimiento de análisis de una entrevista | 38 |
| Figura 2. Distribución física del Centro de Atención | 46 |
| Figura 3. Estructura organizacional | 47 |

Introducción

El sobrepeso y la obesidad infantil son uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud OMS al finalizar el 2016 habrá 45 millones de niños con sobrepeso en todo el mundo, de los que cerca de 35 millones viven en países en desarrollo.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades conexas son en gran medida prevenibles. Por consiguiente hay que dar una gran prioridad a la prevención de la obesidad infantil.

Gracias a las evaluaciones nutricionales realizadas sobre la población colombiana durante los últimos años, se ha logrado obtener valiosa información en cuanto al grado de progreso en el estado nutricional del país en la última década. De acuerdo a dichos estudios, la prevalencia global de sobrepeso en nuestros niños(as) es de 3,1%, siendo un poco mayor de lo esperado en una población sana (2,5%). Ante dicha problemática que aqueja a la población infantil, se hace necesario brindar alternativas para combatir la malnutrición por exceso en nuestro país y como primera instancia en la ciudad de Medellín. En la actualidad en esta ciudad y su área metropolitana, no se cuenta con empresas que presten servicios específicos de evaluación y control en salud y nutrición para atender la población

clasificada en la categoría primera infancia (cero a cinco años de edad), en la cual los niños y niñas con diferentes patologías o simplemente con la necesidad de tener un estado de salud y nutrición adecuada puedan tener un conjunto de especialistas en Nutrición y Dietética con altos conocimientos en cada una de las necesidades de los pacientes.

Este trabajo de investigación pretende exponer la situación nutricional actual en la que se encuentra la población infantil (de cero a cinco años) en la ciudad de Medellín y su área metropolitana, para tal efecto fue necesario tomar una muestra poblacional del grupo etario objeto de estudio (primera infancia) el cual está conformado por los niños y niñas beneficiarios del Centro Infantil Caminando Juntos de la fundación Nazaret, a quienes se les sometió a una Valoración Global Subjetiva y una encuesta de caracterización de sus hábitos de alimentación y estilos de vida, y, con base en esos resultados cualitativos analizados se corrobora los resultados alcanzados mediante las evaluaciones nutricionales oficiales (ENSIN y Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN 2015 del municipio de Medellín), demostrando así la persistencia y crecimiento del sobrepeso y la obesidad en la población y la necesidad de crear empresas que presten servicios específicos en nutrición y dietética para este grupo etario.

Como resultado del proceso de investigación, se consiguió establecer que para la muestra poblacional valorada nutricionalmente (93 niños y niñas) el 3,23% presenta obesidad, mientras que el 23,66% demuestra sobrepeso, lo que significa que 22 (26,88%) niños y niñas de 93 presentan sobrepeso y obesidad. Por esta razón se plantea la propuesta de creación de empresas estratégicas enfocadas en el desarrollo de actividades específicas cuyo objetivo final será, para el caso de la detección de sobrepeso y obesidad, mejorar la condición nutricional y por ende la calidad de vida.

1. Descripción del problema

1.1. Planteamiento del problema

Actualmente se está realizando una evaluación del estado de nutrición en la población colombiana, la información más reciente con representatividad nacional se obtiene de la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN; los datos de las evaluaciones nutricionales anteriores, nos permiten realizar una reflexión acerca del grado de progreso en el estado nutricional del país en la última década. De acuerdo a dichos estudios, la prevalencia global de sobrepeso en nuestros niños(as) es de 3,1%, siendo un poco mayor de lo esperado en una población sana (2,5%), poco más elevada en mujeres (3,5%) que en varones (2,8%), en zonas urbanas (3,6%) que en rurales (2,2%) y con poca variabilidad entre regiones del país. De modo similar a la situación en otros países en la región, Colombia enfrenta una transición nutricional en la que persisten los problemas de desnutrición mientras aumenta el problema de sobrepeso y obesidad en la población.

Ante dicha problemática, que afecta en gran medida a la población infantil, se hace necesario brindar alternativas para combatir la malnutrición en nuestro país y como primera instancia en la ciudad de Medellín. En la actualidad en nuestra ciudad y su área metropolitana, no se cuenta con empresas que presten servicios específicos de evaluación y control en salud y nutrición para atender la población clasificada en la categoría primera infancia (cero a cinco años de edad), en la cual los niños y niñas con diferentes patologías o simplemente con la necesidad de tener un estado de salud y nutricional adecuado puedan tener un conjunto de especialistas en Nutrición y Dietética con altos conocimientos en cada una de las necesidades de los pacientes.

La creación de una empresa enfocada en atender problemas de malnutrición en la primera infancia, permitirá contar en un mismo lugar con especialistas en Nutrición y Dietética que puedan atender pacientes en esta etapa del ciclo vital, y que según la patología que presenten o la necesidad que se identifique estén en las capacidades de brindar el servicio y ayuda necesaria; Además de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación y la alimentación saludable, beneficiando a la población colombiana, en especial los grupos vulnerables como la infantil. La atención podrá ser prestada en instalaciones físicas de la empresa o vía domicilio, con el fin de atender al paciente de manera personalizada y de acuerdo a sus preferencias. Además la empresa contará con equipos portátiles especializados para prestar una atención más confiable y cómoda.

Este trabajo de investigación pretende exponer la situación nutricional actual en la que se encuentra la población infantil (de cero a cinco años) en la ciudad de Medellín y su área metropolitana, dado a los altos índices de sobrepeso y obesidad en la muestra poblacional tomada que concuerdan y confirman los resultados obtenidos en las investigaciones oficiales como la ENSIN; demostrando la necesidad de crear una empresa que preste específicamente los servicios de nutrición y dietética para este grupo poblacional.

2. Objetivos

2.1. Objetivo General

Diseñar una propuesta estratégica de intervención para disminuir las situaciones de sobrepeso y obesidad, presentada en los niños de primera infancia (0 a 5 años) del centro infantil Caminando Juntos de la Fundación Nazaret ubicada en el barrio de Belén en la ciudad de Medellín, la cual para efectos de nuestra investigación se tomó como muestra poblacional.

2.2. Objetivos Específicos

Llevar a cabo un diagnóstico nutricional, que incluya valoraciones antropométricas con el fin de realizar detecciones de malnutrición por exceso, concretamente sobrepeso y obesidad en la muestra poblacional.

Realizar encuesta de caracterización de la población objeto de estudio con respecto a sus hábitos alimentarios y estilos de vida.

Diseñar una estrategia como medida frente al avance progresivo de las enfermedades estrechamente relacionadas con la malnutrición por exceso, para contribuir a mejorar la calidad de vida y estimular la práctica regular de la actividad física como alternativa de mejoramiento frente a la situación de sobrepeso y obesidad encontrada.

3. Justificación

En la actualidad se ha venido presentando un gran desarrollo tecnológico con unos niveles de competitividad y productividad que han generado en las empresas compromisos y dedicación, especialmente por parte de sus empleados con exigencias de alto nivel hacia el alcance de las metas propuestas. En este sentido los seres humanos dedican más tiempo al trabajo y menos tiempo a las funciones básicas fisiológicas innatas de cada individuo como es el proceso de la alimentación; permitiendo de esta manera la aparición de varias enfermedades, algunas degenerativas; producidas por una mala o inadecuada alimentación.

Presentemente se cuenta con los resultados de la evaluación antropométrica del Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN 2015 del municipio de Medellín, en este es posible conocer los principales hallazgos por grupo etario, sexo y zona urbana o rural, así como el riesgo cardiovascular y algunos indicadores bioquímicos predictores de riesgo cardiometabólico para la población de niños, niñas y adolescentes. Dicho Perfil es el producto del esfuerzo conjunto entre la Unidad de Seguridad Alimentaria, perteneciente a la Secretaría de Inclusión Social y Familia de la Alcaldía de Medellín, la Escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad de Antioquia y la Institución Universitaria Esumer.

Cabe resaltar, que la información obtenida en el estudio mencionado anteriormente, es relevante y adquiere una importancia fundamental para el análisis y el desarrollo de acciones encaminadas a disminuir el impacto de los problemas de malnutrición; sin embargo la muestra obtenida en dicho perfil, solo nos brinda información valiosa de los hogares participantes de dicho estudio en la ciudad de Medellín. De acuerdo a los resultados encontrados, la prevalencia de sobrepeso en el total de la población de 0 a 17 años fue de 15,6%, con una proporción ligeramente superior en el sexo femenino. En

cuanto al territorio, se observó que el área urbana presenta mayor prevalencia de sobrepeso con 15,6%, siendo la zona suroriental la más afectada con 30,8%. El estrato 3 aportó la mayor proporción de evaluados con sobrepeso 17,8%. . El 5,6% del grupo poblacional en mención presentó obesidad, con proporciones similares según sexo (5,5% y 5,7% para mujeres y hombres respectivamente) y un poco mayor entre el grupo de 5 a 10 años (6,8%). De acuerdo al territorio de residencia de los evaluados, la zona urbana presentó la mayor proporción de obesidad con un 6,0%; la zona suroccidental (11,8%) y su comuna Guayabal (18,6%) fueron las más afectadas por esta condición.

En cuanto a la malnutrición por exceso, en el total de menores de cinco años, el sobrepeso representó el 15%, con una proporción superior en el área rural (20,0%). La prevalencia de obesidad fue 5,0%, con mayor prevalencia en niños menores de 2 años (6,6%). En el grupo total, 15,7% presentó sobrepeso y 5,6% obesidad. El porcentaje de sujetos con sobrepeso fue ligeramente mayor en el grupo de dos a cuatro años y en el sexo femenino (16,5%). La prevalencia de obesidad fue ligeramente superior en los menores de dos años (6,6%) y en el sexo masculino (7,5%). Según el Perfil SAN 2015, la zona nororiental presenta mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad con 12,6% y 6,4 % respectivamente. En la zona urbana se evidencia mayor proporción de sobrepeso con 12,4%, mientras que la obesidad en la zona rural fue más representativa (6,1%) con una prevalencia levemente superior a la zona urbana (5,5%). Estos Los hallazgos se convierten en insumo para continuar con el estudio y análisis de la obesidad infantil en Medellín.

Por lo anterior, es necesario brindar la oportunidad de satisfacer las necesidades puesto que las personas presentan problemas de salud ocasionados por una inadecuada alimentación o por otros factores que originan la necesidad de cuidar la forma de alimentarse para evitar que la enfermedad continúe evolucionando. Al respecto, en la

ciudad de Medellín y el área metropolitana en general existen personas que requieren de asesoría y seguimiento a nivel nutricional y deportivo para mejorar su salud, aspecto físico o rendimiento deportivo.

Por todo lo anterior, la presente investigación pretende dar respuesta a la pregunta: ¿De qué manera se puede disminuir las situaciones de sobrepeso y obesidad en la ciudad de Medellín generados por una inadecuada alimentación?, la cual se presenta en los niños y niñas de primera infancia (0 a 5 años), específicamente del centro infantil caminando juntos Fundación Nazaret ubicada en el barrio de Belén de la ciudad de Medellín,

4. Marco referencial

4.1. Antecedentes

Una buena nutrición tanto en cantidad como en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual del niño, por ende en Colombia se ha trabajado arduamente con el objetivo de prevenir y contribuir a mejorar la situación nutricional de la población. Con este objetivo, se han llevado a cabo procesos de construcción de políticas públicas, programas y proyectos a favor de la sociedad en particular de la primera infancia, proceso que ha contado con la participación de las entidades gubernamentales y de la sociedad civil, que han venido evolucionado a partir de la década de los 60 hasta la actualidad enfocando siempre la disminución de los índices de malnutrición en el país.

El resultado de las políticas sociales dirigidas a la primera infancia condiciona, en gran medida, el éxito o fracaso de las otras políticas sociales. Y las intervenciones que logran buenos resultados conllevan notorios beneficios en educación, en salud y en convivencia social durante la vida adulta. Por ello se dice que invertir en la primera infancia tiene un muy alto rendimiento económico y social.

Dando cumplimiento a lo descrito en la ley 7 de 1979, en su título IV, artículo 21, numeral 19 y lo citado por el decreto 2509 del 2003, el ICBF adelanta las acciones necesarias para definir el problema alimentario y nutricional de la población e investigar los problemas referentes a la nutrición del pueblo colombiano. Es así que desde el 2005 bajo la dirección del ICBF se realizó la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2005, la cual conto con la participación del Instituto Nacional de Salud, La universidad de

Antioquia, La OPS y PROFAMILIA; dicha encuesta se ha realizado cada cinco años, siendo su versión más actualizada la correspondiente al año 2015 y cuyos resultados aún no se han publicado.

La ENSIN, es una herramienta fundamental de la política pública y un insumo básico para proponer acciones en seguridad alimentaria y nutricional. Es un estudio que permite medir los problemas nutricionales de la población colombiana, así como identificar los determinantes sociales, los indicadores y las tendencias del país en materia nutricional, como insumo para apoyar la toma de decisiones políticas y técnicas para su intervención.

Esta encuesta ha aportado conocimiento nuevo al país en cuanto a la situación nutricional de la población entre cero y sesenta y cuatro años, a fin de apoyar la construcción de políticas y programas que direccionen estratégicamente hacia el mejoramiento de la salud de la población.

Cabe mencionar que anteriormente y desde 1990 PROFAMILIA había llevado a cabo la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS), el cual ha sido un proyecto desarrollado quinquenalmente con el objetivo de obtener información actualizada sobre aspectos demográficos y de salud de la población relacionados con los objetivos de la política nacional de salud general sin limitarse a la situación nutricional del país.

La rapidez de los cambios demográficos y de las variables relacionadas con salud, especialmente de la madre y el niño, ocurridos en el país en las últimas décadas, lleva a la necesidad de contar con información válida, confiable y oportuna, con el objeto de medir dichos cambios y los factores que han incidido en ellos; se espera que dicha información sirva de base para la evaluación de diferentes políticas, planes, proyectos y programas que

se desarrollan en el país, especialmente los orientados a los grupos de población más necesitados.

Bajo la premisa de considerar los derechos de las niñas y los niños en primera infancia como impostergables; en donde la familia, la sociedad y el estado están en la obligación de garantizar la protección, la salud y la educación inicial desde el momento de la gestación hasta los cinco años. Nace la Estrategia De Cero a Siempre, la cual coordinaría todas las instituciones, tanto públicas como privadas, para lograr garantizar, en el largo plazo, una atención integral a 2'875.000 niños y niñas del Sisbén 1, 2 y 3. De Cero a Siempre es la Estrategia Nacional de Atención Integral a la Primera Infancia creada en el gobierno del Presidente Juan Manuel Santos y cuya vocería está en cabeza de la Sra. María Clemencia Rodríguez de Santos, que busca aunar los esfuerzos de los sectores público y privado, de las organizaciones de la sociedad civil y de la cooperación internacional en favor de la Primera Infancia de Colombia.

Con el fin de contar con un referente histórico que permita comprender el proceso de construcción de políticas públicas, programas y proyectos a favor de la primera infancia en donde se incluye la nutrición infantil como un factor trascendental; se presenta a continuación un resumen que comprende hechos a partir de la década de los 60 hasta la actualidad.

| Década | Hechos destacados |
|---------------|---|
| 60 | <ol style="list-style-type: none">1. Creación del ICBF mediante la Ley 75 de 1968.2. Creación de los Jardines Infantiles Nacionales. (Ministerio de Educación Nacional, 1962). |

| | |
|------------------|--|
| <p>70</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Creación de los Centros de Atención Integral al Preescolar (CAIP), mediante la Ley 27 de 1974. 2. Inclusión de la educación preescolar como el primer nivel del sistema educativo formal por parte del Ministerio de Educación Nacional. Decreto No.088 de 1976. 3. Diseño del Plan Nacional de Alimentación y Nutrición (PAN), que otorgó un énfasis particular a la población infantil (Plan de Desarrollo "Para Cerrar la Brecha", 1974 -1978). 4. Diseño de la Política Nacional de Atención al Menor, que enfoca la atención del menor de siete años atendiendo la situación de la salud y los procesos de socialización (Plan de Integración Social, 1978-1982). 5. Creación del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (Sbnf) Ley 7 de 1979, que establece las normas para proteger a los niños y niñas, promover la integración familiar, garantizar los derechos del niño y de la niña y ejercer funciones de coordinación de las entidades estatales, relacionadas con los problemas de la familia y del menor. |
| <p>80</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. El Ministerio de Educación implementa el Plan de Estudios para la Educación Preescolar con una concepción de atención integral |

| | |
|-----------|--|
| | <p>a la niñez y con la participación de la familia y la comunidad (Decreto No.1002 de 1984. Plan de Desarrollo, "Cambio con Equidad", 1982-1986).</p> <p>2. Diseño e implementación del Programa de Hogares Comunitarios de Bienestar (HCB), mediante los cuales se brindaría cuidado diurno, alimentación, atención básica en salud y educación preescolar a los menores de siete años. (Icbf 1986).</p> |
| <p>90</p> | <p>1. La Constitución Política de 1991, en su Artículo 67, establece que "la educación será obligatoria entre los cinco y los quince años de edad y comprenderá como mínimo un año de preescolar".</p> <p>2. Creación del Programa Nacional de Acción en Favor de la Infancia (PAFI), que retoma los planteamientos de la CDN y los de la Cumbre de Jomtiem (1990). El PAFI incluyó políticas y programas orientados a los niños, niñas y jóvenes menores de 18 años.</p> <p>3. Creación de los Jardines Comunitarios con los que se brinda atención a los niños y niñas en edad preescolar pertenecientes a poblaciones vulnerables, con la participación de los padres y acudientes (ICBF, Acuerdo No.19 de 1993).</p> |

4. Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud, que priorizó la atención de las madres gestantes y lactantes, de la población infantil menor de un año y de las mujeres cabeza de familia (Ley 100 de 1993).
5. Creación del Programa Grado Cero que busca ampliar la cobertura, elevar la calidad y contribuir al desarrollo integral y armónico de todos los niños y niñas de cinco y seis años de edad, en coordinación con los sectores de salud y el Icbf. (Ministerio de Educación Nacional, Ley General de Educación, **Ley 115 de 1994**).
6. Creación del Programa Fami -Familia, Mujer e Infancia- el cual entrega complemento nutricional a madres gestantes, mujeres lactantes y niños y niñas entre los 6 y los 24 meses, y ofrece sesiones educativas a las madres para que realicen actividades pedagógicas con los niños y niñas menores de dos años. (Icbf, 1996).
7. Formulación del documento Conpes 2787 de 1995, una política pública sobre la infancia "El Tiempo de los Niños", el cual es aprobado para contribuir al desarrollo integral de los niños y de las niñas más pobres y vulnerables, vinculándolos a programas de nutrición, salud y educación.
8. Diseño y ejecución de la estrategia del Pacto por la Infancia, como mecanismo para descentralizar el PAFI y asegurar su

| | |
|-------------------------|--|
| | <p>ejecución a nivel local (Consejería para la Política Social de la Presidencia de la República y el DNP, 1996).</p> <p>9. Desde 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la obesidad como una epidemia global.</p> <p>10. Establecimiento de normas relativas a la organización del servicio educativo y orientaciones curriculares del nivel preescolar (Ministerio de Educación Nacional, Decreto No.2247 de 1997). En 1999 se publican los lineamientos pedagógicos de este nivel.</p> <p>11. Por medio de la LEY 1355 de 2009, el gobierno de la república de Colombia, define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención. Insta a todos los actores de la sociedad a desarrollar estrategias para promover una alimentación balanceada, saludable y el desarrollo de actividades físicas.</p> |
| <p>2000-2010</p> | <p>1. Se promulga la ley 715 de 2001, que definió las competencias y recursos para la prestación de los servicios sociales (salud y educación) y estableció el Sistema General de Participaciones SGP. Esta ley posibilita la ampliación de cobertura en el grado obligatorio de preescolar y asigna recursos para alimentación</p> |

escolar, en los establecimientos educativos, a niños y a niñas en edad preescolar.

2. Aprobación del CONPES 091 de 2005, con el que se definen metas y estrategias para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En cuanto a la primera infancia, aparece en los objetivos la erradicación de la pobreza extrema, el acceso a primaria universal, reducir la mortalidad infantil en menores de cinco años y mejorar la salud sexual y reproductiva.
 3. Adopción de los Consejos para la Política Social como mecanismo de coordinación de las diferentes instancias del SNBF (Plan de Desarrollo Hacia un Estado Comunitario, 2002-2006 / 2006-2010).
 4. Construcción participativa de política pública de infancia "Colombia por la Primera Infancia". Política pública por los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años. (ICBF, 2006).
14. Se promulga la **Ley 1098 de 2006**, Código de la Infancia y la Adolescencia que deroga el Código del Menor. Esta ley establece en su Artículo 29 el derecho al desarrollo integral de la primera infancia.
5. Aprobación del **CONPES 109 de 2007** , el cual materializa el documento "Colombia por la Primera Infancia" y fija estrategias, metas y recursos al Ministerio de la Protección Social, Ministerio

| | |
|-------------------------|---|
| | <p>de Educación y al ICBF, con el fin de garantizar la atención integral a esta población.</p> <p>6. Aprobación CONPES 115 de 2007 que distribuye los recursos del SGP Decreto 4875 de 2011 provenientes del crecimiento real de la economía superior al 4% de la vigencia 2006 (Parágrafo transitorio 2° del Artículo 4° del Acto Legislativo 04 de 2007).</p> <p>7. Se promulga la Ley 1295 de 2009 o de atención integral a la primera infancia, por la cual se reglamente la atención de los niños y niñas de la primera infancia de los sectores 1,2 y 3 de Sisbén, con la que el Estado plantea contribuir a la calidad de vida de las madres gestantes y a garantizar los derechos de las niñas y los niños desde su gestión.</p> |
| <p>2010-2014</p> | <p>1. Plan de Desarrollo: Prosperidad para todos (2010-2014).</p> <p>2. Se publica el documento Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión de la estrategia de atención integral a la primera infancia 2013, el cual incluye el componente de salud y nutrición como uno de los ejes fundamentales para garantizar el adecuado desarrollo físico y mental de los niñas y niños en nuestro país.</p> |

Cabe aclarar que los sucesos descritos en la tabla anterior, están pensados y diseñados para prestar un servicio y atención integral de los niños y niñas; es decir, desde el ámbito

familiar, educacional, de salud, entre otros. Atención específica en lo referente al estado nutricional como tratamientos, remisiones, controles, entre otros, de manera específica en este caso por sobrepeso y obesidad no se referencian.

4.2. Marco Teórico

“Si los pueblos son sanos, las probabilidades de que aumenten su productividad y creatividad, su enriquecimiento espiritual y su capacidad de mantener relaciones interpersonales positivas y altos principios de justicia y paz serán mayores. Vista así, la promoción de la salud deja de ser la responsabilidad de un solo grupo o sector para convertirse en un asunto de interés para todos”.

La Promoción de la Salud: una Antología. OPS-2001

En Colombia, la salud está en manos del Ministerio de la Protección Social bajo mandato constitucional y en parte está encomendada al sector privado, en Diciembre de 1993 se inició un nuevo y ambicioso camino dirigido a lograr en una década la cobertura en salud de todos sus ciudadanos. En esta fecha fue expedida la Ley 100, (LEY 100, s.f.) que pretende transformar el viejo Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, en un Sistema General de Seguridad Social en Salud, basado en el aseguramiento, la competencia de administradoras del seguro y prestadores de servicios, con un enorme componente de solidaridad redistributiva para financiar a los ciudadanos más desposeídos.

La Ley 100 de 1993 desarrolló el sistema de salud que actualmente tenemos, y construyó todo el esquema vigente. Este se consolidó de manera notoria con el paso de los

años y los gobiernos. Diez años después, los seguros de salud cubrían el 54% de la población. Se logró entonces que la ley obtuviera avances tanto en calidad como en cobertura de seguridad social.

De todas maneras, y pese a los problemas existentes, la Ley 100 de 1993 obtuvo grandes logros que necesitaba el país. Mejoró la cobertura del sistema de seguridad social, sobretodo en salud, y redujo el pasivo pensional. En el año 1998 se logró llegar a una cobertura del 60% de la población. La mayoría del pueblo colombiano dependía de los servicios de los hospitales públicos cuya calidad no era la mejor pero sus servicios eran gratuitos.

La Ley 100 estableció dos regímenes para la salud. El primero de ellos es el Régimen Contributivo que cubre a los contribuyentes, es decir, a los trabajadores y sus familias. En salud se aumentó el monto de contribución de un 7% al 12% del salario, de los cuales el 8% corresponde a los empleadores. En éste, cada persona escoge la Empresa Promotora de Salud (EPS) que desee, para tener acceso a la Plan Obligatorio de Salud (POS). El monto de las contribuciones son remitidos al Fosyga (Fondo de Solidaridad y Garantía), quien transfiere a cada EPS un monto determinado por cada afiliado llamado UPC.

El segundo régimen es el subsidiado al que pertenecen quienes no contribuyen, es decir las capas más pobres de la sociedad. Estos reciben subsidios totales o parciales. Para éste régimen se crearon las ARS, Administradoras del Régimen Subsidiado, que cobijan a los niveles 0, 1 y 2 del Sisbén. Su financiación depende de las trasferencias de la nación a los departamentos y municipios, del Fosyga, y de aportes de la Nación.

(Calderón, s.f.) Para entender la estructura y el funcionamiento del sistema de salud en Colombia es necesario conocer los principios generales de la Ley 100. Por ejemplo, en el Capítulo 1, Artículo 2, se establece que “el servicio público esencial de seguridad social se prestará con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación”. De la misma manera, el Artículo 153 establece los patrones rectores del sistema, los cuales son: equidad, obligatoriedad, protección integral, libre elección, autonomía de instituciones, descentralización administrativa, participación social, concertación y calidad.

Lo anterior nos ilustra como el ministerio de la protección social del país debe trabajar para establecer un sistema nacional de salud adecuado, encaminado en la consolidación y el desarrollo de programas enfocados en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con el fin prestar un servicio de calidad y que garantice la atención integral de todos sus usuarios obteniendo beneficios que apuntan a mejorar los niveles de calidad de vida.

Al hablar de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad; es importante entender estos dos términos para comprender por qué cuando se habla de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), se hace referencia a una buena calidad de vida.

(Cerqueira)“La promoción de la salud es un esfuerzo de la comunidad organizada para lograr políticas que mejorarán las condiciones de salud de la población y los programas educativos para que el individuo mejore su salud personal, así como para el desarrollo de una maquinaria social que asegure todos los niveles de vida adecuados para el mantenimiento y mejoramiento de la salud”.

Aunque los gobiernos y entidades privadas hacen esfuerzos para garantizar la seguridad alimentaria a la primera infancia y en la edad escolar de los niños de las diferentes regiones, a nivel de mejoramiento de la calidad de vida por Nutrición no se presentan avances para las personas de otros grupos de edades.

La nutrición es el resultado de una buena alimentación; cada vez que se consume un alimento se desencadena una serie de procesos fisiológicos en todo el sistema digestivo, cuyo fin principal es absorber los nutrientes necesarios para un buen desempeño del organismo. Una alimentación inadecuada provoca grandes cambios a nivel físico, fisiológico, digestivo y hasta psicológico en los seres humanos, por esta razón se debe considerar la alimentación como un proceso necesario en la vida diaria y al que se le debe prestar la atención suficiente y dar la importancia adecuada para evitar complicaciones que puedan conllevar a un deterioro en la salud, en el aspecto físico, psicológico y social.

Durante, la infancia, la adolescencia, la adultez, el embarazo, la lactancia y la vejez se presentan diferentes demandas de nutrientes, que deben ser suministradas de manera correcta para evitar la aparición de enfermedades.

4.3. Marco Conceptual

4.3.1. Estrategia de Recuperación Nutricional

Una estrategia de recuperación nutricional es un conjunto de acciones en salud y nutrición encaminadas a la atención de la población con altas prevalencias de malnutrición en zonas previamente focalizadas, incorporando ejercicios de cruce de variables que arrojen zonas prioritarias para la intervención. Esta estrategia brinda una atención diferencial acorde con cada población y su territorio, reconociendo los sistemas de creencias, las expresiones culturales, tradiciones alimentarias, alimentos autóctonos, pautas de crianza, entre otros. Todo lo anterior con el objetivo de ofrecer un tratamiento integral que permita la recuperación nutricional de niños y niñas de los diferentes grupos etarios, la prevención de la enfermedad y el fortalecimiento de buenas prácticas alimentarias, propendiendo por la soberanía y la seguridad alimentaria de niños, niñas, sus familias y sus comunidades (Lineamiento Técnico Administrativo del sub proyecto Estrategia de Recuperación Nutricional).

4.3.2. Grupo Etario

Concepto que se refiere a los grupos de edad en los que se divide la población, para el caso de primera infancia, se entiende como la población de cero a cinco años.

4.3.3. Antropometría

Se refiere a la medición de las proporciones del cuerpo humano, en cuanto a tamaño y composición corporal.

4.3.4. Crecimiento

Es el incremento progresivo de la masa corporal dado por el aumento en el número de células.

4.3.5. Estado Nutricional

Es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto dado por los requerimientos nutricionales para la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física.

4.3.6. Indicador antropométrico

Es la combinación de dos variables o parámetros, ejemplos peso/talla; talla/edad, entre otros.

4.3.7. Índice de Masa Corporal (IMC)

Es un número que describe el peso de una persona en relación a su longitud/talla, calculada como kg/m^2 . El IMC para la Edad hace referencia a un indicador de crecimiento que relaciona el IMC con la edad.

4.3.8. Obesidad

Peso para la longitud/talla o IMC para la edad por encima de la línea de puntuación z 3.

4.3.9. Sobrepeso

Peso excesivo para la longitud/talla de un individuo; peso para la longitud/talla o IMC para la edad por encima de la línea de puntuación z 2 y por debajo de la línea de puntuación z 3.

Un niño puede tener baja talla que coexiste con sobrepeso.

5. Diseño Metodológico

5.1. Enfoque

La definición del enfoque metodológico es el primer paso a la definición de la manera que se recogerán los datos, como serán analizados e interpretados. A grandes rasgos en la dinámica del quehacer investigativo de las Ciencias Sociales se puede distinguir dos enfoques metodológicos: el cuantitativo y el cualitativo. Ambos se diferencian por su lógica interna: diseño de investigación, técnicas e instrumentos que utilizan para recoger la información, tipo de información recolectada, el proceso de análisis, entre otras características. (Cauas)

La investigación cualitativa es aquella que utiliza preferente o exclusivamente información de tipo cualitativo y cuyo análisis se dirige a lograr descripciones detalladas de los fenómenos estudiados. La mayoría de estas investigaciones pone el acento en la utilización práctica de la investigación. Algunos ejemplos de investigaciones cualitativas son la investigación participativa, la investigación - acción, investigación - acción participativa, investigación etnográfica, estudio de casos. (Cauas)

Esta investigación está basada en el enfoque cualitativo, debido a que se basará en la recolección de información y su posterior análisis para determinar el estado nutricional de una población y, con base en esos resultados aplicar una serie de estrategias enfocadas en el desarrollo de actividades específicas cuyo objetivo final será, para el caso de la detección de sobrepeso y obesidad, mejorar la condición nutricional y por ende la calidad de vida.

5.2. Tipo de estudio

En la etapa de obtención de datos, se debe definir el tipo de estudio que se realizará. Las investigaciones de nivel explicativo son mucho más complejas que las descriptivas y presuponen un mayor nivel de conocimientos por parte del investigador. Por otro lado, la práctica demuestra que la casi totalidad de los estudios realizados por los responsables de programas de acción social son fundamentalmente de nivel descriptivo y/o correlacional. Además cada una de ellas es acumulativa, es decir una investigación descriptiva, lo es también, en algún grado exploratorio y una explicativa es exploratoria, descriptiva y correlacional. (Cauas)

Basándonos en las anteriores definiciones, se puede definir este proyecto como una investigación de tipo descriptiva. Aquí se busca describir una situación determinada el incremento del sobrepeso y la obesidad, esta circunstancia que se puede definir como “temporal” pues su incremento está sucediendo en esta época, debido a múltiples factores. Además, a partir de los hallazgos generados en esta investigación se generan una serie de datos que podrán ser analizados y describir la situación actual del grupo intervenido y de ahí se podrá programar una serie de estrategias para ser desarrolladas.

5.3. Método de estudio

Se entiende por métodos de investigación, aquellos procedimientos lógicos y rigurosos que siguen los investigadores para obtener conocimiento, debemos recordar que la palabra método también se puede definir como camino o ruta. Toda investigación nace a partir de una situación observada o sentida, que genera una serie de inquietudes o preguntas que no

se pueden responder de forma inmediata, sino que requiere establecer un proceso de desarrollo para dar solución. (Gutiérrez, 2014)

De acuerdo con lo anterior, se puede decir que el método utilizado es la adquisición de una información, que nos permitirá obtener un conocimiento a partir de una situación general que se está presentado en la sociedad “el incremento del sobrepeso y la obesidad” en este caso en un población específica (niños y niñas menores de cinco años), que permitirá entonces aplicar una serie de procesos particulares para contribuir al mejoramiento de estas situaciones.

5.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección y Análisis de la Información

5.4.1. Entrevista

Las definiciones simples tienen el problema de que pierden riqueza en aras de presentar un fenómeno o situación, de una manera comprensible al mayor número de personas. No obstante tienen la ventaja de que, como punto de partida, son útiles. De alguna manera siempre existe la dificultad de definir y establecer los contornos del tema de interés. El tema de la entrevista no escapa de esta afirmación. Precisar o especificar la entrevista nos remite a una interrelación, el contacto, la comunicación, confrontación, el reporte, informe, la reflexión expresada, la indagación. Breve, es una técnica antiquísima en donde se efectúa un acto de comunicación a través de la cual una parte obtiene información de la otra.

Se trata de una situación cara a cara (Mayer y Ouellet, 1991: 308; Taylor y Bogdan, 1996), donde se da una conversación íntima de intercambio recíproco, en la cual el

informante se convierte en una extensión de nuestros sentidos y asume la identidad de un miembro de su grupo social (Tremblay,1968:312). En esta interrelación, se reconstruye la realidad de un grupo y los entrevistados son fuentes de información general, en donde hablan en nombre de gente distinta proporcionando datos acerca de los procesos sociales y las convenciones culturales (Schwartz y Jacobs, 1984: 62).

La entrevista forma parte de la batería de técnicas de la investigación cualitativa, ésta a su vez, forma parte de una manera de enfocar la realidad que es el método inductivo. No obstante se ha insistido en que la entrevista por sus características se presenta de diferentes formas. Con la finalidad de situar la entrevista en profundidad de tipo cualitativo se incluyen a continuación la descripción de Grawitz, quien menciona que una tipología de la entrevista puede presentarse de acuerdo al “grado de libertad” y el “nivel de profundidad” que modifican su nivel de comunicación.

“El grado de libertad dejado a los interlocutores se traduce en la presencia y forma de las preguntas. El nivel de información recogido se expresa en la riqueza y complejidad de las respuestas. Es el objetivo a alcanzar lo que determinará la libertad dejada al encuestador y encuestado, y la profundidad de las informaciones a recoger; es decir, el tipo de entrevista que debe recomendarse” (Grawitz, 1984).

Según Grawitz (1984), se pueden clasificar las entrevista según un “continuum” que admita en cada lado los tipos más extremos: un polo máximo de libertad y profundidad y un polo mínimo: entre estos dos polos se sitúan gradualmente los tipos intermedios. Resulta de ello el esquema siguiente:

1. La entrevista clínica
2. La entrevista profunda
3. La entrevista de respuestas libres
4. La entrevista centrada o focused interview
5. La entrevista de preguntas abiertas
6. La entrevista de preguntas cerradas

5.4.2. Instrumentos

5.4.2.1. Valoración Global Subjetiva VGS (ver formato)

Con esta técnica clínica, se busca tener información del paciente y su grupo familiar: antecedentes personales, familiares, signos clínicos, frecuencia de consumo de alimentos, consumo de medicamentos, entre otros.

- **Tomas de medidas antropométricas:** en ellas están el peso corporal, la talla y la Circunferencia Braquial del Brazo (CBB). Los resultados obtenidos serán validados con el respectivo protocolo que avale el diagnóstico obtenido. Ejemplo la resolución 2121 de 2010.
- **Atención individual:** atención priorizada que se realizará a cada niño o niña remitido por alguna EPS o por iniciativa propia de su núcleo familiar con el fin de iniciar el proceso de atención.

5.4.2.2. Entrevista no estructurada o de Respuesta libre – Caracterización de hábitos alimentarios y estilos de vida (Ver formato).

Tipo de entrevista que se identifica por su relativo grado de flexibilidad tanto en el formato como en el orden y los términos de realización de la misma para las diferentes personas a quien está dirigida. Consiste en recoger información mediante un proceso directo de comunicación entrevistadores(es) y entrevistado(s), en el cual el entrevistado responde libremente a cuestiones previamente diseñadas en función de las dimensiones que se pretenden estudiar, planteadas por el entrevistador.

5.4.3. Proceso de realización de la entrevista

Aunque no hay un modelo único para la realización de una entrevista, a continuación se describe el proceso que se llevara a cabo para desarrollar las dos técnicas propuestas la obtención de la información en la presente investigación.

- **Preparación de la entrevista:** preparación del guion de la entrevista partiendo del objetivo o problema de investigación de acuerdo al tipo de entrevista (Valoración global subjetiva o la de Caracterización de hábitos alimentarios y estilos de vida) a realizar sobre la población de estudio.
- **Realización de la entrevista:** con el guion de la entrevista definido, y habiendo entrado en confianza con las personas que se van a entrevistar, se procede a la fase de realización de la entrevista. Se comienza por presentar al entrevistado el objetivo de la entrevista, la forma como se registrara la información (escrita) y

después se procede al desarrollo del guion según el tipo de entrevista seleccionada.

- **Finalización de la entrevista o de las conclusiones:** en esta fase se agradece al entrevistado su participación y se organiza la información para ser procesada posteriormente para su respectivo análisis.

5.4.4. Análisis de la información

5.4.4.1. Análisis de datos cuantitativos (Datos antropométricos)

Software OMS Anthro (versión 3.2.2, enero de 2011): Esta herramienta diseñada por la organización mundial de la salud, nos permite analizar la información cuantitativamente haciendo comparación de los datos recopilados en la investigación respecto a unos estándares establecidos para indicadores como Talla, peso e Índice de masa corporal de acuerdo a la edad de los niños y niñas a nivel mundial. OMS Anthro consta de tres partes: una calculadora antropométrica, un módulo que permite el análisis de mediciones individuales de niños(as) y un módulo para el análisis de datos de encuestas de poblaciones sobre el estado nutricional. Además esta versión 3 de OMS Anthro permite a los usuarios corregir los intervalos de confianza en el análisis cuando la muestra había sido elegida utilizando el método de conglomerados. El módulo de las "encuestas nutricionales" permite también agregar las informaciones sobre la dirección del niño. Esta información puede servir para hacer mapas y análisis estratificados.

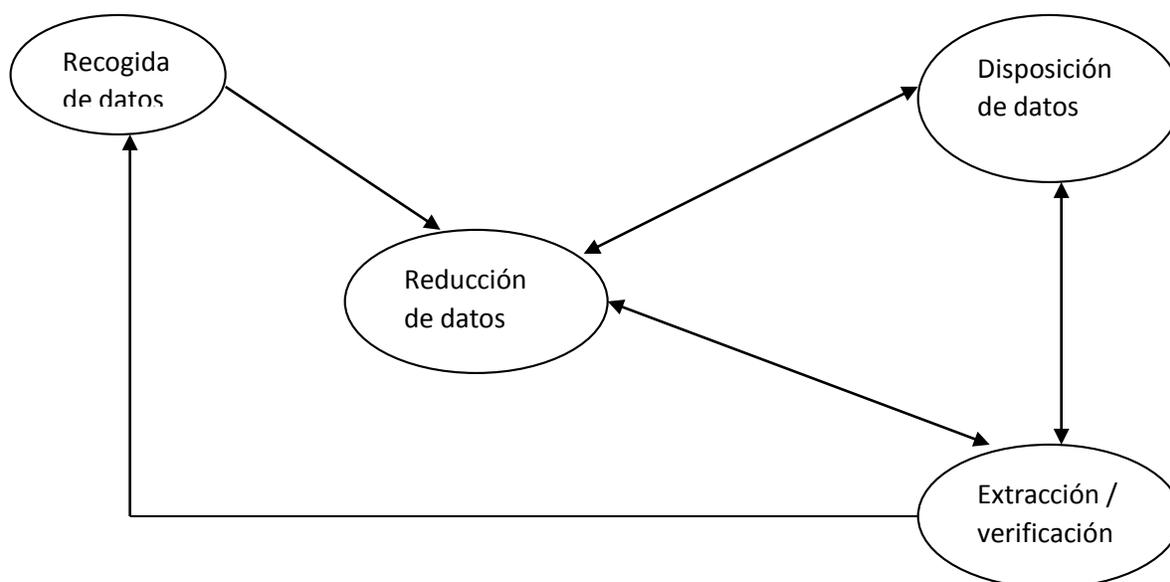
5.4.4.2. Análisis cualitativo

Para realizar el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se procede de acuerdo a las siguientes fases:

- Lectura y estudio detallado de los instrumentos aplicados en el desarrollo de la investigación (entrevistas).
- Fueron identificadas las categorías, subcategorías e indicadores, antes mencionados y que están involucrados en las respuestas de las encuestas y entrevistas.
- A partir de la organización de los datos, se realizó el análisis descriptivo de cada categoría en relación con las preguntas de la entrevista y de las encuestas.
- Finalmente se realizó el análisis interpretativo en relación con los hallazgos cualitativos encontrados, apoyados en la información del marco teórico y en el objetivo general y los específicos.

La información se segmenta en unidades de significado, las cuales se categorizan, subcategorizan de acuerdo a los indicadores evaluados de manera tentativa y flexible. La construcción y generación inductiva de las categorías permite clasificar los datos recogidos, que por medio de una actividad ecléptica (cuyos procedimientos no son científicos ni mecánicos) se utiliza la comparación como recurso intelectual para lograr el análisis de los datos; como resultado se obtendrá un tipo de síntesis de orden superior.

Figura 1 Procedimientos de análisis de una entrevista



5.5. Resultados de la aplicación del formato

A partir de la información obtenida en la aplicación del formato de VGS y el formato de caracterización de la población y una vez analizados los registros obtenidos, mediante un análisis cualitativo y cuantitativo, se establece la tabla 1 de categorías, subcategorías e indicadores. Cada categoría y subcategoría de la tabla 1 está soportada en el formato de la VGS y de estas, se crearon los indicadores, que son los que nos permiten hacer el análisis de los factores que están afectando directa o indirectamente el proceso del niño y / o la niña.

“..todos los niños y niñas del mundo, si reciben una atención adecuada desde el comienzo de sus vidas, tienen el mismo potencial de crecimiento y que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los 5 años de edad dependen más de la nutrición, el medio ambiente y la atención en salud que de factores genéticos o étnicos”.

Resolución 2121 de 2010.

Tabla 2. Categorías, subcategorías e indicadores

| CATEGORIAS | SUBCATEGORIAS | INDICADORES | Nº |
|-----------------------------|---------------------------------|---|----|
| Cambios en el peso corporal | Aumento del peso corporal | Sobrepeso | 1 |
| | | Obesidad | 2 |
| | Disminución en el peso corporal | Disminución del sobrepeso | 3 |
| | | Disminución de la obesidad | 4 |
| Consumo de alimentos | Número de comidas al día | Incrementa el consumo de alimentos al día | 5 |
| | | Disminuye el consumo de alimentos al día | 6 |
| Capacidad funcional | Actividad física | Realiza actividad física más de tres veces a la semana | 7 |
| | | Realiza actividad física tres o menos veces a la semana | 8 |
| | | No realiza actividad física | 9 |
| Enfermedad | Diagnóstico | Con diagnóstico y control médico | 10 |
| | | Sin diagnóstico médico | 11 |

5.5.1. Indicadores

5.5.1.1. Sobrepeso y Obesidad:

relacionada directamente con el consumo de alimentos y algunas veces con enfermedades, indirectamente se relaciona con el sedentarismo y una buena estrategia de intervención es la práctica de actividad física regularmente y la planeación y puesta en marcha de un buen plan nutricional evaluado constantemente por el nutricionista.

5.5.1.2. Disminución del sobrepeso y la obesidad:

resultado de la aplicación controlada y supervisada por el nutricionista, en ocasiones también, se debe a la implementación de otras estrategias como la intervención clínica por enfermedades.

5.5.1.3. Incrementa el consumo de alimentos al día: una de las causas principales del sobrepeso y la obesidad, es aquí en donde el plan nutricional debe ser acorde a las necesidades alimentarias según la edad y evitar el exceso del consumo de alimentos.

5.5.1.4. Disminuye el consumo de alimentos al día: este indicador es de mucha importancia, debido a que en esta edad, se debe cumplir con unos estándares de porciones de alimentos por día, es poco usual que se presente una disminución en la ingesta de alimentos sugerida por el nutricionista.

5.5.1.5. Realiza actividad física más de tres veces a la semana: es una de las estrategias más acertadas para el proceso de atención en pacientes con sobrepeso y obesidad, además, que permite un mejoramiento en su salud.

5.5.1.6. Realiza actividad física tres o menos veces a la semana: con una intensidad como esta, es poco probable lograr el objetivo que se plantee, en el caso de ser, el de reducción de peso.

5.5.1.7. No realiza actividad física: el sedentarismo es una de las causas más importantes en el incremento del aumento del peso corporal, además, que favorece la aparición de enfermedades cardiovasculares, el incremento del tejido adiposo (grasa) y otras enfermedades.

5.5.1.8. Con diagnóstico y control médico, Sin diagnóstico médico: al momento de iniciar el tratamiento nutricional, es de vital importancia conocer si el niño o la niña cuenta o no con un diagnóstico médico, con el fin de descartar que el sobrepeso y / o la obesidad sea causada por una enfermedad.

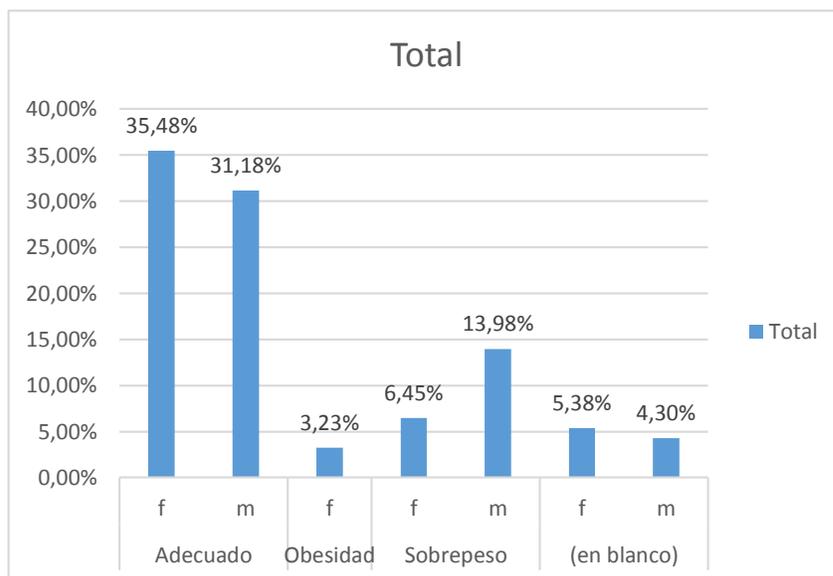
5.5.2. Resultado de la Valoración nutricional de la muestra poblacional

Tabla 3. Cantidad de la muestra de los valorados y clasificación según edad

| | |
|----------------------|-----------|
| Adecuado | 62 |
| f | 33 |
| m | 29 |
| Obesidad | 3 |
| f | 3 |
| Sobrepeso | 19 |
| f | 6 |
| m | 13 |
| (en blanco) | 9 |
| f | 5 |
| m | 4 |
| Total general | 93 |

En la tabla 2, se puede observar la cantidad de niños y niñas valorados (as) el 22 de febrero de 2016, en ella también está la cantidad según sexo con su respectiva clasificación. Para destacar que de las 93 valoraciones 33 niñas y 29 niños están con estado nutricional adecuado.

Grafico 2. Clasificación en porcentaje del estado nutricional según sexo.



En la anterior ilustración se puede observar que del 100% de los niños y niñas valorados (as), el 3,23% corresponde a obesidad siendo el 100% en las niñas, en cuanto al sobrepeso las niñas representan el 6,45% y los niños el 13,99%, para un total del 23,66% del 100%. Lo que quiere decir que 22 (26,88%) niños y niñas de 93 presentan sobrepeso y obesidad, es una cantidad alta y es necesario realizar un plan de atención que pueda contribuir a la disminución de esta condición y así prevenir posibles enfermedades como cardiovasculares.

5.5.3. Resultados y conclusiones - Entrevista de Caracterización de hábitos alimentarios y estilos de vida

Gracias al acompañamiento del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF y la alcaldía de Medellín mediante sus programas Buen Comienzo y De Cero a Siempre, nuestra población objeto de estudio es atendida integralmente durante sus primeros cinco años de vida. A través de la fundación Nazaret como operador de dichos programas, es posible brindara la población acompañamiento en nutrición.

Cabe mencionar, que la alimentación entregada a los niños y niñas durante la prestación del servicio en el centro infantil es muy adecuada, variada y está diseñada de acuerdo a sus condiciones y requerimientos nutricionales diarios mínimos; así mismo la actividad física o el deporte juega un papel importante durante el desarrollo de las actividades pedagógicas planeadas por cada agente educativo con el fin de promover los buenos hábitos y estilos de vida saludable entre los niños, niñas y sus núcleos familiares. Sin embargo, todos los esfuerzos que se realiza en la entidad, se ven en muchos casos estropeados por la propia comunidad favorecida. De acuerdo a las declaraciones entregadas mediante el proceso de entrevista, los interrogados quienes mantienen una estrecha relación con los niños y niñas al

interior del centro infantil durante las jornadas diarias, es posible conocer algunas de las causas por las cuales se presentan los problemas de malnutrición por exceso en nuestra muestra población, generalmente cuando los niños y niñas se encuentran en sus núcleos familiares incurriendo en errores como:

- Bajo o ausente consumo de frutas y verduras.
- La afinidad por las carnes procesadas, excesivo consumo de las mismas y remplazo parcial o total de las carnes frescas.
- Ingesta de alimentos hipercalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.
- Consumo incontrolado de alimentos procesados (Gaseosas, dulces, Snacks, helados).
- Consumo de alimentos en cualquier momento en el día, desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico.
- La falta de actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de los núcleos familiares.
- Bajo acceso hacia los alimentos saludables fuentes de nutrientes esenciales por cuestiones económicas.
- Ausencia de momentos familiares donde se realicen actividades que impliquen movimientos físicos o deportivos.
- Oposición frente uso de medios de transporte que impliquen actividad física como medio alternativo de recreación, traslado a corta distancia o deporte.

6. Propuesta del producto principal y subproductos

La empresa de asesorías nutricionales enfocada al tratamiento del sobrepeso y la obesidad para niños y niñas menores de cinco años, busca ofrecer de manera personalizada los servicios que se describirán a continuación, contando con un adecuado control y seguimiento, con el fin de que cada paciente se sienta acompañado y pueda despejar las inquietudes que surjan durante la ejecución de su plan de alimentación y de entrenamiento, buscando la calidad en el servicio y por ende mejorando su calidad de vida.

- Diagnóstico Nutricional con evaluación de la masa y composición corporal mediante técnicas antropométricas profesionales: Sobrepeso, tipos y grados de obesidad
- Prevención y/o tratamiento nutricional: Prevención de riesgos nutricionales, y terapias nutricionales.
- Elaboración del plan nutricional.
- Plan de actividad física.
- Educación Nutricional: elaboración y facilitación de charlas y material audiovisual (televisivo, digital, impreso, entre otros) alusivo a la Nutrición preventiva y terapéutica.
- Asesoría a instituciones: Para empresas que presten el servicio de elaboración de dietas normales y terapéuticas.

6.1. Métodos de proyección de la demanda

Actualmente se cuenta con los resultados de la evaluación antropométrica del Perfil de Seguridad Alimentaria y Nutricional-SAN 2015 del municipio de Medellín, en este es

posible conocer los principales hallazgos por grupo etario, sexo y zona urbana o rural, así como el riesgo cardiovascular y algunos indicadores bioquímicos predictores de riesgo cardiometabólico para la población.

6.2. Tipo de maquinaria y equipos a emplear

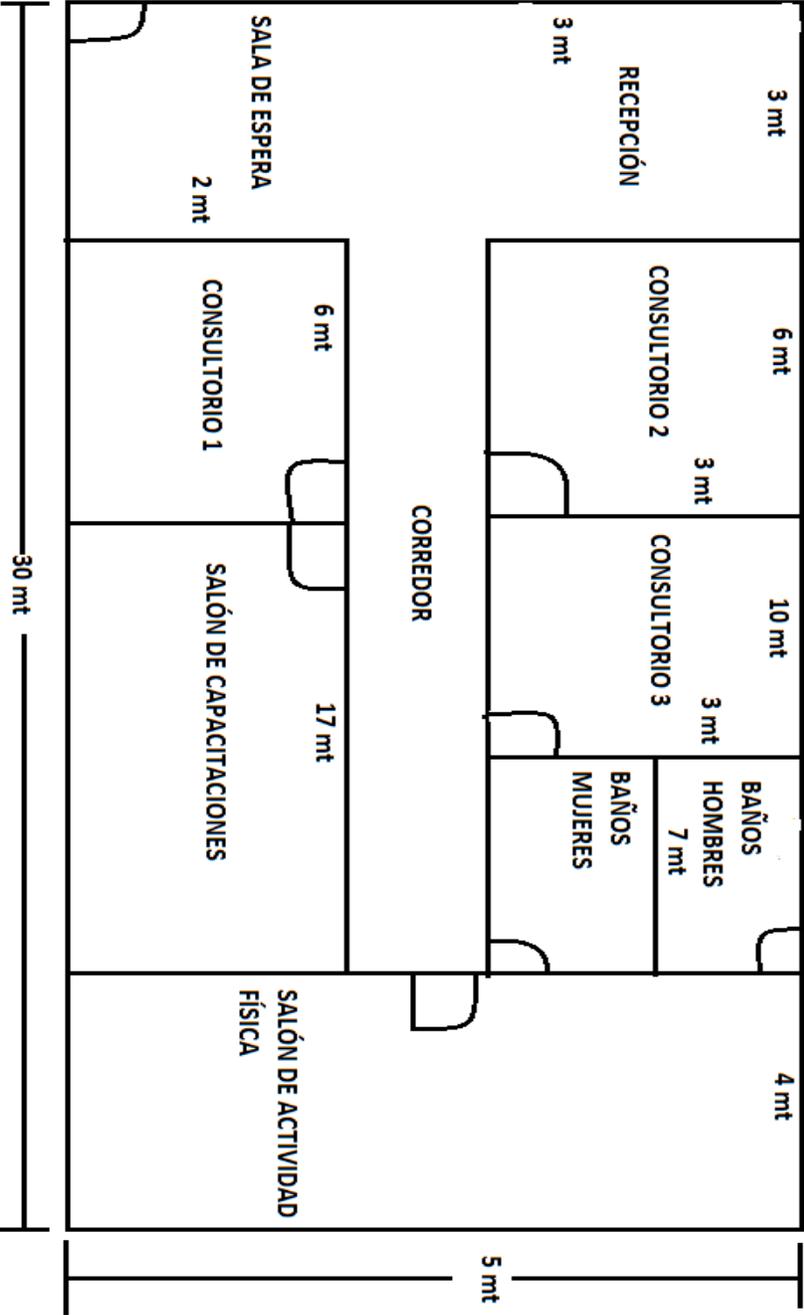
Para una correcta prestación del servicio y atendiendo al método de proyección de la demanda, es necesario utilizar equipos de última tecnología que estén diseñados para garantizar una correcta medición y un servicio con eficiencia para las necesidades del usuario. Para ello es importante contar con Software de nutrición, protocolos estandarizados de medición del estado nutricional de las personas según su edad y equipos de peso y talla apropiados para este fin.

6.3. Localización del proyecto

La empresa de asesoría para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad para niños y niñas menores de cinco años, estará ubicada en la ciudad de Medellín, con domicilio en el barrio los conquistadores. Además se tendrá la capacidad de realizar atención domiciliaria o empresarial, cuando sea requerido por el usuario. Otra forma de atención será mediante la alianza con empresas de servicios de actividad física (gimnasios y Centros de Acondicionamiento Físico [CAF]) y empresas prestadoras de salud (EPS).

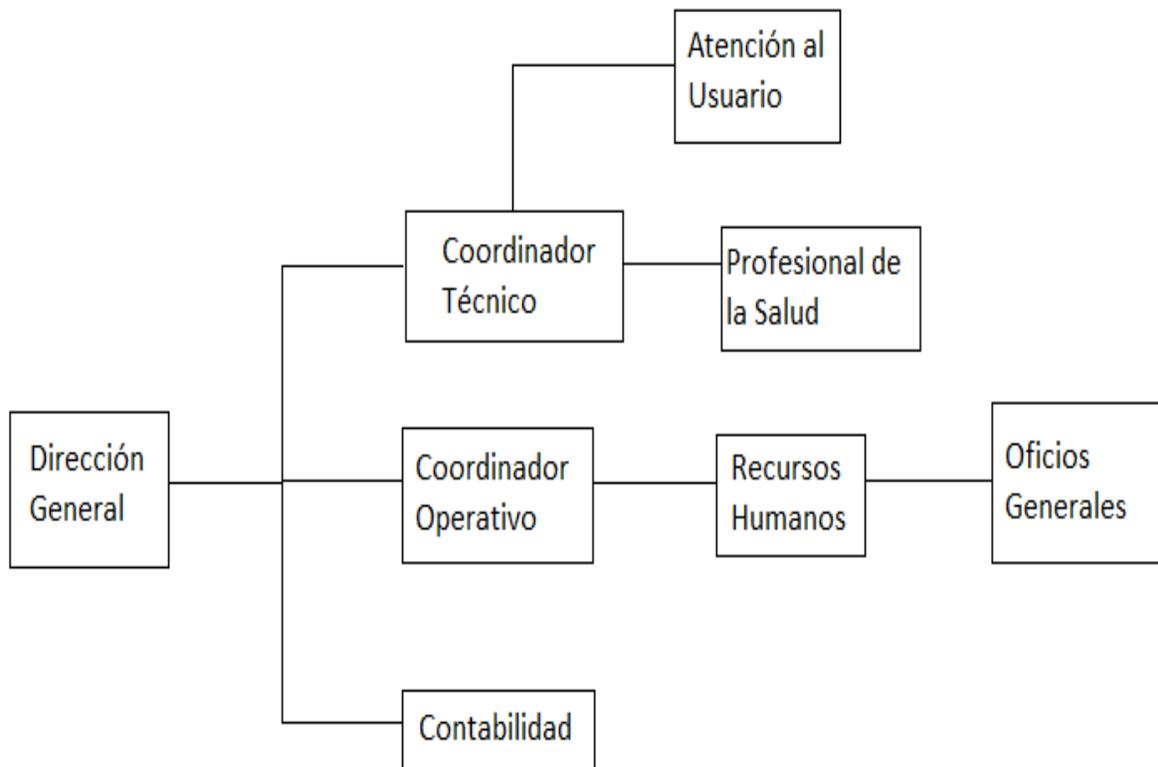
6.4. Distribución física de la planta, esquema general

Figura 2. Distribución física del Centro de Atención



6.5. Estructura organizacional

Figura 3. Estructura organizacional



7. Conclusiones y Recomendaciones

7.1. Conclusiones

- Se logró determinar en nuestra muestra poblacional objeto de estudio el porcentaje de sobrepeso y obesidad presente.
- Por medio de este trabajo de investigación, fue posible corroborar los resultados entregados por las encuestas nutricionales llevadas a cabo por el gobierno, los cuales muestran un nivel muy alto de sobrepeso y obesidad en nuestra población infantil.
- Fue posible demostrar la gran necesidad que existe actualmente buscar soluciones integrales para atención en nutrición especialmente para nuestra población infantil (cero a cinco años).
- Gracias a los resultados obtenidos por medio de esta investigación, justificamos la creación de empresa y puesta en marcha de nuestra propuesta de intervención al problema de salud pública que aqueja a nuestra región como lo es el sobrepeso y la obesidad. Lo anterior nos da vía libre para el aprovechamiento de esta oportunidad, iniciando procesos de planeación y posterior ejecución de nuestras estrategias que buscan mejorar la calidad de vida de nuestros futuros clientes.

7.2. Recomendaciones

- Existen en el mercado una infinidad de procesos, dietas, asesorías, entre otros, “milagrosos” para mejorar el estado nutricional de las personas, de estos la gran mayoría sin ningún fundamento científico ni asesoría profesional. Es así pues que estas personas que buscan mejorar su condición de estado nutricional deben estar alertas con los que les están ofreciendo y evitar engaños y procesos inadecuados que atentan contra su salud.
- Siempre que se piense en mejorar el estado físico y de salud, se debe asesorar con profesionales calificados para evitar un daño grave y posiblemente irreversible en el funcionamiento del organismo.
- Llevar el proceso al ámbito familiar para que el alcance de los objetivos del paciente se pueda lograr y mantenerse a través del tiempo.

8. Bibliografía

Tafur Calderón, Luis Alberto. El sistema de salud de Colombia después de la Ley 100. Consultado en <http://colombiamedica.univalle.edu.co/VOL27NO1/sistemasalud.html>. Acceso abril 2016.

Perfil de seguridad alimentaria y nutricional de Medellín y sus corregimientos 2015, caracterización de hogares.

Ambert, Anne-Marie y otros (1995). Understanding and Evaluating Qualitative Research. En: Journal of Marriage and the Family, Nov. 1995, Vol.57, No, 4. Aktouf, O. (1992).

Bartolomé M (1992) Bartolomé Bartolomé, M. (1992). Investigación cualitativa en educación Investigación Investigación cualitativa cualitativa en educación educación.

Sistemas de . (1991). Sistemas de codificación codificación. En M.T. Anguera Anguera (Ed.). Metodología Metodología observacional en la observacional en la investigación investigación psicológica psicológica. Vol. I . Vol. I.

Cauas, D. (s.f.). *Búsqueda: Variable, enfoque y tipo de investigación*. Obtenido de http://datateca.unad.edu.co/contenidos/210115/Documento_reconocimiento_Unidad_No_2.pdf

Gutiérrez, S. J. (28 de Enero de 2014). *Búsqueda: Métodos, Enfoques y Tipos de Investigación*. Acceso 04/05/2016. Obtenido de <http://sanjahingu.blogspot.com.co/2014/01/metodos-tipos-y-enfoques-de.html>

Calderón, L. A. (s.f.). http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf.

Cerqueira, M. T. (s.f.). Promoción de la Salud y Educación para la Salud: Retos y Perspectivas.

Ferrer, J. (s.f.). <http://metodologia02.blogspot.com.co/p/operacionalizacion-de-variables.html>.

LEY 100. (s.f.).

http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993_pr002.html.

http://www.seca.com/es_mx/productos/todos-los-productos.html. Acceso abril 2016.

<http://www.personal.fi.upm.es/~gar/docs/apuntes/Estructura,%20planificacion%20y%20organizacion%20de%20la%20empresa.pdf>. Acceso Abril 2016.

<http://www.who.int/topics/nutrition/es/>. Acceso abril 2016.

VALORACION GLOBAL SUBJETIVA

Nombre del niño o niña: _____

Registro Civil: _____ Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA

Edad: días: _____ meses: _____ años: _____

Fecha de Evaluación: _____

1. CAMBIOS EN EL PESO CORPORAL Y LA TALLA:

Peso al nacer (Kg): _____ Peso hace un mes (Kg): _____ Peso actual (Kg): _____

Cambios en el último mes: aumentó: _____ (1,2) Disminuyó: _____ (3,4)

Igual (marque con una X): _____

Talla al nacer (cm): _____ Talla hace un mes (cm): _____ Talla actual (cm): _____

2. CONSUMO DE ALIMENTOS:

Lactancia materna (marque con una X): Si: ___ No: ___ Actualmente?: Si ___ No ___

¿A qué edad inició alimentación complementaria?: _____

¿Cuántas comidas al día consume?: _____ (5,6)

Alimentos preferidos: _____

Alimentos rechazados: _____

En el último mes su alimentación, Cambió: _____ Igual: _____

¿Ayuno?: Si: _____ No: _____ (3,4,6)

3. CAPACIDAD FUNCIONAL

¿Hay disfunción?: Si: ____ (9) No: ____ ¿Dificultad para moverse?: Si ____ (9) No ____

Actividad Física: Si ____ No ____ (9) (si la respuesta es "sí") ¿Cuántas veces a la semana?
_____ (7,8)

4. ENFERMEDAD Y REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES:

Diagnóstico: _____ (10,11)

Requerimientos nutricionales: normal: _____ Aumentado: _____

Disminuido: _____

5. EXAMEN FÍSICO:

Grasa subcutánea: _____ algunas áreas: _____ todas las áreas _____

Desgaste muscular: _____ algunas áreas: _____ todas las áreas _____

Edema: Si ____ No ____ Localización: _____

6. CALIFICACIÓN:

A _____ Bien nutrido

B _____ Sobrepeso

C _____ Obesidad

Conducta a seguir: _____

ANEXO 2

**CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACION
HÁBITOS ALIMENTARIOS Y ESTILOS DE VIDA**

Nombre del entrevistado(a): _____

Documento de identidad: _____

Lugar donde se realizó la entrevista: _____

Fecha de Entrevista: _____

Instrumento de recolección de información cualitativa, elaborado con base en las categorías, subcategorías e indicadores identificados para la presente investigación.

| CATEGORÍA | PREGUNTA | RESPUESTA LIBRE |
|------------------------------------|---|------------------------|
| Cambios en el peso corporal | ¿Qué aspectos se conocen y resaltan de los estilos de vida de los niños(as) y núcleos familiares beneficiarios del centro infantil? | |
| | Si Existiesen cambios significativos en el peso de la población atendida en el centro infantil en comparación con la condición inicial de los niños(as) al ingresar en la institución, ¿qué medidas se adelantan para atender estos casos y que resultados se han obtenido? | |
| | | |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| Consumo de alimentos | ¿Qué alimentos pertenecientes a los diferentes grupos (Energéticos, Proteicos, Azúcares y Dulces, vegetales, frutas, grasas y lácteos) identifican los niños y niñas del centro infantil con mayor facilidad? Y cuales consumen con mayor frecuencia. | |
| | ¿Qué alimentos o preparaciones suministrados en el centro infantil tienen un mayor grado de aceptación por parte de los niños(as) en los diferentes tiempos de alimentación? | |
| | ¿Qué alimentos o preparaciones suministrados en el centro infantil tienen un mayor grado de rechazo por parte de los niños(as) en los diferentes tiempos de alimentación? | |
| | ¿Qué reacción presentan los niños frente a los alimentos que no les gustan o que desconocen? | |
| | ¿Qué conductas generales presentan los niños en los diferentes tiempos de alimentación en el centro infantil? | |
| | ¿Qué aspectos se resaltan en cuanto a los hábitos alimenticios de los | |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| | niños(as) y núcleos familiares beneficiarios del centro infantil? | |
| Capacidad funcional | ¿Qué actividades y eventos disfrutan hacer los niños(as) con sus padres y familiares mientras están en sus hogares? los cuales hayan sido descritos o ilustrados por parte de los niños a sus agentes educativos con mayor frecuencia | |
| | De acuerdo al testimonio de los padres beneficiarios del servicio que presta el centro infantil, qué hacen los niños y niñas después de las jornadas pedagógicas en sus respectivos hogares. | |
| | ¿Qué actividades que implican movimientos y acciones físicas tienen mayor aceptación, atracción y regocijo entre los niños y niñas del centro infantil? Y cuales es la reacción | |
| | Qué respuesta ha obtenido el centro infantil frente a convocatorias e invitaciones hacia los núcleos familiares para asistir a jornadas recreativas, deportivas o el desarrollo de proyectos relacionados con una alimentación saludable. | |

| | | |
|-------------------|---|--|
| Enfermedad | <p>Cuáles han sido las recomendaciones que generalmente entregan los padres de familia cuando matriculan a sus hijos(as) en el centro infantil en cuanto a la alimentación y la actividad física especialmente si presentan sobrepeso u obesidad.</p> | |
| | <p>Cuál es la reacción y que acciones realiza cada núcleo familiar al momento notificarles desde el centro infantil que por medio de tamizajes antropométricos se detectó que sus hijos(as) presentan problemas de sobrepeso u obesidad.</p> | |
| | <p>Qué aspectos conoce usted con respecto a los hábitos y estilos de vida de los núcleos familiares beneficiarios del servicio que presta el centro infantil.</p> | |
| | <p>Sobre la influencia decisiva que tiene el contexto social, cultural y los espacios públicos en el desarrollo integral de los niños, Describa como es el entorno contiguo al centro infantil y la población beneficiaria de la institución.</p> | |

Nombre del entrevistador(a): _____

Documento de identidad: _____