

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS HOGARES DE NIÑOS Y NIÑAS DE UN
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA CIUDAD DE CARTAGENA, 2022.**

SARA ELISA BALETA SALINAS

ANYELI CAROLINA OROZCO TORRES

ISAÍAS DANIEL SÉNIOR FUENTES

UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

PREGRADO X SEMESTRE

CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.

2022

**CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS HOGARES DE NIÑOS Y NIÑAS DE UN
CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL DE LA CIUDAD DE CARTAGENA, 2022.**

SARA ELISA BALETA SALINAS

ANYELI CAROLINA OROZCO TORRES

ISAÍAS DANIEL SÉNIOR FUENTES

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR EL TÍTULO DE NUTRICIONISTA DIETISTA

ASESORES:

PAOLA ANDREA OLARTE HERNÁNDEZ

ELIANA VICTORIA VELÁSQUEZ TERÁN

UNIVERSIDAD DEL SINÚ SECCIONAL CARTAGENA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

PREGRADO X SEMESTRE

CARTAGENA DE INDIAS D. T. H. Y C.

2022

Cartagena, 10/6/2022

Doctor:

Oscar Torres Yarzagaray

Director de Investigaciones

Universidad del Sinú EBZ

Seccional Cartagena

L. C.

Cordial saludo.

La presente tiene como fin someter a revisión y aprobación para la ejecución del proyecto de investigación titulado: CARACTERIZACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS HOGARES DE NIÑOS Y NIÑAS DE UN CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL PARA PREVENCIÓN DE MALNUTRICIÓN INFANTIL, desarrollado por los estudiantes Sara Elisa Baleta Salinas, Anyeli Carolina Orozco Torres e Isaías Daniel Senior Fuentes. adscritos a la Escuela de Nutrición y Dietética en el área de pregrado.

Atentamente,

Firma:

Olga Tatiana Jaimes Prada

Director Escuela de Nutrición y Dietética

Firma:

Paola Andrea Olarte Hernández

Coordinador de Investigaciones Escuela de Nutrición y Dietética

Nota de aceptación

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

DEDICATORIA

Con todo mi amor y agradecimiento, dedico este trabajo de grado primeramente a Dios por su infinito amor y misericordia; a mis padres Maribel Torres y Ricardo Orozco por su gran apoyo incondicional en cada una de mis etapas de aprendizaje y enseñanza para salir adelante y afrontar cualquier dificultad con confianza y valentía para lograr cualquier objetivo que me proponga, son una gran fuente de inspiración para la realización del trabajo de grado.

Anyeli Carolina Orozco Torres.

En primer lugar, dedico este trabajo de grado a Dios por proveer los medios y las oportunidades para llevar a cabo todo este proceso que sin Él nada de lo que me propuse lo hubiese logrado, a mis padres por la paciencia, la perseverancia, los consejos y los regaños que me han permitido aprender constantemente de mis errores y me han brindado todo lo que tienen para ser una persona íntegra y fiel a mis principios.

Isaías Daniel Sénior Fuentes.

El esfuerzo detrás de este trabajo va dedicado en primera instancia a Dios, como su servidora enormemente agradecida por cuidar mi camino, colmar de bendiciones cada decisión de mi vida y traerme a este punto tan importante en mi vida. A mi madre, mi abuela y mi familia dedico este esfuerzo junto a mis compañeros, gracias por su apoyo, motivación y constante estimulación para continuar adelante sin importar las dificultades.

Sara Baleta Salinas.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente a Dios por permitirnos llegar a este punto tan importante en nuestras vidas, como lo es culminar esta etapa tan significativa para nuestras vidas el terminar con éxitos nuestros estudios universitarios, a nuestros familiares por su apoyo constante y creer en nuestras capacidades y ganas de salir a delante a pesar de las dificultades a lo largo de nuestros estudios, a nuestras docentes asesoras Paola Olarte Hernández y Eliana Velásquez Terán por su constante dedicación, apoyo y dirección para la realización de este trabajo de grado.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	10
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
2. PREGUNTA PROBLEMA	17
JUSTIFICACIÓN	18
3. OBJETIVO GENERAL	20
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	20
4. REVISIÓN LITERARIA	21
4.1.1. MARCO TEÓRICO.....	21
4.2. ANTECEDENTES	23
4.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	23
4.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES.....	28
4.3. MARCO CONCEPTUAL	35
5. METODOLOGÍA	41
5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN - ENFOQUE.....	41
5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	41
5.3. VARIABLES DE ESTUDIO Y OPERACIONALIZACIÓN.....	41
5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	48
5.5. FUENTES, MÉTODOS Y MECANISMOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	49
5.5.1. Desarrollo, validación y aplicación de la encuesta.....	49
5.5.2. Identificación de prácticas alimentarias.....	50
5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	50

6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	51
7.	MARCO LEGAL	52
8.	RESULTADOS.....	54
	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	54
	CONSUMO DE ALIMENTOS.....	58
	ACTIVIDAD FÍSICA	64
	PRÁCTICAS ALIMENTARIAS COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA.....	66
9.	DISCUSIÓN	72
10.	CONCLUSIONES	76
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	79

LISTA DE TABLAS

Tabla 1	Complicaciones relacionadas con malnutrición	23
Tabla 2	Antecedentes internacionales.....	23
Tabla 3	Antecedentes nacionales.	28
Tabla 4	Operacionalización de variables.....	41
Tabla 5	Marco legal.....	52
Tabla 6	Escala cualitativa de valoración de problemas en salud pública.....	67
Tabla 7	Puntajes de aplicación de escalas cualitativas de valoración de problemas	68
Tabla 8	Matriz de riesgos y estrategia de educación nutricional	69

LISTA DE GRÁFICAS

Gráfica 1	Relación entre número de integrantes del hogar del niño / niña y ocupación del cuidador principal.	55
Gráfica 2	Número de ingresos económicos frente a estrato socioeconómico.....	56
Gráfica 3	Tiempo de lactancia materna exclusiva.....	57
Gráfica 4	Edad de inicio de alimentación complementaria.....	58

Gráfica 5 Ofertas de alimentos por tiempo de comida los fines de semana.....	59
Gráfica 6 Lugar donde consume el niño / niña los alimentos los fines de semana.	60
Gráfica 7 Persona que prepara los alimentos que se le ofrecen al niño en el hogar.	61
Gráfica 8 Frecuencia de compra de alimentos en el hogar.	62
Gráfica 9 Frecuencia de consumo de alimentos en el hogar por semana.	63
Gráfica 10 Frecuencia de consumo de frutas enteral que consume el niño / niña fuera del CDI.	64
Gráfica 11 Actividad física, percepción del cuidador.	65
Gráfica 12 Frecuencia que la que el niño / niña realiza actividad física.	65
Gráfica 13 Tiempo que dedica el niño / niña frente a pantallas.....	66

INTRODUCCIÓN

El término malnutrición hace referencia a estados nutricionales por debajo o por encima de la normalidad; en la primera infancia incluye la desnutrición aguda, global y crónica además del sobrepeso y la obesidad. La malnutrición es considerada una enfermedad del siglo XXI que, dada sus dimensiones adquiridas con el paso del tiempo, presenta un gran impacto en la morbilidad, mortalidad, calidad de vida y costos en el sistema de salud (Alba, 2016). Esta enfermedad, se relaciona con una amplia gama de alteraciones del estado nutricional que pueden ir del exceso al déficit de peso corporal.

Cuando se habla de estados de déficit, se asocian a la reducida ingesta de energía y nutrientes frente a requerimientos nutricionales aumentados que en consecuencia, lleva a la utilización de las reservas energéticas y musculares del cuerpo; por cuanto a los estados de exceso, están estrechamente ligados a ingestas alimentarias que suelen ser mayores a las utilizadas por el organismo, lo que repercute en un aumento del tejido adiposo y aumento del riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, alteraciones en lípidos sanguíneos, diabetes mellitus, trastornos hormonales, injuria renal, entre otros riesgos que, se ven severamente aumentados dada la etapa de crecimiento y desarrollo por la que pasan los niños. (Alba, 2016)

Para comprender la problemática de la malnutrición se deben considerar varias dimensiones de contexto, iniciando con factores ligados a la seguridad alimentaria, que hace referencia al hecho que todo individuo logre tener acceso físico, económico y social a alimentos seguros y nutritivos y la vulnerabilidad, que se refiere a la probabilidad de una disminución del consumo o acceso a los alimentos y que depende también del riesgo existente según las condiciones de la población y su capacidad de respuesta. Es importante también incluir, factores relacionados con la dimensión de transición demográfica, epidemiológica y nutricional tales como, los cambios en la composición etaria, las decisiones de consumo, los estilos de vida y actividad y la relación entre estos han modificado las necesidades nutricionales de las personas. (FAO, 2011).

De acuerdo con lo expuesto por la FAO, se considera que los problemas nutricionales y sus efectos se presentan a lo largo de toda la vida de las personas, desde el momento de nacer situación que está directamente relacionada con el aumento de la malnutrición en el siglo XXI, específicamente en grupos etarios vulnerables como la primera infancia, encendiendo las alarmas de una epidemia que podría llevar al colapso de los sistemas de salud, especialmente de aquellos países medianamente desarrollados como los latinoamericanos; además de, la repercusión que podría tener en la expectativa de vida de la población dado el impacto que tiene en la calidad de vida y funcionalidad de las personas. (Álvarez et al., 2012)

Esto ha llevado a que, en las últimas dos décadas, los países latinoamericanos concentren sus esfuerzos en la atenuación o erradicación de factores económicos y psicosociales que condicionaban a ciertas poblaciones a presentar un aumento de la prevalencia de malnutrición desde edades tempranas (Ayaviri et al., 2016). Estos esfuerzos, han tomado como referencias las prácticas alimentarias y conocimientos nutricionales de las poblaciones buscando así, determinar políticas públicas ajustadas a las necesidades reales de la comunidad; esto se ha reflejado a través de la generación estrategias que han permitido identificar las prácticas alimentarias y orientar a la población en una cultura de seguridad alimentaria y nutricional enfocada en el bienestar económico y social, garantizando así, la alimentación segura de la población. (FAO, 2015)

Se puede señalar que este aumento de la malnutrición por exceso a nivel mundial, junto a los recientes cambios de hábitos alimentarios que han resultado en un menor consumo de frutas y verduras junto a un mayor consumo de alimentos procesados con alto contenido de azúcar, grasa y sal, ha llevado a considerar una doble carga de malnutrición en el sistema de salud se han visto efectos en Colombia llevando a la generación de estrategias de información, educación y comunicación de los organismos gubernamentales y no gubernamentales en la lucha contra la malnutrición (MinSalud, 2015; OMS, 2017). Sin embargo, para una correcta derivación de estrategias de educación y comunicación se hacen

necesarios instrumentos que permitan identificar de forma objetiva las prácticas alimentarias y nutricionales, y necesidades de la población (Esquivel et al., 2005)

En seguridad alimentaria y nutricional se consideran las encuestas de alimentación como instrumentos idóneos para la identificación de prácticas alimentarias en la población, a través de los cuales, se obtienen datos y factores de interés en salud como nivel socioeconómico, alimentación familiar e indicadores de seguridad alimentaria y nutricional (Bourges, 2001). A partir de ello, se considera en el presente proyecto la iniciativa de caracterizar las prácticas alimentarias en los hogares de los niños y niñas de un centro de desarrollo infantil de la ciudad de Cartagena como primer paso para el futuro desarrollo de estrategias de educación adaptadas a las necesidades de la población en estudio, que permitan controlar estas tendencias e impulsen estilos de vida más sanos, saludables y sostenibles; y en tanto, prevenir la prevalencia de sobrepeso en niños y niñas vinculados al Centro de Desarrollo Infantil – CDI Luis Felipe ubicado en el barrio Olaya Herrera sector La Puntilla de la ciudad de Cartagena

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Atlas Mundial de Obesidad Infantil liderado por UNICEF y realizado por la Federación Mundial de la Obesidad, se manifestaba con preocupación que para el año 2020 en el mundo habrían cerca de 158 millones de niños con malnutrición por exceso; cifra que para el año 2030 de acuerdo al comportamiento de las sociedades en las últimas décadas podría llegar a 254 millones de los cuales, en el caso de Latinoamérica esta cifra se acercaría a cuarenta millones de niños y niñas con sobrepeso y obesidad. (OMS, 2021) (World Obesity Federation , 2019)

En este mismo sentido en el 2019, de acuerdo con el informe de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura FAO, sobre el panorama de Latinoamérica y el Caribe en cuanto al sobrepeso infantil se evidenció un aumento al 7.5%, situándose por encima del promedio mundial de 5.6%, en otras palabras, en 2019 cerca de 3.9 millones de niños latinoamericanos padecían sobrepeso. (FAO; FIDA; OPS; WFP; UNICEF, 2020)

De acuerdo con la OMS, en 2021 cerca 52 millones de niños menores de 5 años presentan desnutrición; desencadenando una gran preocupación en términos de salud pública debido al impacto que tiene el sobrepeso en la salud inmediata de los niños, rendimiento académico, calidad de vida y un alto riesgo de desarrollo de enfermedades crónicas. (OMS, 2021)

La preocupación generada por el impacto en aspectos sociales, políticos y económicos dados por la malnutrición, han direccionados los objetivos de los entes gubernamentales y las organizaciones no gubernamentales en la prevención de la doble carga de malnutrición (déficit y exceso de peso) a través de estrategias de información, educación y comunicación, las cuales se busca aplicar en la población desde los grupos etarios escolares. (OMS, 2017)

En Latinoamérica, hace más de dos décadas la principal problemática nutricional de la región ha sido la desnutrición en los niños y niñas, quienes en los primeros años de vida padecían de bajo peso y/o baja

talla con respecto a los indicadores patrones de la población. Con el paso de los años, durante la primera década del siglo XXI, la irrupción del sobrepeso y la obesidad en las poblaciones ha hecho de la malnutrición un problema complejo de difícil control por parte de los entes gubernamentales. La globalización y los mayores niveles de ingreso alcanzados por los núcleos familiares han producido cambios en los hábitos de la población, que incluyen mayor consumo de alimentos procesados y sedentarismo, entre otros factores, lo que ha generado nuevos desafíos para las políticas de salud (“Malnutrición en niños y niñas en América Latina y el Caribe”) (FAO, 2015). El abordaje de la doble carga nutricional requiere comprender la complejidad de esta situación desde todas las dimensiones posibles, considerando la relación que guarda con los cambios sociales, económicos y culturales que se han presentado de forma acelerada que se ven reflejados en las prácticas alimentarias de las poblaciones.

Por una parte, con relación a la malnutrición por deficiencia en Latinoamérica existe una gran disparidad en la prevalencia de desnutrición. De acuerdo con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación para el año 2019, la prevalencia de desnutrición en la región se encontraba en 8 punto porcentuales; sin embargo, al analizar por individual cada país es posible encontrar grandes disparidades con países con elevada prevalencia de desnutrición como Haití (46.8%), Venezuela (27.4%), Nicaragua (19.3%), Honduras (13.5%), Guatemala (16.8%), Ecuador (12.4%) y Bolivia (12.6%), frente a países con prevalencias de desnutrición más bajas cercanas al promedio de la región tales como, Colombia (8.8%), Perú (8.7%), Chile (3.4%), Argentina (3.9%), Brasil (2.5%) y Cuba (2.5%). (FAO, 2020)

En el caso colombiano, la situación nutricional la recoge la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia –ENSIN 2015, al señalar que en el país el 54,2% de los colombianos está en una situación de inseguridad alimentaria, es decir que tiene dificultades para acceder a la cantidad mínima de alimentos recomendada diariamente. Este resultado nutricional tiene una estrecha relación con la situación

socioeconómica de las familias, asociada, entre otras cosas, con los niveles de escolaridad de los jefes de hogar y su condición de empleabilidad. (MinSalud, 2015)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional – ENSIN llevada a cabo en 2015 bajo el liderazgo del Ministerio de Salud y Protección Social, en cuanto al estado nutricional en la primera infancia y de acuerdo con los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la desnutrición y el exceso de peso en niños y niñas representan un riesgo de salud pública a largo plazo. Esta información se sustenta con el seguimiento que se ha venido haciendo al estado nutricional de la población desde el 2005 en donde la trazabilidad de la encuesta muestra que el 10.8% de los niños y niñas colombianos menores de 5 años presentan retraso en talla, un 3.1% se encontraron en desnutrición global, el 6.3% de los niños y niñas en Colombia se encuentran en exceso de peso y 1.6% de estos presentaban desnutrición aguda cifra que viene en aumento con una tasa de 4.9% y 5.2% en 2010. (MinSalud, 2010) (MinSalud, 2015)

Estas cifras se vuelven alarmantes conforme se avanzan en grupos etarios; los escolares presentan una tasa de exceso de peso en 24.4% con un aumento de 5.6 puntos porcentuales en comparación con 2010 mientras que, los adolescentes presentan una tasa de exceso de peso en 17.9%. Finalmente, en la etapa adulta el sobrepeso se aumenta exponencialmente con un indicador de 56.4%; es decir, uno de cada 2 colombianos tiene exceso de peso corporal. (MinSalud, 2015)

Por otra parte, en cuanto a prácticas alimentarias, la ENSIN 2010 utilizó la metodología de frecuencia de consumo, que cuantifica la frecuencia con la cual se consume un alimento o tipo de alimento, brindando datos por primera vez, sobre prácticas alimentarias en el país. De acuerdo con los resultados, se encontró que uno de cada cuatro niños y niñas en edad escolar (24,9%) años de edad no consumía lácteos diariamente, uno de cada tres (33,2%) colombianos entre 5 y 64 años no consumía frutas diariamente y, cinco de cada siete (71,9%) colombianos entre 5 y 64 años, no consumían hortalizas o verduras diariamente. Así mismo, se evidenció que uno de cada cuatro colombianos (24,5%) consumía

comidas rápidas semanalmente y el 22,1% de los colombianos consume gaseosas o refrescos diariamente. Estos resultados demostraron con alarmismo los cambios en estilos de vida alimentarios que suponen un riesgo al desarrollo de sobrepeso en la población colombiana. (MinSalud, 2010)

Para complementar el seguimiento a la información nutricional, se encontraron datos en la ENSIN 2015, en donde se agregaron otras prácticas alimentarias y nutricionales como indicadores de la situación nutricional de país. Con base a los resultados, el 72.0% de las madres lactantes iniciaron lactancia materna temprana y solo el 36.1% de los niños recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. En niños preescolares entre 3 y 4 años de edad, solo 1 de cada 4 niños y niñas (25.6%) en esta edad hacían actividades de juego activo que involucraran actividad física para el infante mientras que, el 61.9% de los niños y niñas preescolares del país pasaban tiempo excesivo frente a pantallas (mayor a 2 horas). (MinSalud, 2015)

En relación con las prácticas alimentarias, por medio de la ENSIN (2010) se evidenció una baja proporción en el consumo de lácteos, frutas y verduras, de igual manera uno de cada siete colombianos no consume diariamente ningún producto cárnico y por el contrario se observa una alta frecuencia en el consumo diario de endulzantes, cereales, tubérculos y plátanos. De igual forma en los menores de 18 años se observó un alto consumo de bebidas azucaradas y alimentos industrializados considerados como un factor de riesgo para el aumento de enfermedades no transmisibles. (MinSalud, 2010)

Prácticas similares se encuentran de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Escolar (ENSE) y la de Tabaquismo en Jóvenes 2018 realizadas por el Ministerio de Salud, donde nueve de cada diez escolares de entre 13 y 17 años no consumen frutas y verduras en las cantidades recomendadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así mismo, el 75 % de los niños tienen las gaseosas como bebidas principales y 8 de cada 10 consumen fritos, paquetes y comidas rápidas como parte de su dieta diaria. (MinSalud, 2018)

En Cartagena, de acuerdo con el informe de calidad de vida de Cartagena Cómo Vamos (2020) en la ciudad la tasa de desnutrición global en menores de 5 años fue 1.48% y la tasa de desnutrición crónica de 11% en el año 2019. Ahora, pese a que las cifras van en descenso al compararse con años previos, siguen siendo elevadas y desde 2018 ha aumentado el número de muerte en menores de 5 años a causa de la desnutrición, llegando a casi 5 muertes por cada 100 mil niños en ese rango de edad. (Cartagena Cómo Vamos, 2020)

En cuanto al impacto de la malnutrición infantil y sus consecuencias a largo plazo, estas representan un punto de atención en la comunidad dado el riesgo que representa en salud. Un niño con malnutrición tiene alto riesgo de padecer en la vida adulta enfermedades cardiovasculares, pulmonares, hipertensión arterial, diabetes mellitus, litiasis biliar, problemas ortopédicos, artritis, gota y trastornos psicológicos (Barroso et al., 2016); dentro de estos trastornos psicológicos el riesgo de desarrollar depresión, dimorfismo corporal, trastornos de la personalidad además de, dificultades en la maduración psicológica dada la discriminación precoz y sistemática que sufren y que afecta a muchos aspectos de su vida (Ortega, 2018).

Conscientes de eso, es imperativa la necesidad de caracterizar las prácticas alimentarias en los hogares de los niños y niñas vinculados al Centro de Desarrollo Infantil Luis Felipe para el posterior desarrollo de estrategias educativas que permitan contribuir a la prevención de la malnutrición en la primera infancia y, por ende, prevenir sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo dando respuesta a la siguiente pregunta problema.

2. PREGUNTA PROBLEMA

¿Cuáles son las prácticas alimentarias en los hogares de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Luis Felipe de la ciudad de Cartagena?

JUSTIFICACIÓN

En 2009 el país, para hacer frente a la problemática nacional de la malnutrición por exceso crea la ley 1355 del 2009, en donde se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se promueve la adopción de medidas para su control, atención y prevención. Entre las estrategias que la ley plantea para promover hábitos alimenticios, deporte y vida saludable está la educación dirigida a las madres comunitarias, centros educativos públicos y privados, así como a la población en general y en articulación con la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura FAO (2020) estipula las intervenciones educativas como una herramienta primordial en aquellos grupos poblacionales de interés en salud pública, al considerar “Las niñas y niños en etapa escolar y los/as adolescentes como una prioridad para las políticas y estrategias en nutrición, con el fin de generar cambios de hábitos perdurables y mejoras en la salud nutricional de la población con proyección de futuro, mediante la adopción de dietas y la promoción de sistemas alimentarios más saludables y sostenibles”

Sin embargo, estas herramientas requieren inicialmente de programas e investigaciones que logren caracterizar a la población buscando identificar los campos en los que se requieren intervenciones educativas que puedan ser eficientes y eficaces. Por ello, la viabilidad inicial de este proyecto está planteada desde la importancia de la caracterización de las practicas alimentarias permitiendo así, la identificación de necesidades y estructuración de programas de intervención colectivas.

Por otra parte, en el año 2020 el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia adopta los lineamientos técnicos para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa en niños de menores de 5 años. Esto, supone un punto de partida para el desarrollo de estrategias informativas y de educación que permitan a las comunidades educativas identificar los conocimientos, temas, perspectivas, habilidades y valores que son centrales para el desarrollo sostenible y adopción de hábitos alimentarios saludables. (FAO, 2020)

Ahora, puesto que durante la infancia se establecen hábitos alimentarios que pueden perdurar hasta la vida adulta, se considera el diseño de herramientas de educación nutricional enmarcadas en la ley 1355 de 2009 como una estrategia de prevención de malnutrición en niños y niñas entre 2 a 5 años de edad, vinculando a docentes y padres de familias en el proceso; todo esto, a partir de la caracterización de las practicas alimentarias de niños menores de 5 años de edad.

Para ello, este estudio en los niños menores de 5 años del Centro de Desarrollo Infantil Luis Felipe permitirá identificar aquellas prácticas en alimentación que puedan contribuir al riesgo de malnutrición a través del desarrollo a futuro de una estrategia de educación nutricional enmarcada en los lineamientos de Información, Educación y Comunicación (IEC en SAN) propuestos por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

Así mismo, esta caracterización busca la obtención de un perfil de prácticas en alimentación de una muestra de la población menor de 5 años de la ciudad de Cartagena, en la cual no existen referentes publicados que orienten a los entes gubernamentales en el desarrollo de intervenciones educativas realmente adaptadas a las necesidades de la población. En este caso, al contar con los primeros perfiles de caracterización de prácticas alimentarias en la población menor de 5 años, los entes territoriales podrán reestructurar sus intervenciones en la comunidad priorizando las necesidades reales y tópicos que necesiten educación y acompañamiento continuo.

3. OBJETIVO GENERAL

Caracterizar las prácticas alimentarias de los hogares de los niños y niñas de un Centro de Desarrollo Infantil de la ciudad de Cartagena.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el perfil socioeconómico de los niños, niñas y núcleos familiares vinculados al Centro de Desarrollo Infantil Luis Felipe.
2. Evaluar las prácticas alimentarias de los niños, niñas y núcleos familiares vinculados al CDI Luis Felipe mediante la aplicación de la encuesta sobre prácticas alimentarias adaptadas según los parámetros de la FAO.
3. Describir las situaciones que requieren modificaciones por medio de la educación alimentaria y nutricional que se desarrollaran en el Centro de Desarrollo Infantil.

4. REVISIÓN LITERARIA

4.1.1. MARCO TEÓRICO

"En todas sus formas, la malnutrición abarca la desnutrición (emaciación, retraso del crecimiento e insuficiencia ponderal), los desequilibrios de vitaminas o minerales, el sobrepeso, la obesidad, y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación." ("Malnutrición - WHO") De acuerdo con la OMS se calcula que para 2020, más de 155 millones de niños menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento, mientras que cerca de 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos. (OMS, 2021)

Generalmente, se asocia la malnutrición con la ingesta excesiva o en su defecto, nula de energía, hábitos alimentarios desequilibrados con un excesivo consumo de alimentos altos en sodio, azúcares añadidos y grasas, una casi que nula ingesta de alimentos ricos en fibra como las frutas, proteínas y verduras, además de, una poca utilización de esta energía relacionada con el sedentarismo. (Cabezas et al., 2016)

Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. En su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos. Al mismo tiempo, en esos países están aumentando las tasas de sobrepeso y obesidad en la niñez. Por otra parte, algunos estudios han resaltado una gran variedad de agentes causales adicionales a los factores de seguridad alimentaria y nutricional; dentro de estas causas, los factores ambientales, psicológicos y familiares juegan un papel importante. (Lizardo & Díaz, 2011)

Esto hace importante considerar el impacto que puede tener la seguridad alimentaria en la malnutrición dado el comportamiento de las situaciones nutricionales del país. Hoy en día, Colombia está presentando por primera vez en la historia, una doble carga de malnutrición donde la malnutrición por déficit y por exceso están en tasa de prevalencias similares, haciendo de esto una problemática a considerar prioritaria para intervenciones de prevención que no se limita únicamente a los estratos

socioeconómicos y obligando a las estrategias de seguridad alimentaria, ampliar sus enfoques de aplicación sin limitarse a la pobreza o bajos índices de riqueza únicamente. (FAO; FIDA; OPS; WFP; UNICEF, 2020)

Los problemas de salud que se encuentran asociados a un consumo inadecuado de calorías e insuficientes micronutrientes coexisten de manera conjunta. Así mismo, también existe cada vez mayor presencia, en personas adultas, de enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación (ICBF, 2015). El informe FAO 2013 plantea que el costo social de la malnutrición, medido por años de vida perdidos (por discapacidad y muerte), llega a ser de hasta un 5% del PIB mundial, equivalente a 3,5 billones de dólares estadounidenses al año o 500 dólares por persona; de hecho, alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la malnutrición. (FAO, 2013)

Dentro de las preocupaciones de estas condiciones patológicas están a largo plazo el sin número de complicaciones (tabla 2) que podrían llevar al colapso de los sistemas de salud. Diversos estudios sugieren que de seguir en aumento la tasa de malnutrición infantil, se llegaría a futuro a tener una gran población adulta que padeciera una amplia gama de complicaciones que deteriorarían la calidad y expectativa de vida de cada nación (Rivera, 2013). De hecho, en la actualidad los niños registran enfermedades que eran comunes en personas adultas, tales como diabetes, hipertensión arterial, enfermedad coronaria, enfermedad vascular cerebral y Dislipidemia, que los conducen a padecer el denominado síndrome. (Muñoz & Arango, 2017).

Tabla 1

Complicaciones relacionadas con malnutrición

Tipo de complicaciones	Ejemplos
Alteraciones endocrinológicas	Síndrome metabólico, dislipidemia, hipertensión arterial, resistencia a la insulina, diabetes mellitus tipo 2, síndrome de ovario poliquístico, hiperandrogenismo, pubertad temprana.
Sistema cardiovascular	Hipertensión arterial, hipertensión pulmonar, incremento formación de placa ateromatosa.
Sistema respiratorio	Asma, apnea obstructiva del sueño, hipertensión pulmonar.
Sistema gastrointestinal	Hígado graso no alcohólico, mayor riesgo de Colelitiasis.
Sistema osteomuscular	Deslizamientos epifisarios, escoliosis.
Piel y anexos	Acantosis nigricans, estrías, mayor predisposición intertrigo candidiásico, queratosis pilaris.
Sistema nervioso central	Pseudotumor cerebro, hipertensión endocraneana idiopática.
Implicaciones psicológicas	Baja autoestima, riesgo de trastornos de alimentación, aislamiento social.

Adaptado de (Speiser et al., 2005)

4.2. ANTECEDENTES

4.2.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Tabla 2

Antecedentes internacionales.

Año	Documento	Resumen
2008	Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención España	La obesidad se ha configurado como un importante problema de salud pública en la mayor parte de los países desarrollados y también en las economías en transición. La magnitud alcanzada en las últimas décadas y su

(Quiles y otros, 2008)

rápida evolución, sobre todo entre la población más joven han dado la voz de alarma. Entre la población infantil y juvenil afecta en mayor medida a los varones en edad prepuberal y la prevalencia en este grupo de población se ha duplicado en los últimos 15 años.

En la población adulta, la obesidad es más frecuente en las mujeres, especialmente a partir de los 40 años y en mayor medida en los colectivos de entorno socioeconómico y cultural desfavorecido.

Su asociación con un aumento en la aparición de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, patología del sistema musculo esquelético e incluso con algunos tipos de cáncer, entre otras enfermedades, hace que la obesidad conlleve un deterioro en la calidad de vida e incluso en la esperanza de vida, además de importantes costes económicos y sociales añadidos.

Importantes cambios sociales y económicos en las últimas décadas han inducido transformaciones en los hábitos alimentarios y de actividad física. Como consecuencia el perfil medio de la dieta, con un elevado contenido en elementos refinados, se caracteriza por una elevada densidad energética y una densidad nutricional inadecuada. Al mismo tiempo, se ha impuesto de manera predominante un estilo de vida sedentario en todos los grupos de edad, tanto en el desempeño de las ocupaciones diarias como en el tiempo de ocio, con desplazamientos mecanizados, ocio sedentario y escasa dedicación a la práctica de ejercicio físico.

La Organización Mundial de la Salud y otros organismos han llamado la atención sobre la necesidad urgente de la puesta en marcha de planes de acción efectivos. En 2004 aprobó la Estrategia Global sobre Dieta y Actividad Física e instaba a los estados miembros a la implantación de planes nacionales de actuación. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición impulsó en este contexto el desarrollo de la Estrategia NAOS de Nutrición, Actividad Física y Obesidad, con un programa específico

		dirigido de manera prioritaria a la intervención en el medio escolar, el Programa PERSEO.
2010	<p>Diseño y evaluación de una estrategia educativa para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños.</p> <p>México</p> <p>(Muñoz y otros, 2010)</p>	<p>Se diseñó y efectuó una intervención educativa con base en dos fichas didácticas realizadas desde la perspectiva del constructivismo, y para la percepción de la necesidad de transitar hacia el estilo de vida saludable con el fin de prevenir el sobrepeso y la obesidad en niños y jóvenes. Se realizó mediante la elaboración de metas con base en el aprendizaje por descubrimiento y los dilemas de Kolberg.</p> <p>El estudio se desarrolló en la secundaria técnica N.º 15 del poblado Juan Aldama de Teapa, Tabasco. Se sistematiza la experiencia que en el contexto de orientación educativa se trabajó en conjunto con algunos adolescentes de tercer grado de la escuela. El propósito de estos talleres fue establecer un cambio de actitud crítica y reflexiva en los alumnos, al abordar los temas de conductas de riesgo, Los jóvenes mostraron nociones suficientes para construir los conceptos necesarios para el desarrollo del taller, se mostraron interesados durante todo el desarrollo, y participaron activamente.</p> <p>No se logró que la totalidad de los jóvenes construyera objetivos y metas a pesar de que se les proporcionaron ejemplos. El atributo atractivo fue el principal factor para escoger un alimento. Los familiares participaron en la definición de los platillos que se consumían antes y los docentes de la secundaria se mostraron interesados en el taller y deseosos de que se incluyera la escuela en su totalidad.</p>
2014	<p>Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia.</p> <p>Latinoamérica, OPS</p> <p>(OPS; OMS, 2014)</p>	<p>En este documento se proporciona a los Estados Miembros la justificación y las principales líneas de acción estratégica para poner en marcha intervenciones integrales de salud pública que detengan el avance de la epidemia de obesidad en la niñez y la adolescencia. Con ese fin, en este plan quinquenal se establece el objetivo general y se proponen cinco áreas de acción, incluidos los objetivos y los indicadores correspondientes. Cada Estado Miembro, como entidad soberana, puede establecer las políticas</p>

		y reglamentaciones propuestas en este plan de acción según sus necesidades y objetivos nacionales.
2018	<p>Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad: Lecciones aprendidas.</p> <p>Latinoamérica, OPS</p> <p>(FAO, OMS, OPS, 2018)</p>	<p>El sobrepeso y la obesidad se han convertido en uno de los principales problemas de salud pública en el mundo. Su origen multifactorial incluye cambios en los patrones alimentarios, un mayor consumo de productos ultra procesados altos en azúcar y grasa, la desregulación del mercado, un rápido crecimiento económico, el sedentarismo, y la percepción de falta de tiempo, entre otros. La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han recomendado a sus Estados Miembros adoptar de manera urgente una serie de intervenciones costo- efectivas que también tienen alto impacto y son factibles de aplicarse aun en lugares con recursos restringidos, conocidas como “best buys” para la prevención y control del sobrepeso, la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>Este Resumen de Políticas está dirigido a Parlamentarios, personal de Gobierno y Profesionales con interés en Políticas Públicas y Programas Alimentarios para la prevención del sobrepeso y la obesidad, principalmente en América Latina y el Caribe.</p>
2020	<p>Educación nutricional en niños en edad escolar a través del Programa Nutriplato(r)</p> <p>España</p> <p>(Termes et al., 2020)</p>	<p>Promocionar hábitos de alimentación saludable durante la infancia es uno de los aspectos clave para fomentar un buen estado de salud a medio y largo plazo. Los objetivos principales son mejorar los hábitos alimentarios, promocionar la dieta mediterránea (DM) y prevenir y/o revertir el sobrepeso y la obesidad en niños de 3 a 12 años.</p> <p>Métodos: el programa tiene un seguimiento de un año e incluye de tres a cinco visitas con dietistas-nutricionistas, un control telefónico y un taller práctico. Se recogen datos antropométricos, de composición corporal y de</p>

hábitos alimentarios, y se realiza educación nutricional. Se incluirán un total de 1.000 niños.

Resultados: hasta el momento, se han incluido 622 participantes (51,6 % niños; medianas de edad de 8,5 años). Al inicio, el 32,2 % presentaba sobrepeso u obesidad y el 38,9 % seguía una DM óptima. No se encontraron diferencias en la valoración del cuestionario KidMed en función del sexo ($p = 0,214$) ni del subgrupo de índice de masa corporal (IMC) ($p = 0,181$), pero sí en función de la edad ($p = 0,023$) y del Z-score del IMC ($p = 0,004$), mostrando valores ligeramente menores en aquellos que presentaban una DM óptima. Por ahora, 362 participantes han realizado la visita de los seis meses, de los cuales el 61,6 % presentó una DM óptima, con diferencias estadísticamente significativas en comparación con la inicial ($p < 0,0001$).

Conclusiones: los resultados preliminares muestran la necesidad de realizar educación nutricional en los niños y sugieren que el Programa Nutriplato(r) puede ser efectivo en la mejora de hábitos alimentarios.

2020	Educación alimentaria y nutricional para reducir la obesidad en escolares de Panamá: protocolo de estudio	El sobrepeso en escolares representa un creciente problema de salud pública en Panamá. El objetivo es desarrollar y validar un programa de intervención en educación alimentaria y nutricional (EAN) contra el sobrepeso y la obesidad en escolares de Panamá bajo la perspectiva de una política pública intersectorial de salud y educación. La intervención se basa en el cambio de conducta bajo el modelo socio-ecológico que favorezca la adopción de comportamientos alimentarios y de estilos de vida más saludables. Se trata de un estudio en 362 escolares de diseño cuasi experimental, pre y post intervención, prospectivo y sin grupo control, de tipo observacional explicativo en instituciones de educación básica general del sector público en tres Distritos de Panamá Oeste: La Chorrera, Capira y Chame. Se seleccionaron 5 escuelas: la escuela Victoria D'Spinay y La Herradura en el Distrito de La Chorrera, la escuela Hernando Bárcenas en el
	Panamá	
	(Rios et al., 2020)	

Distrito de Capira y las escuelas El Espavé y Berta Elida Fernández en el Distrito de Chame. El protocolo fue registrado en la plataforma internacional de ensayos N.º ISRCTN28920505. Se obtendrán datos sociodemográficos, antropométricos, nutricionales y alimentarios; de seguridad alimentaria; y de conocimiento, actitud, percepción y comportamiento sobre alimentación y estilos de vida saludables de marzo a diciembre de 2019 durante la implementación del programa intersectorial denominado “Escuelas Saludables” del Ministerio de Salud y del Ministerio de Educación de Panamá. Se describirán y compararán los datos utilizando estadística paramétrica y no paramétrica.

Fuente propia del autor.

4.2.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Tabla 3

Antecedentes nacionales.

Año	Documento	Resumen
2013	Identificación de las conductas y prácticas alimentarias de los preescolares de 3 a 5 años que asisten al CDI (centro de desarrollo integral) APROBI de la localidad de Suba. (Castaño, 2013)	La identificación de las prácticas y la conducta alimentaria en niños de 3 a 5 años es indispensable para realizar acciones de promoción y prevención, relacionadas con la alimentación y estilos de vida saludables. El objetivo de este estudio es determinar las conductas y prácticas alimentarias de los preescolares de 3 a 5 años que asisten al CDI APROBI de Suba. Las familias pertenecían a estrato dos, el nivel educativo de los padres fue secundaria completa, 68.7% de los padres y 62.5% de las madres tenían empleo. 50% de los padres viven en unión libre. Los antecedentes alimentarios mostraron que el promedio de lactancia materna exclusiva fue de 5 meses, 40% los niños recibieron fórmulas lácteas y biberón. La conducta alimentaria observada indicó que 46.8% de los niños siempre presentaba buen apetito, 71.8% de los niños consumen los

2014 Sobrepeso y Obesidad, hábitos alimenticios, actividad física y actividades de ocio en escolares de una Localidad de la ciudad Cartagena, 2014.

(Hernandez y otros, 2014)

alimentos lentamente, y 84.3% consumen líquidos continuamente. Las prácticas alimentarias reportaron bajo consumo de frutas, verduras y lácteos y consumo frecuente (1-4 veces/semana) de alimentos fuente de grasas saturadas y productos con alto contenido de azúcar (helados y jugos industrializados).

Determinar el sobrepeso y obesidad, hábitos alimenticios, actividad física y actividades de ocio en niños escolares de la localidad Industrial y de la Bahía de la ciudad de Cartagena.

Estudio cuantitativo descriptivo transversal, cuya muestra estuvo conformada por 750 escolares de 7 a 12 años, matriculados en la Institución Educativa Publicas de las localidades Industrial y de la Bahía de la ciudad de Cartagena, para la cual se realizó un muestreo por conglomerados. La información fue recolectada mediante tres instrumentos, ENSIN (Información general, de datos antropométricos y datos socioeconómicos), Frecuencia de consumo de alimentos y cuestionario de actividad física para niños mayores PQA-C. Para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, se utilizó como referencia los datos del patrón de crecimiento de referencia internacional para el grupo de 5 a 18 años del NCHS/OMS del 2007 y adoptados por el Ministerio de la Protección Social de Colombia en el 2010.

Participaron del estudio 750 escolares de los cuales el 29.5% (221) presenta exceso de peso: sobrepeso 18,8% (141) ($DE = > 1$ a = 2) y obesidad 10.7% (80) ($DE = > 2$). La prevalencia fue mayor en las niñas, sobrepeso 51.1% (72) y obesidad 52,5% (42), a diferencia de los niños con 48,9% (69) para sobrepeso y 47,5% (38) obesidad. En cuanto a la edad el mayor porcentaje se encuentra en escolares de 10 años 29,8% (42) para sobrepeso y 32,5% (26) para obesidad, mientras que la edad con menor porcentaje es la de 7 años con 1,4% (2) y 2,5% (2) para sobrepeso y obesidad respectivamente

El fortalecimiento de las escuelas saludables en las Instituciones Educativas, pueden contribuir con la disminución de las cifras de sobrepeso y obesidad en los escolares, haciendo énfasis en la educación sobre estilos de vida saludables.

- | | | |
|------|--|---|
| 2014 | <p>Programas de promoción y Prevención para el abordaje de La obesidad infantil: una revisión Sistemática.</p> <p>(Rodríguez & Argüello, 2014)</p> | <p>Analizar los programas de promoción y prevención que han sido utilizados para el abordaje de la obesidad infantil, desde tres aspectos: modalidades, estrategias y actores involucrados; en pro de la generación de respuestas a esta problemática de salud pública.</p> <p>Se encontraron 1030 artículos, de los cuales 48 cumplieron con todos los criterios de inclusión. En estos se identificaron cuatro tendencias: diagnóstico (6 artículos), intervención (39 artículos), costo-efectividad de los programas (1 artículo) y políticas públicas (2 artículos). Conclusiones: Existen diferentes programas de promoción y prevención de la obesidad, los cuales han abordado estrategias que incluyen la práctica de la actividad física, orientaciones nutricionales, procesos educativos y abordajes integrales, a la vez estos han vinculado distintos actores, entre ellos, padres, docentes, organizaciones de salud, agentes políticos; sin embargo, aún no se ha logrado diseñar un programa generalizable puesto que guardan una estrecha relación con los patrones culturales de cada región.</p> |
| 2016 | <p>Conductas nutricionales relacionadas con la obesidad y el sobrepeso que adoptan los escolares de tercero a quinto de primaria de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliecer Gaitán Girardot 2015-2016</p> <p>(Alayon & Díaz, 2016)</p> | <p>En la presente investigación se analizan las conductas asociadas a la nutrición referidas por los 183 niños de 3º a 5º de primaria de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliecer Gaitán; para las conductas seleccionadas, se analizan las respuestas obtenidas, según el estado nutricional. Continúa una línea de investigación en el estudio de las prácticas de autocuidado en escolares utilizando el instrumento creado basados en el que desarrollo Moore.</p> |
| 2017 | <p>Estado de las prácticas alimentarias de los menores de dos años en la comunidad Artemiseña de San Cristóbal.</p> <p>(Ajete & Jiménez, 2017)</p> | <p>El estudio buscaba evaluar las prácticas alimentarias de los menores de dos años de edad que viven sin restricciones en la localidad de San Cristóbal (Artemisa, Cuba). Fue un estudio descriptivo, transversal que valoró las prácticas de ciento cincuenta niños de uno u otro sexo, con edades comprendidas entre 0 y 23 meses y 29 días de edad, dispensarizados en los 13 consultorios atendidos por el Policlínico Docente</p> |

“Camilo Cienfuegos” (San Cristóbal, Artemisa), entre noviembre del 2014 y marzo del 2015.

La prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida fue del 27.3%. Esta cifra aumentó hasta ser del 34.5% cuando se consideró el suministro de vitaminas, minerales y sueros de rehidratación oral junto con la LME.

El 88% de los niños fueron amamantados durante la primera hora de vida. En el 30.9% de los menores de 5 meses de vida predominó la lactancia materna acompañada de lactancia artificial.

La lactancia materna continuada al año y a los dos años de edad fue del 25.0% y el 11.0%, respectivamente. En el 54.6% de los niños menores de 6 meses se introdujo algún alimento de diversa textura (incluyendo leche artificial) antes de la edad óptima para ello.

El 71.6% de los niños con edades entre 6 meses – 23 meses y 29 días siempre consumió algún alimento con ayuda del biberón. Los cereales y las frutas (64.2% de los niños incluidos en este grupo etario), las carnes, el huevo y las leguminosas (77.3%), la leche (77.9%), y los aceites y las grasas (81.1%) fueron consumidos entre 6 – 7 veces a la semana por más del 60% de los niños examinados. Por el contrario, las frutas (49.5%), los vegetales (30.5%), y los azúcares y los dulces (53.7%) no fueron consumidos nunca por los niños en estas edades.

2017 Actitudes, conocimientos y prácticas de madres de niños en edad preescolar frente a la alimentación de sus hijos, un acercamiento a la realidad de la Comuna 9 de armenia (Quindío).

(Arias et al., 2017)

El estudio buscaba realizar la descripción de los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las madres frente a la alimentación de sus hijos en edad preescolar, en la comuna 9 de la ciudad de Armenia, Quindío. Utilizó un muestreo intencional y un instrumento de recolección de información tipo CAP (Conocimientos, Actitudes y Prácticas) diseñado por los autores y aplicado a 50 mujeres con edades que oscilaron entre los 18 y 54 años, previa aplicación de prueba piloto y firma del consentimiento informado por parte de los participantes.

- 2018 Análisis del diseño de la ley 1355 de 2009, para la prevención de la obesidad en Colombia

(Urbina, 2018)
- Dentro de los principales hallazgos se evidenció que las madres reconocen el concepto de alimentación saludable y logran identificar los grupos de alimentos más importantes en la dieta de sus hijos. Frente a las actitudes, las mujeres encuestadas se muestran indiferentes y evidencian prácticas alimentarias deficientes.
- La siguiente investigación se refiere a analizar el uso de las teorías de ciencia política aplicadas a la formulación de leyes, en este caso para la prevención de la obesidad en Colombia, utilizando la ley 1355 de 2009 como línea base. La principal razón, por la cual se desea desarrollar esta investigación, radica en que la obesidad es un problema de salud pública en Colombia, que está saliéndose de control, esta requiere de una gran contribución económica y de talento humano para su correcto manejo y solución. Ya que no es una enfermedad que se encuentra aislada de las otras, sino que es la encargada de desencadenar numerosas enfermedades crónicas, entre las que se incluyen la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer.
- La metodología que fue usada tiene un enfoque cualitativo y el alcance es explicativo, debido a que se buscaron noticias para indagar cómo se llevó a cabo el proceso de aprobación de la ley 1355 de 2009, y además investigaciones académicas de cómo era el uso de las teorías de ciencia política en la formulación de políticas públicas del mundo, relacionadas con la obesidad. Finalmente, el estudio encontró 4 teorías de ciencia política, las cuales contienen características que apuntan a la creación y formulación de políticas públicas en el contexto de la obesidad; sin embargo, la literatura reporta que la aplicación ha sido limitada y en el contexto colombiano la información que se encontró al respecto no permitió elaborar un análisis completo sobre el nivel de uso.
- 2019 Comunicación para la promoción y prevención de la salud: análisis de políticas, estrategias y campañas de comunicación para la prevención de obesidad infantil.

(Alfonso, 2019)
- Se analizó los alcances y las limitaciones que hay en las estrategias de comunicación empleadas en Colombia que buscan prevenir la obesidad infantil considerada un problema de salud pública. Para ello se hizo un recorrido teórico, una indagación de las acciones empleadas por las entidades en cada estrategia, una mirada en la prensa de tres medios

digitales, conocimiento del manejo del tema por padres de familia y profesores para complementarlo con las observaciones de expertos en salud y comunicación.

Tomando el análisis de la investigación se elaboró una propuesta que incluye las oportunidades que se han mantenido y las amenazas que hay para poder elaborar una estrategia de comunicación que sea efectiva y reúna los factores principales para darle solución al problema de salud pública obesidad infantil y sobrepeso que ha ido aumentando en la población.

2020 Prevalencia de sobrepeso, obesidad y factores de riesgo en una cohorte de escolares en Bogotá, Colombia

(Salazar et al., 2020)

La obesidad en niños y adolescentes es un problema de salud pública que puede pasar desapercibido, si no se caracteriza temprano en centros de atención primaria. Objetivo: Determinar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 10 años que asistieron a la consulta externa de pediatría, en un centro de atención primaria en Bogotá, entre los años 2017 y 2018.

Metodología: Estudio de corte transversal. Se incluyeron todos los pacientes entre 5 y 10 años que asistieron al consultorio de pediatría del Clinicentro Calle 80. Se aplicó una encuesta para registrar factores de riesgo asociados al sobrepeso y a la obesidad.

Resultados: Se incluyeron 300 pacientes, 148 niñas (49.33%) y 152 niños (50.66%). La mediana de edad fue de 7 años. El 70% de ambos sexos tuvo un peso adecuado para la edad, el 14.86% de las niñas y el 12.5% de los niños tenían sobrepeso y el 7.43% de las niñas y el 5.25% de los niños, obesidad.

Conclusión: Se encontró una prevalencia importante de obesidad entre los menores evaluados; hallazgo con implicaciones clínicas importantes dadas las consecuencias que el sobrepeso y la obesidad acarrearán en la población pediátrica y posteriormente en la edad adulta, ocasionando elevados gastos al sistema de salud. El diseño e implementación de estrategias que regulen la calidad de la alimentación deben constituir uno de los insumos más importantes en

2020	<p>Prácticas alimenticias que tienen los padres de niños con Desnutrición y Obesidad: Un estudio comparativo en base al daño neuropsicológico.</p> <p>(Tamayo & Varela, 2020)</p>	<p>el desarrollo de políticas para la infancia en Colombia.</p> <p>El objetivo del estudio fue analizar las prácticas alimenticias que tienen los padres de niños con desnutrición y obesidad y los daños de las funciones neuropsicológicas. El conocimiento de los padres o cuidadores primarios sobre la alimentación que deben de llevar los niños es fundamental, para su adecuado desarrollo físico y mental; evitando así enfermedades irreversibles.</p>
2021	<p>Nivel de actividad física, comportamiento sedentario y sueño en la población de la primera infancia.</p> <p>(Olarte y otros, 2021)</p>	<p>De acuerdo con los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación se observó que la obesidad en los niños obedece a las malas prácticas alimenticias que implementan los padres con sus hijos, ya que no se informan de cómo enseñarles a sus niños a tener una alimentación sana y saludable. Por lo tanto, es importante que los padres adquieran hábitos saludables, para poder brindarles una buena orientación a sus hijos en cuanto a la alimentación, además, son parte fundamental en el desarrollo del niño debido a que son sus figuras primarias y apoyo en todas sus facetas.</p> <p>El estudio buscaba determinar el cumplimiento de las recomendaciones de actividad física, comportamiento sedentario y sueño según los días de la semana, el sexo y la edad de los niños (as) entre 2 a 5 años.</p> <p>Según los autores, en promedio, los niños realizan $132,4 \pm 95,2$ minutos de actividad física y gastan $70,4 \pm 63,4$ minutos por día en comportamientos sedentarios. Es mayor el tiempo dedicado al juego activo y al deporte organizado durante los sábados y domingos ($175,1 \pm 140$ minutos) ($p = 0,0001$). El tiempo dedicado a ver televisión fue mayor durante el fin de semana ($70,7 \pm 69,4$ minutos). En promedio, los prescolares duermen $10,2 \pm 0,9$ horas por día, siendo menor el tiempo de sueño entre semana ($9,3 \pm 0,7$ minutos).</p>

Fuente propia del autor.

4.3. MARCO CONCEPTUAL

Alimentación saludable

Es aquella que logra un equilibrio energético en el ser humano, reduce el consumo de grasas, sustituye las grasas saturadas por grasas insaturadas y trata de eliminar los ácidos grasos trans, sodio y azúcares libres, y que, además, aumenta el consumo de frutas y hortalizas, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos. (“SDIS”). Está compuesta por los hábitos alimentarios que ayudan a mantener un óptimo estado de salud y realizar las actividades de la vida diaria; sus determinantes son la variedad, cantidad y calidad de alimentos. (ICBF, 2015).

En otras palabras, la alimentación saludable es aquella que satisface las necesidades de energía y nutrientes en todas las etapas de la vida considerando su estado fisiológico y velocidad de crecimiento; promueve el suministro de nutrientes de la madre al feto, la práctica de la lactancia materna e incluye alimentos ricos en nutrientes en la alimentación complementaria; se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua que previene la aparición de enfermedades asociadas con una ingesta deficiente o excesiva de energía y nutrientes. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

Cambio de comportamiento

Es la capacidad que tiene cualquier ser humano de transformar conductas y prácticas a partir de la toma consciente de decisiones. Supone la transformación de conductas, prácticas y acciones al mismo tiempo; es un proceso que toma tiempo y requiere de apoyo y acompañamiento continuo y se considera exitoso cuando se logra establecer con el paso del tiempo que el cambio es permanente. (ICBF, FAO, MinSalud, 2019).

Conocimientos en alimentación

Conjunto de datos o evidencias relacionados con la alimentación de las poblaciones o comunidades, especialmente hace referencia al conjunto de saberes que se tienen de la alimentación, alimentos o preparaciones de estos. (Pino y otros, 2010).

Desnutrición

La desnutrición es una condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial lactantes y niños. (FAO, 2013).

Educación alimentaria y nutricional

Se define como aquellas estrategias educativas diseñadas para facilitar la adopción voluntaria de conductas alimentarias y otros comportamientos relacionados con la alimentación y la nutrición propicios para la salud y el bienestar. Estas estrategias están enfocadas en el desarrollo de habilidades de los sujetos para tomar decisiones adecuadas en cuanto a su alimentación y en la promoción de un ambiente alimentario propicio. Las acciones de educación nutricional se desarrollan en los ámbitos individual, comunitario, y político” (FAO, 2013).

La Educación Nutricional fortalece las capacidades para:

- Alimentarse y alimentar a su familia en un modo adecuado.
- Obtener alimentos adecuados a precios asequibles.
- Preparar alimentos y comidas saludables que sean de su agrado.
- Reconocer las malas elecciones alimentarias y como resistir a éstas.
- Instruir a sus hijos y a otros sobre la alimentación saludable. (FAO, 2020).

Entorno alimentario

El entorno alimentario hace referencia al contexto físico, económico, político y sociocultural que enmarca la interacción de los consumidores con el sistema alimentario con miras a la adopción de decisiones sobre la adquisición, la preparación y el consumo de alimentos. (HLPE, 2017).

En el mismo marco conceptual, el entorno alimentario está compuesto por:

- La disponibilidad y el acceso físico a los alimentos.
- El acceso económico o asequibilidad a los alimentos.
- la promoción, la publicidad y la información.
- la calidad y la inocuidad de los alimentos.

Hábitos y estilos de vida saludable

Hacen referencias a las prácticas y actividades que se relacionan con el bienestar, dentro de ellos se encuentran la alimentación saludable, evitar tabaco, alcohol y sustancias psicoactivas, realizar ejercicio físico de manera regular, relaciones sociales, equilibrio mental, evitar contaminación ambiental y mantener una adecuada higiene. (FAO; Ministerio de Salud y Protección Social, 2016).

Malnutrición

La malnutrición se define como una condición fisiológica anormal causada por un consumo insuficiente, desequilibrado o excesivo de los macronutrientes que aportan energía alimentaria (hidratos de carbono, proteínas y grasas) y los micronutrientes (vitaminas y minerales) que son esenciales para el crecimiento y el desarrollo físico y cognitivo. (FAO, 2014)

Obesidad

La obesidad es una enfermedad crónica no transmisible caracterizada por un mayor contenido de grasa corporal, lo cual -dependiendo de su magnitud y de su ubicación topográfica va a determinar riesgos de salud que limitan las expectativas y calidad de vida. En adultos, la obesidad se clasifica de acuerdo con el

Índice de Masa Corporal (IMC), por la buena correlación que presenta este indicador con la grasa corporal y riesgo para la salud a nivel poblacional mientras que, en niños, su uso estará ligado al uso de curvas de crecimiento y desarrollo poblacional propuestas por la Organización Mundial de la Salud. (Moreno G. , 2012).

Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional PNSAN

Es el conjunto de objetivos, metas, estrategias y acciones propuestos por el Estado Colombiano, en un marco de corresponsabilidad con la sociedad civil, que tienen por objeto: 1) proteger a la población de las contingencias que conllevan a situaciones indeseables y socialmente inadmisibles como el hambre y la alimentación inadecuada; 2) asegurar a la población el acceso a los alimentos en forma oportuna, adecuada y de calidad; y 3) lograr la integración, articulación y coordinación de las diferentes intervenciones intersectoriales e interinstitucionales. (Gobierno Nacional de Colombia, 2013).

Prácticas alimentarias

Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación (Black & Creed, 2012).

Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”. Este concepto va más allá de la existencia o no de una enfermedad. En consecuencia, más que de una vida sana, hay que hablar de un estilo de vida saludable, del que forman parte: la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social. (FAO, 2015).

Seguridad alimentaria.

La seguridad alimentaria es la situación que permite que todas las personas, en todo momento, tengan acceso físico y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias, con el fin de desarrollar una vida saludable. (FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS, 2019)

La seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana (OMS, 1996). La definición plantea cuatro dimensiones primordiales de la seguridad alimentaria:

- **Disponibilidad de alimentos:** La seguridad alimentaria aborda la parte correspondiente a la “oferta” dentro del tema de seguridad alimentaria y es función del nivel de producción de alimentos, los niveles de las existencias y el comercio neto. (FAO, 2011).
- **Acceso a los alimentos:** Una oferta adecuada de alimentos a nivel nacional o internacional en sí no garantiza la seguridad alimentaria a nivel de los hogares. La preocupación acerca de una insuficiencia en el acceso a los alimentos ha conducido al diseño de políticas con mayor enfoque en materia de ingresos y gastos, para alcanzar los objetivos de seguridad alimentaria. (FAO, 2011).
- **Utilización de los alimentos:** La utilización normalmente se entiende como la forma en la que el cuerpo aprovecha los diversos nutrientes presentes en los alimentos. El ingerir energía y nutrientes suficientes es el resultado de buenas prácticas de salud y alimentación, la correcta preparación de los alimentos, la diversidad de la dieta y la buena distribución de los alimentos dentro de los hogares. Si combinamos esos factores con el buen uso biológico de los alimentos consumidos, obtendremos la condición nutricional de los individuos (FAO, 2011).
- **Estabilidad:** Incluso en el caso de que su ingesta de alimentos sea adecuada en la actualidad, se considera que no gozan de completa seguridad alimentaria si no tienen asegurado el debido acceso a los alimentos de manera periódica, porque la falta de tal acceso representa un riesgo para la condición nutricional. Las condiciones climáticas adversas (la sequía, las inundaciones), la inestabilidad política (el descontento social), o los factores económicos (el desempleo, los

aumentos de los precios de los alimentos) pueden incidir en la condición de seguridad alimentaria de las personas (FAO, 2011).

5. METODOLOGÍA

5.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN - ENFOQUE

Esta es una investigación de tipo descriptivo transversal sobre la cual se recolecta la información necesaria para determinar el perfil socioeconómico y las prácticas alimentarias de los niños, niñas y núcleos familiares vinculados al CDI Luis Felipe.

5.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población de estudio corresponde a 208 niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil, con una muestra total de 120 niños y niñas de 2 a 5 años de edad y padres de familias vinculados al Centro de Desarrollo Infantil Luis Felipe del barrio Olaya Herrera sector La Puntilla de la ciudad de Cartagena, Colombia para la realización del presente trabajo de grado, con un nivel de significancia del 90% (n=115 participantes).

5.3. VARIABLES DE ESTUDIO Y OPERACIONALIZACIÓN

Dentro del desarrollo del presente proyecto, se realiza la siguiente operacionalización de variables.

Tabla 4

Operacionalización de variables

Variable	Subvariable	Indicador	Escala de medición
Características sociodemográficas	Edad	2 años	Cualitativa ordinal politómica
		3 años	
		4 años	
		5 años	
Sexo		Masculino	Cualitativa nominal dicotómica
		Femenino	
Estrato socioeconómico		Bajo 0 – 1	Cualitativa ordinal politómica
		Medio bajo 2	
		Medio 3	
		Medio alto 4	
Nivel educativo		Alto 5 - 6	Cualitativa nominal politómica
		Ninguno	
		Primaria	

		Secundaria Técnico Tecnológico Profesional Posgrado	
	Ingresos familiares mensuales	Menos de 1 SMLV Entre 1 y 2 SMLV Más de 2 SMLV	Cualitativa ordinal politómica
Lactancia Materna	Lactancia materna exclusiva	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
	Tiempo de lactancia materna exclusiva	Menos de 1 mes Entre 1 y 3 meses Entre 3 y 6 meses Más de 6 meses	Cualitativa ordinal politómica
	Edad hasta la que se recibió lactancia materna	Menos de 1 mes Entre 1 y 3 meses Entre 3 y 6 meses Entre 6 y 12 meses Más de 12 meses	Cualitativa ordinal politómica
	Edad de inicio de alimentación complementaria	Menos de 1 mes Entre 1 y 3 meses Entre 3 y 6 meses Más de 6 meses	Cualitativa ordinal politómica
Alimentación complementaria	Grupo de alimentos con que se inicia la alimentación complementaria	Cereales Raíces Plátanos Tubérculos Frutas Verduras Lácteos y derivados Carnes Huevos Leguminosas secas Mezclas vegetales Azúcares	Cualitativa nominal politómica
Consumo de alimentos	Alimentos de preferencia de consumo del niño/niña	Cereales Raíces Plátanos Tubérculos Frutas Verduras Lácteos y derivados Carnes Huevos Leguminosas secas Mezclas vegetales	Cualitativa nominal politómica

	Azúcares	
Alimentos de consumo que rechaza el niño / niña	Cereales	Cualitativa nominal politómica
	Raíces	
	Plátanos	
	Tubérculos	
	Frutas	
	Verduras	
	Lácteos y derivados	
	Carnes	
	Huevos	
	Leguminosas secas	
	Mezclas vegetales	
Azúcares		
Oferta de desayuno antes de ir al CDI	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Consumo de desayuno antes de ir al CDI	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Consumo de cena después del CDI	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Consumo de desayuno los fines de semana	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Lugar de consumo habitual del desayuno los fines de semana	En casa / comedor En casa / habitación En casa / sala de estar Fuera de casa	Cualitativa nominal politómica
Consumo de merienda de la mañana los fines de semana	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Lugar de consumo habitual merienda de la mañana los fines de semana	En casa / comedor En casa / habitación En casa / sala de estar Fuera de casa	Cualitativa nominal politómica
Consumo de almuerzo los fines de semana	Si No	Cualitativa nominal dicotómica

Lugar de consumo habitual del almuerzo los fines de semana	En casa / comedor En casa / habitación En casa / sala de estar Fuera de casa	Cualitativa nominal politómica
Consumo de merienda de la tarde los fines de semana	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Lugar de consumo habitual de merienda de la tarde los fines de semana	En casa / comedor En casa / habitación En casa / sala de estar Fuera de casa	Cualitativa nominal politómica
Consumo de cena los fines de semana	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Lugar de consumo habitual de la cena los fines de semana	En casa / comedor En casa / habitación En casa / sala de estar Fuera de casa	Cualitativa nominal politómica
Persona que prepara los alimentos que se ofrecen al niño / niña	Padres Abuelo Otros familiares Cuidadores Se compran preparados Otros	Cualitativa nominal politómica
Personas con quien se consumen los alimentos que se ofrecen al niño / niña	Padres Abuelo Otros familiares Cuidadores Otros	Cualitativa nominal politómica
Compra de frutas	Limón Mango Banano Guayaba Tomate de árbol Ciruela Guanábana	Cualitativa nominal politómica

	Mora Maracuyá Naranja Papaya Mandarina Patilla Piña Melón Lulo Manzana Otro	
Frecuencia de compra de frutas	Diario Semanal Quincenal Mensual No se compra	Cualitativa nominal politómica
Consumo de frutas	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de consumo de frutas	Diario 1 o más de 2 veces al día 2 veces a la semana 1 vez a la semana Ocasionalmente Nunca	Cualitativa nominal politómica
Unidades de frutas consumidas	1 vez al día 2 veces al día Más de 2 veces al día No consume	Cualitativa nominal politómica
Compra de verduras	Cebolla roja Cebolla blanca Cebolla larga Zanahoria Habichuela Repollo Lechuga Ahuyama Pepino Ají Ají pimentón Apio	Cualitativa nominal politómica

	Espinaca Acelga Arveja verde Brócoli Otros	
Frecuencia de compra de verduras	Diario Semanal Quincenal Mensual No se compra	Cualitativa nominal politómica
Consumo de verduras	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de consumo de verduras	Diario 1 o más de 2 veces al día 2 veces a la semana 1 vez a la semana Ocasionalmente Nunca	Cualitativa nominal politómica
Compra de alimentos fuentes de proteínas	Carne de res Pescado Carne de cerdo Pollo Pechuga de pollo Huevos Leche Productos lácteos Leguminosas Vísceras Otro	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de compra de alimentos fuentes de proteínas	Diario Semanal Quincenal Mensual No se compra	Cualitativa nominal politómica
Consumo de alimentos fuentes de proteína	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de proteínas	Diario 1 o más de 2 veces al día	Cualitativa nominal politómica

	2 veces a la semana 1 vez a la semana Ocasionalmente Nunca	
Compra de alimentos fuentes de carbohidratos	Cereales Raíces Plátanos Tubérculos Otro	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de compra de alimentos fuentes de carbohidratos	Diario Semanal Quincenal Mensual No se compra	Cualitativa nominal politómica
Consumo de alimentos fuentes de carbohidratos	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de carbohidratos	Diario 1 o más de 2 veces al día 2 veces a la semana 1 vez a la semana Ocasionalmente Nunca	Cualitativa nominal politómica
Compra de alimentos fuentes de azúcares	Azúcares simples Dulces y postres Otro	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de compra de alimentos fuentes de azúcares	Diario Semanal Quincenal Mensual No se compra	Cualitativa nominal politómica
Consumo de alimentos fuentes de azúcares	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de consumo de alimentos fuentes de azúcares	Diario 1 o más de 2 veces al día 2 veces a la semana 1 vez a la semana Ocasionalmente	Cualitativa nominal politómica

	Nunca	
Frecuencia de consumo de jugos o bebidas procesadas	Diario 1 o más de 2 veces al día 2 veces a la semana 1 vez a la semana Ocasionalmente Nunca	Cualitativa nominal politómica
Compra de alimentos fuentes de grasas	Grasas poliinsaturadas Grasas monoinsaturadas Grasas saturadas Otro	Cualitativa nominal politómica
Frecuencia de compra de alimentos fuentes de grasas	Diario Semanal Quincenal Mensual No se compra	Cualitativa nominal politómica
Consumo de alimentos fuentes de grasas	Si No A veces	Cualitativa nominal politómica
Actividad física en el niño / niña	Si No	Cualitativa nominal dicotómica
Actividad física	Frecuencia de realización de actividades al aire libre Diario Frecuentemente Ocasionalmente Nunca	Cualitativa nominal politómica
Tiempo promedio frente a pantallas	Menos o igual a media hora 1 horas Entre 1 y 2 horas Más de 2 horas	Cualitativa nominal politómica

Elaboración propia.

5.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

Se consideran criterios de inclusión:

- Niños y niñas de 2 a 5 años 11 meses vinculados el CDI Luis Felipe cuyos padres aceptaron consentimiento informado.

Criterios de Exclusión

Son criterios de exclusión para la población en estudios:

- Niños y niñas que sus padres no aceptaron participar en el estudio.
- Niños y niñas con patologías de base que tengan modificaciones particulares en su patrón alimentario.

5.5. FUENTES, MÉTODOS Y MECANISMOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.5.1. Desarrollo, validación y aplicación de la encuesta

Para la obtención de los datos de la población en estudios, se acudió al desarrollo de una encuesta que permitió recolectar los datos brindados por los padres de familia o cuidadores de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Luis Felipe ubicado en el barrio Olaya Herrera sector La Puntilla de la ciudad de Cartagena que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión.

Para ello se realizó una revisión literaria sobre las encuestas de prácticas alimentarias previamente realizadas a nivel nacional e internacional; esto permitió la selección de preguntas específicas sobre prácticas alimentarias adoptadas de la encuesta CAP estipulada y diseñada por la FAO. La herramienta para recolectar la información fue previamente validada expertos evaluadores de la Universidad del Sinú Elías Bechara Zainúm seccional Cartagena. Dicha encuesta fue diseñada y aplicada por medio de la plataforma de formularios Google Forms, y posteriormente, remitida a padres de familia o cuidadores por vía electrónica (correo o WhatsApp) para su diligenciamiento.

A través de la encuesta, se buscó obtener datos sociodemográficos que permitieran una caracterización del núcleo familiar en donde reside el niño o niña. Así mismo, se buscó captar datos relacionados con la práctica de lactancia materna y la forma como se dio el proceso de alimentación complementaria con

los niños y niñas que hicieron parte del estudio, además de actividad física que tienen los niños, niñas, cuidadores y familiares de los niños.

5.5.2. Identificación de prácticas alimentarias

La encuesta permitió la caracterización de prácticas de alimentación, los datos obtenidos por la encuesta se tabularon en hojas de cálculo de Excel para su posterior análisis. La tabulación de esta información contribuirá a identificar las prácticas que pueden afectar el bienestar en alimentación y nutrición de los niños y niñas y así, poder priorizar los campos en los que se pueda realizar educación nutricional y otras estrategias de conductas que impulsen cambio en ellos.

Se construyó una matriz para describir problemáticas tal como es sugerido por la FAO en la “educación alimentaria y nutricional en las escuelas - Un libro blanco sobre el estado actual, principios desafíos y recomendaciones para países de ingresos bajos y medianos” (FAO, 2022). Para establecer la priorización de problemas se sometieron las prácticas problema identificadas a las escalas cualitativas de valoración de gravedad, frecuencia, tendencia, social y vulnerabilidad del problema propuesto por Gómez y colaboradores en el “Manual de gestión de proyectos”. (Gómez et al., 2013).

5.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Estos datos se tabularon en hojas de datos de Excel de Microsoft Office y se utilizaron medidas de tendencia central para caracterizar las prácticas alimentarias de los núcleos familiares de los niños y niñas. La información recolectada será discutida conforme los resultados previos de otras investigaciones e informes que se tienen para la población colombiana.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se presentó para su respectiva aprobación ante el comité de investigación de la escuela de Nutrición y Dietética de la Universidad del Sinú seccional Cartagena. El 90% (n=115) de los encuestados, aceptaron su participación en el estudio, mediante aceptación y firma del consentimiento informado, adicionalmente se cumple con la declaración de Helsinki de acuerdo con los principios de respeto por las personas, beneficencia y justicia para investigaciones en personas.

7. MARCO LEGAL

Tabla 5

Marco legal.

Año	Documento	Objetivo
1991	Ley 100	Define la promoción de la salud como "la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y los sectores sociales y productivos con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad mejores condiciones de salud físicas, psíquicas y sociales para los individuos y las colectividades".
2008	Documento CONPES Social 113	Somete a consideración del CONPES Social la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. La política es el resultado de un proceso de participación y concertación entre entidades del nivel nacional, departamental y municipal, con organizaciones de la sociedad civil, organismos internacionales, universidades y gremios, entre otros, y por lo tanto se constituye en una política de Estado.
2009	Decreto 2055 de 2009	Por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN.
2009	Ley 1355 de 2009	Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a ésta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.
2011	Ley 1438 de 2011	Esta ley tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo.
2013	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012-2019	Se lanza oficialmente el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 - 2019, por el cual se adopta la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. El objetivo es, contribuir al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de toda la población.

2014	Programa nacional de estilos de hábitos y estilos de vida saludable. Coldeportes 2014	Por medio del cual se establece un programa nacional de promoción de estilos de vida saludable que vincula el deporte, la actividad física regular y la alimentación saludable.
2016	Resolución 2465 de 2016	Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.
2017	Lineamiento Nacional de Educación Alimentaria y Nutricional	Brindar orientaciones técnicas en educación alimentaria y nutricional para que los diferentes sectores y actores de la seguridad alimentaria y nutricional - SAN promuevan, en la población, la adopción voluntaria de hábitos y comportamientos alimentarios que les permitan disfrutar de buena salud y prevenir las enfermedades crónicas no transmisibles.
2018	Resolución 3280 de 2018	Por la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación.
2020	Resolución 2350 de 2020	Por el cual se adoptan lineamientos técnicos para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad.
2021	Ley 2120 de 2021	Por medio de la cual se adoptan medidas efectivas que promueven entornos alimentarios saludables, garantizando el derecho fundamental a la salud, especialmente de las niñas, niños y adolescentes, con el fin de prevenir la aparición de Enfermedades No Transmisibles, mediante el acceso a información clara, veraz, oportuna, visible, idónea y suficiente, sobre componentes de los alimentos a efectos de fomentar hábitos alimentarios saludables.

Fuente: Elaboración propia.

8. RESULTADOS

Luego de la aplicación de la encuesta previamente diseñada y validada que permitió recolectar los datos brindados por los padres de familia o cuidadores de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Luis Felipe ubicado en el barrio Olaya Herrera sector La Puntilla de la ciudad de Cartagena, se obtuvieron datos sociodemográficos que permitieron una caracterización del núcleo familiar en donde reside el niño o niña.

De igual forma, se logró la identificación con la práctica de lactancia materna y alimentación complementaria con los niños y niñas que hicieron parte del estudio, además de actividad física que tienen los niños, niñas, cuidadores y familiares de los niños para posteriormente priorizar los campos en los que se pueda realizar educación nutricional y otras estrategias de conductas que impulsen cambio en ellos.

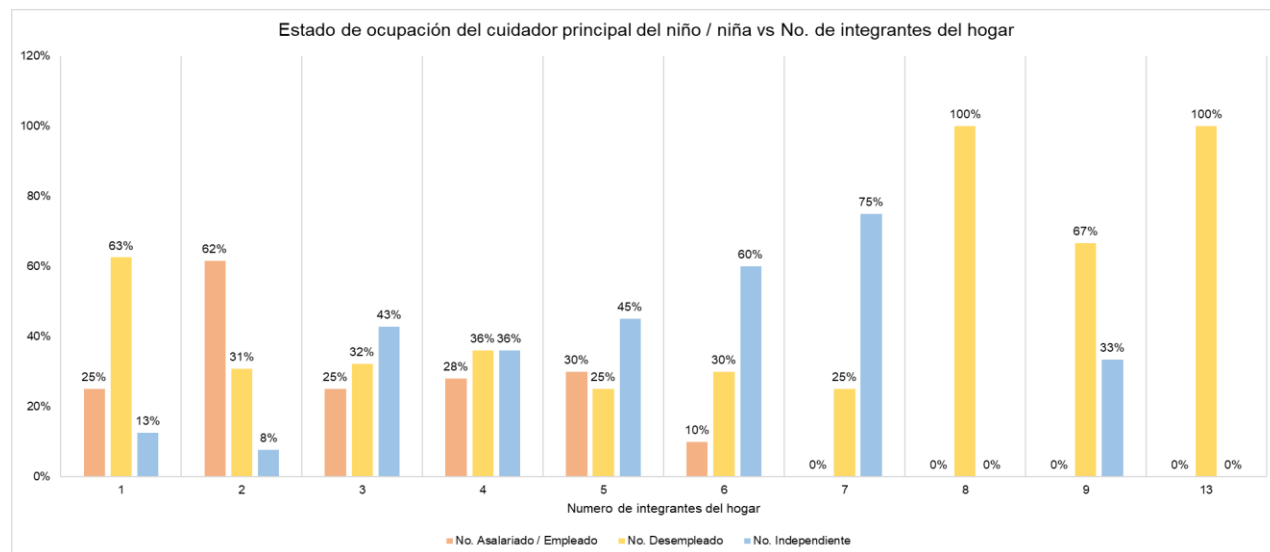
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

Número de integrantes del hogar frente ocupación del cuidador principal

De acuerdo con los resultados, la mayor prevalencia de miembros de hogares fue tres, cuatro y cinco miembros. (Gráfica 1).

Gráfica 1

Relación entre número de integrantes del hogar del niño / niña y ocupación del cuidador principal.



Fuente: elaboración propia.

Al relacionar el número de integrantes del hogar del niño/niña con la ocupación del cuidador principal de los hogares, la mayor frecuencia de casos de asalariados o empleados se encontraba en los hogares con menor cantidad de personas. Por el contrario, aquellos hogares con cantidad intermedia de integrantes entre 5 y 7, presentaban una mayor tendencia de trabajo independiente la cual se encontraba en ascenso conforme aumentaba el número de personas en los hogares. Finalmente, en aquellos hogares con cantidad de integrantes mayores a ocho personas presentaban una incidencia alta de desempleo siendo la característica más predominante en estos hogares.

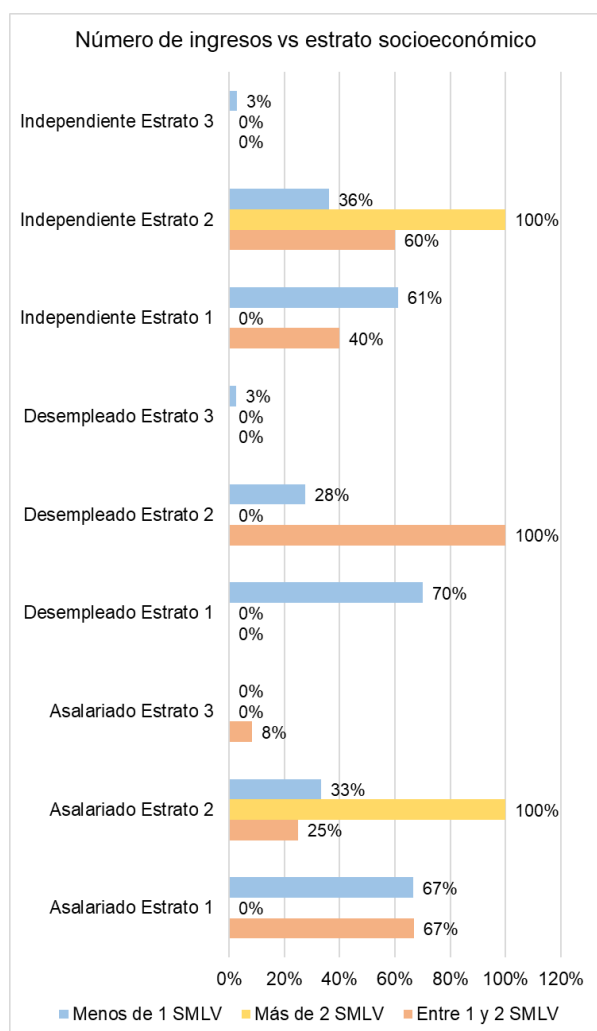
Ingresos económicos, según estrato socioeconómico por grupo de situación laboral

Al relacionar la situación laboral de los cuidadores principales con los ingresos económicos del hogar al mes y el estrato socioeconómico de los hogares, fue posible identificar que en aquellos hogares donde el cuidador principal se encontraba asalariado o empleado y en donde se tenían ingresos entre 1 y 2 SMLV, en su mayoría pertenecían al estrato uno y dos. Aquellos hogares donde el cuidador principal se

encontraba desempleado y en donde se tenían ingresos entre 1 y 2 SMLV, así como los hogares con ingresos menores a 1 SMLV, se encontraban en estrato socioeconómico dos. Por último, aquellos hogares donde el cuidador principal se generaba ingresos de manera independiente y en donde se tenían ingresos entre 1 y 2 SMLV se ubicaban mayormente en los estratos uno y dos. (Gráfica 2).

Gráfica 2

Número de ingresos económicos frente a estrato socioeconómico



Fuente: elaboración propia.

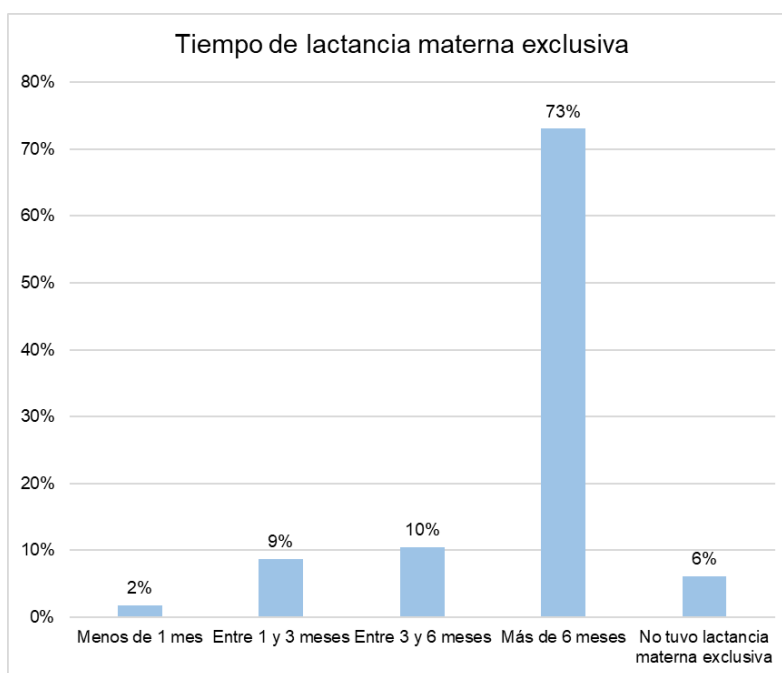
LACTANCIA MATERNA

Lactancia Materna Exclusiva – LME

De acuerdo con la encuesta, solo 1 de cada 10 niños o niñas recibieron lactancia materna exclusiva entre 3 y 6 meses de edad. En su mayoría, los niños y niñas del estudio recibieron lactancia materna exclusiva a más de los 6 meses de edad; finalmente, se genera una alerta al identificar una prevalencia tan baja en relación con la práctica de la lactancia materna de manera exclusiva, aproximadamente 6 de cada 100 niños y niñas. (Gráfica 3).

Gráfica 3

Tiempo de lactancia materna exclusiva.



Fuente: elaboración propia.

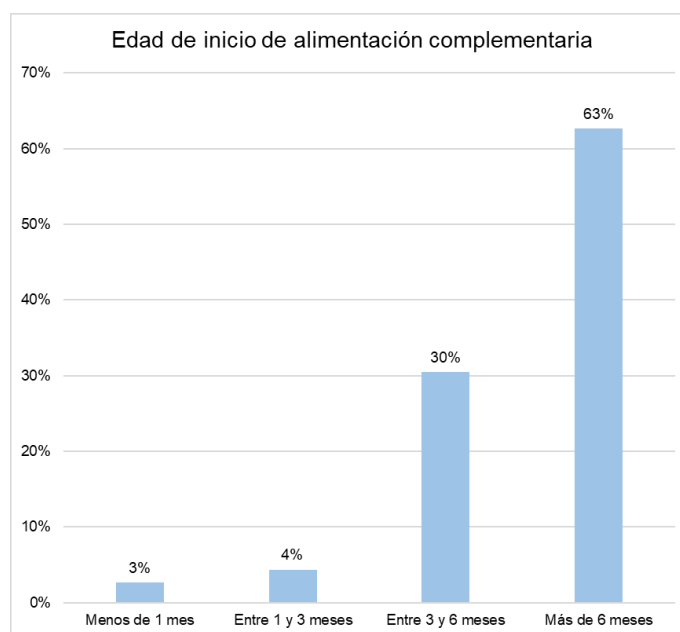
Alimentación complementaria

Inicio de alimentación complementaria

De los niños y niñas encuestados, 6 de cada 10 iniciaron la alimentación complementaria posterior a los 6 meses de edad, siendo la característica más frecuente en los encuestados. Por otra parte, 3 de cada 10 niños y niñas del estudio iniciaron esta alimentación entre 3 y 6 meses de edad. (Gráfica 4).

Gráfica 4

Edad de inicio de alimentación complementaria.



Fuente: elaboración propia.

CONSUMO DE ALIMENTOS

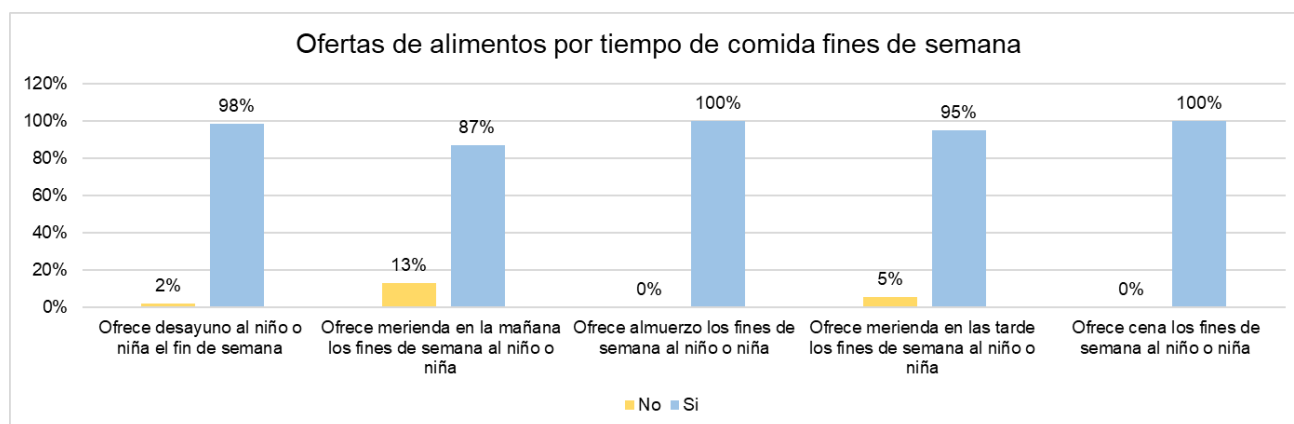
Ingesta de alimentos fines de semana

Se analizó la ingesta de alimentos por parte de los niños y niñas en el tiempo que estaban por fuera del CDI, específicamente los tiempos de comida que se le ofrecía a los niños y niñas en casa y, el lugar más frecuente para su consumo. Los resultados dejaron en evidencia que, casi la totalidad de los niños y

niñas se les ofrecían los tiempos de comida (desayuno, almuerzos, cena y meriendas) los fines de semana en casa (gráfica 5).

Gráfica 5

Ofertas de alimentos por tiempo de comida los fines de semana.

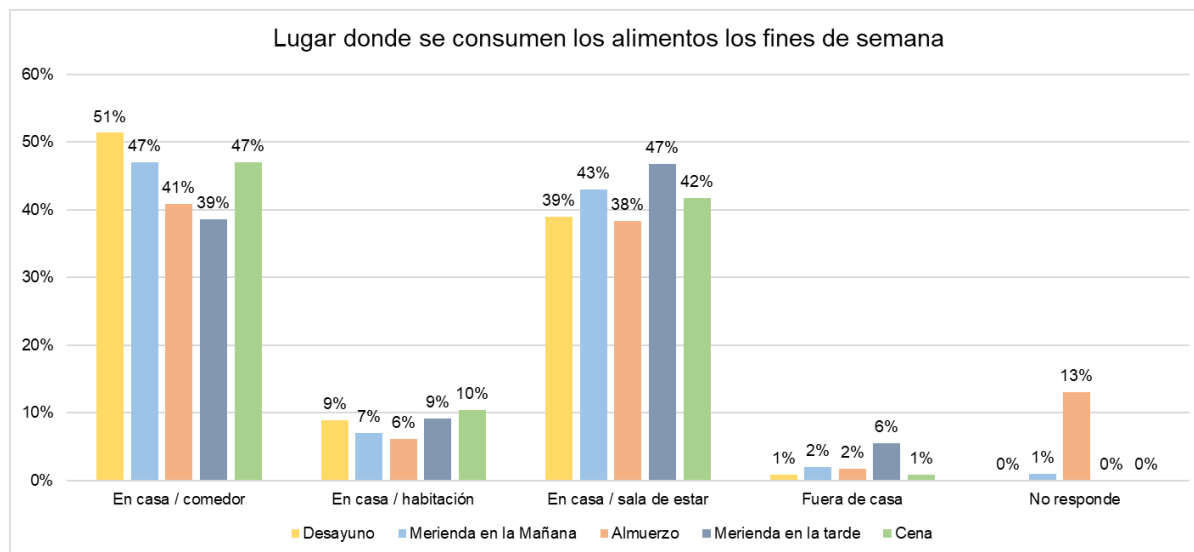


Fuente: elaboración propia.

Con relación al lugar donde los niños y niñas del estudio consumen los alimentos los fines de semana, se encontró que 5 de cada 10 niños consumían sus alimentos en el comedor del hogar y en menor medida, 4 de cada 10 preferían consumir sus alimentos en la sala de estar del hogar. (Gráfica 6).

Gráfica 6

Lugar donde consume el niño / niña los alimentos los fines de semana.



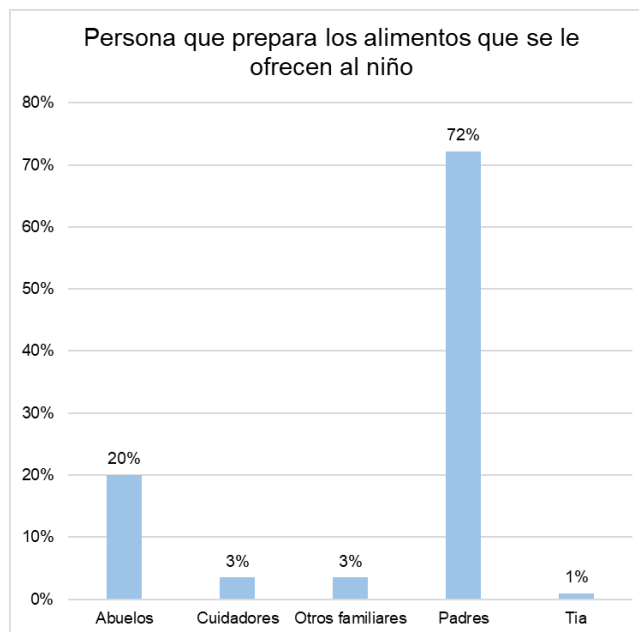
Fuente: elaboración propia.

Preparación de los alimentos en el hogar

En cuanto a la preparación de los alimentos que se preparan en el hogar para el niño y niña, en la mayoría de los hogares los padres y abuelos son quienes preparan los alimentos, en menor medida los cuidadores distintos a la familia (3%), otros familiares (3%) y tíos (1%) son quienes preparan los alimentos que se ofrecen a los niños y niñas del estudio. (Gráfica 7).

Gráfica 7

Persona que prepara los alimentos que se le ofrecen al niño en el hogar.



Fuente: elaboración propia.

Frecuencia de compra de los alimentos

De acuerdo con los resultados se observó mayor frecuencia en un comportamiento de compra de alimentos diariamente en los hogares de los niños y niñas encuestados. En el grupo de frutas, en 40 de cada 100 de los hogares de los niños y niñas se realiza la compra de estas a diario, en menor medida se encontró que el 22% hacia las compras quincenal y un 29% de los hogares lo hace semanalmente.

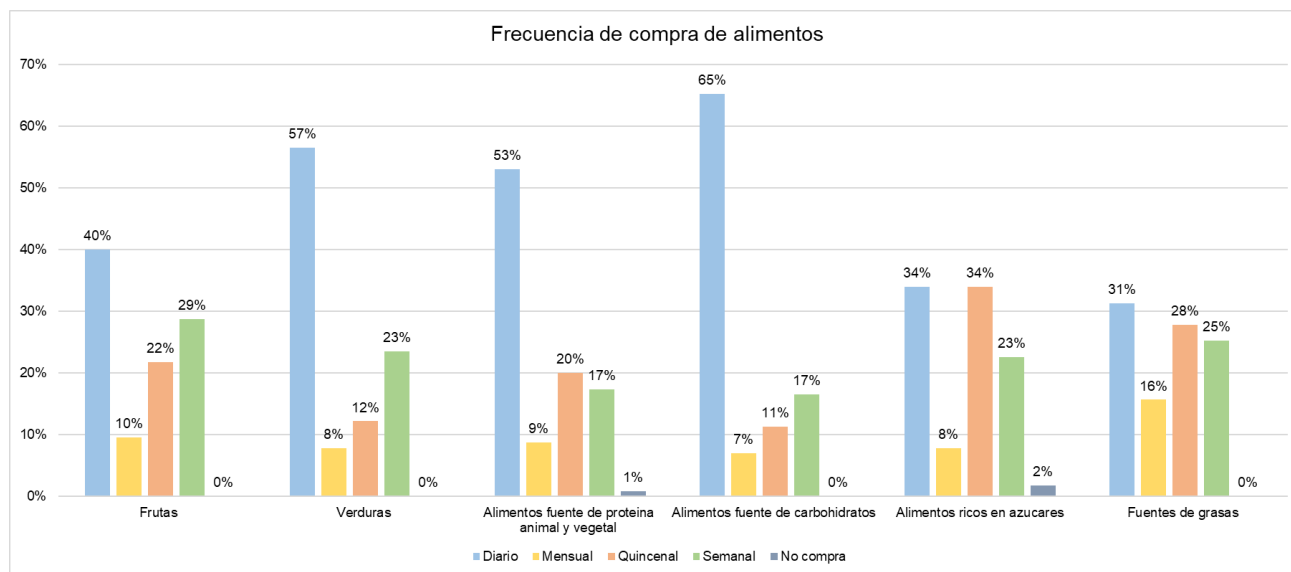
(Gráfica 8).

Al revisar la práctica de compra de las verduras, más de la mitad de los hogares encuestados las adquiere diariamente y en igual medida, los alimentos fuentes de proteína animal y vegetal. En cuanto a los alimentos fuentes de carbohidratos se adquieren diariamente en 65 de cada 100 hogares mientras que, los alimentos ricos en azúcares el 34% de los hogares los compra diaria y quincenalmente por igual,

en menor medida el 23% los compra semanalmente y 8% mensualmente. En cuanto a los alimentos fuentes de grasas el 31 de cada 100 hogares los compra diariamente.

Gráfica 8

Frecuencia de compra de alimentos en el hogar.



Fuente: elaboración propia.

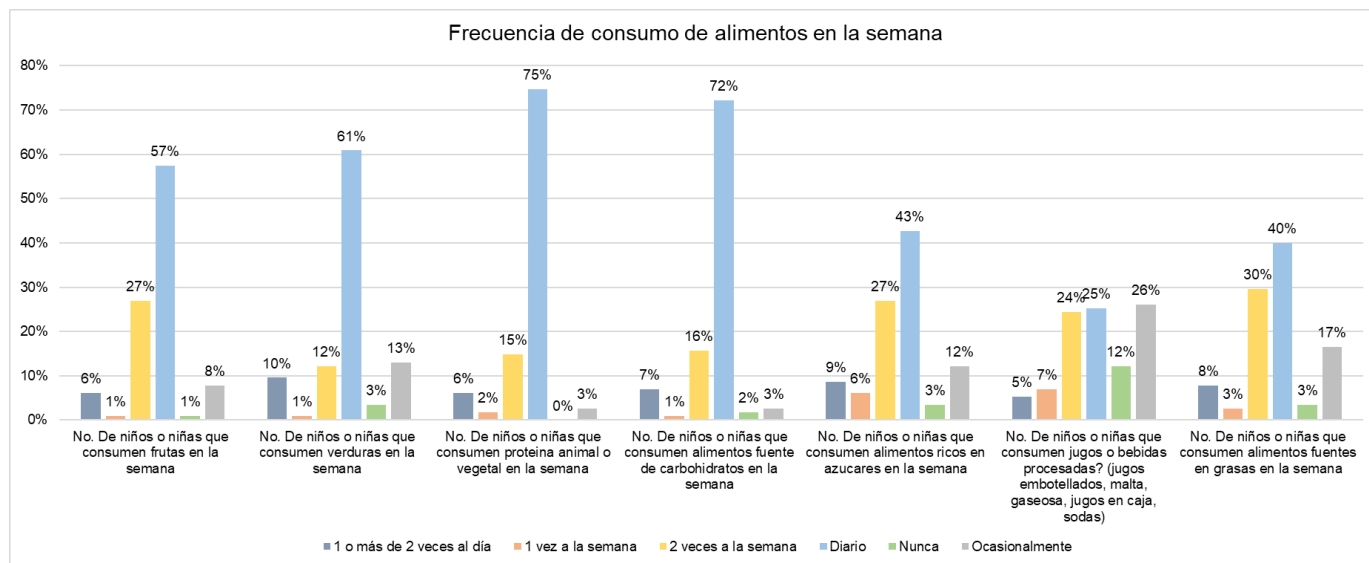
Frecuencia de consumo de alimentos a la semana

En cuanto a la frecuencia de consumo de alimentos a la semana en los hogares por parte de los niños y niñas, se evidenció una tendencia de consumo diario de alimentos con frutas, verduras, fuentes de proteína, carbohidratos, azúcares y grasas. (Gráfica 9).

Individualmente, los grupos de alimentos que presentaron mayor consumo diario fueron las frutas, verduras, alimentos fuentes de proteína y fuentes de carbohidratos. Por otra parte, los alimentos ricos en azúcares y fuentes de grasas presentaron mayor variación en la frecuencia de su consumo, siendo el consumo diario, semanal y quincenal los de mayor prevalencia.

Gráfica 9

Frecuencia de consumo de alimentos en el hogar por semana.



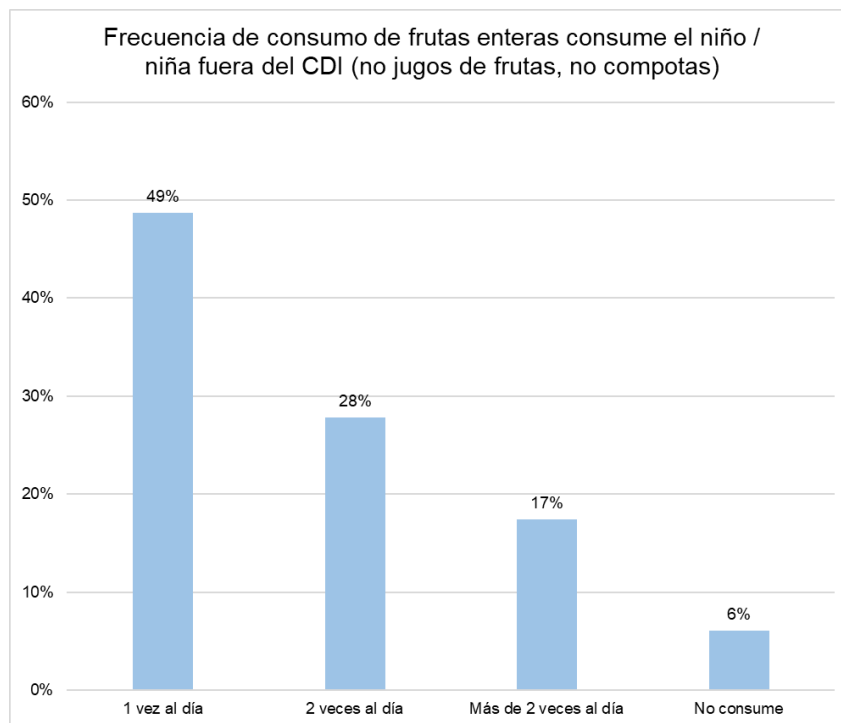
Fuente: elaboración propia.

Frecuencia de consumo de frutas enteras

En cuanto a la frecuencia de consumo de frutas enteras por parte del niño y niña, en 49 de cada 100 hogares se consumen una vez al día mientras que, en el 28% los consume dos veces al día y en menor medida, 6% de los niños y niñas no consume frutas enteras. (Gráfica 10).

Gráfica 10

Frecuencia de consumo de frutas entera que consume el niño / niña fuera del CDI.



Fuente: elaboración propia.

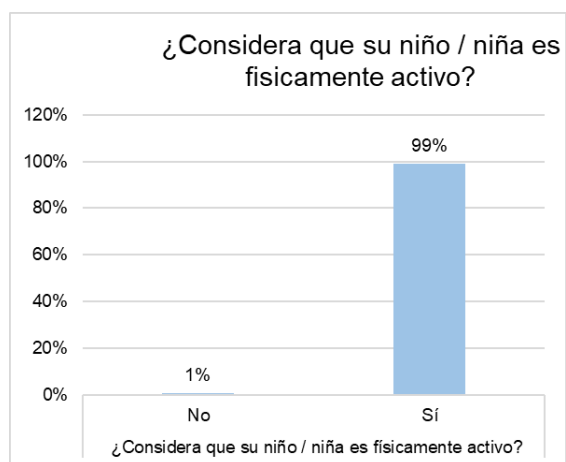
ACTIVIDAD FÍSICA

Frecuencia de actividad física

De acuerdo con los resultados de la encuesta casi la totalidad (99%) de los padres o cuidadores considera que sus niños y niñas son físicamente activos (gráfica 11). De estos, solo 38 de cada 100 niños y niñas hacen actividad física a diario. (Gráfica 12).

Gráfica 11

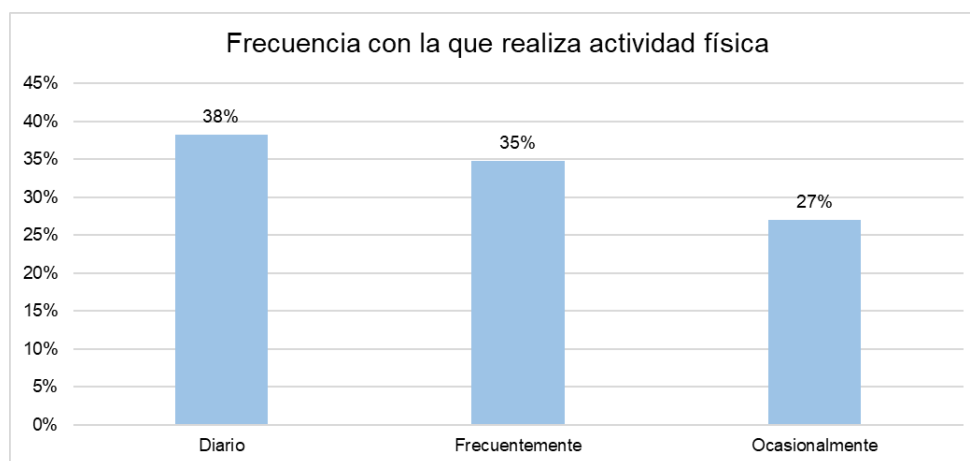
Actividad física, percepción del cuidador.



Fuente: elaboración propia.

Gráfica 12

Frecuencia con la que el niño / niña realiza actividad física.



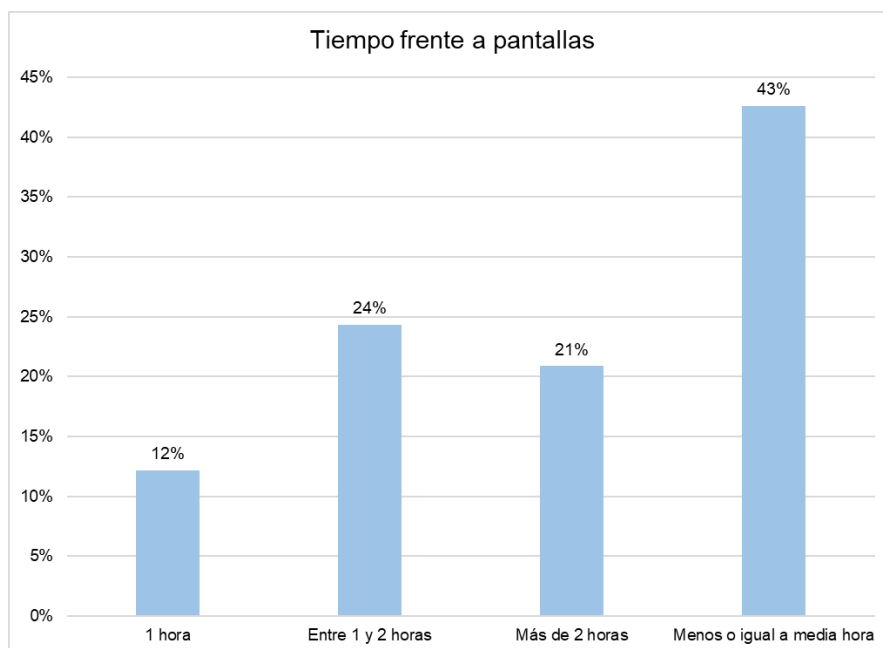
Fuente: elaboración propia.

Tiempo frente a pantallas

En cuanto al tiempo que pasan los niños y niñas frente a las pantallas, el 43 de cada 100 niños y niñas dedica menos o igual a media hora, frente a 21 de cada 100 niños y niñas que dedica diariamente más de dos horas a las pantallas.

Gráfica 13

Tiempo que dedica el niño / niña frente a pantallas.



Fuente: elaboración propia.

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS COMO OPORTUNIDAD DE MEJORA

De acuerdo con los resultados generales, se buscó identificar aquellas prácticas alimentarias que de alguna u otra forma pueden intervenir en el estado nutricional de los niños y niñas de la población participante del estudio; para ello, se construyó una matriz para definir problemáticas a intervenir desde la educación nutricional tal como es sugerido por la FAO en la “educación alimentaria y nutricional en las escuelas - Un libro blanco sobre el estado actual, principios desafíos y recomendaciones para países de ingresos bajos y medianos”. (FAO, 2022).

Para establecer la priorización de problemas de salud pública con un enfoque epidemiológico se sometieron las prácticas problema identificadas a las escalas de valoración de gravedad, frecuencia, tendencia, social y vulnerabilidad del problema propuesto por Gómez y colaboradores en el “Manual de gestión de proyectos” (Gomez et al., 2013). Cada valoración del problema se hizo en base a la escala cualitativa propuesta (Tabla 6).

Tabla 6

Escala cualitativa de valoración de problemas en salud pública

Valoración de gravedad	Valoración de frecuencia	Valoración de tendencia	Valoración Social	Valoración de vulnerabilidad del problema	Puntaje
-	-	-	-	Problema invulnerable a medidas de la agencia. No hay nada o muy poco que hacer	0 puntos
Genera consecuencias consideradas por el analista como leves. (Incapacidad física, mental o social menor de 7 días. No produce discapacidad permanente ni muerte).	La situación analizada es muy rara en el grupo. Afecta menos del 1% de la población	El problema tiende a disminuir. Es cada vez más raro	Los actores involucrados no muestran interés en el problema ni en su solución	-	1 punto
Genera consecuencias moderadas	La situación analizada es poco	El problema ha sido estable	Los actores muestran poco interés	El problema responde parcialmente a	2 puntos

(Incapacidad de 7 a 90 días. No produce discapacidad ni muerte)	frecuente en el grupo. Afecta entre el 1 y el 5%	en los últimos años	en el problema pues tienen otras prioridades	medidas de la agencia	
Genera daños importantes (Incapacidad mayor de 90 días o discapacidad moderada).	La situación analizada es frecuente en el grupo. Afecta entre el 6 y el 10%	El problema muestra tendencia al aumento progresivo	Los actores suelen incluir este problema entre sus principales intereses	-	3 puntos
Genera daños muy importantes (discapacidad severa o muerte).	La situación analizada es muy frecuente en el grupo. Afecta más del 10%	El problema muestra un crecimiento marcado e inusitado	Los actores se muestran especialmente interesados en el problema y en la solución	El problema responde bien a medidas de la agencia	4 puntos

Adaptado de Gómez y otros, 2013.

Al momento de realizar la escala cuantitativa de valoración de las prácticas problemas identificadas en la población, se obtuvieron los siguientes resultados (Tabla 7) que permitieron establecer el orden de priorización expuesto en la Tabla 8.

Tabla 7

Puntajes de aplicación de escalas cualitativas de valoración de problemas

Variable problema	Valoración de gravedad	Valoración de frecuencia	Valoración de tendencia	Valoración social	Vulneración de problema	Puntaje total
Lactancia materna	4	4	3	4	2	17
	1	4	3	3	2	13

Alimentación
complementaria

Consumo de alimentos	3	4	2	3	2	14
Actividad física y sedentarismo	3	4	4	4	2	17

 Elaboración propia.

Tabla 8

Matriz de riesgos y estrategia de educación nutricional

Variable	Problema	Objetivo	Estrategia propuesta FAO 2022	Resultado esperado
Lactancia materna 17 puntos	2 de cada 10 niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva en un tiempo menor a 6 meses, o no recibieron LME.	Promover la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida Promover la defensa de la lactancia materna	Priorizar la participación de los padres y cuidadores de manera productiva y sostenible Generar espacios de educación a la comunidad sobre la importancia de la lactancia materna Crear espacios de discusión de mitos y realidades de la lactancia materna	Aumento progresivo del tiempo de lactancia materna exclusiva en la población o comunidad
Actividad física 17 puntos	1 de cada 3 niños y niñas hace actividad física diaria	Promover la actividad física diaria como estrategia de	Generar espacios que involucren padres de familia, cuidadores y	Aumento en la prevalencia de la actividad física diaria

	1 de cada 2 niños y niñas dedica más de 1 hora al día frente a pantallas	promoción en salud en niños y niñas preescolares	docentes en la promoción de la actividad física diaria Talleres de enseñanza sobre actividad física en niños y niñas, alternativas diferentes a las pantallas de inversión del tiempo libre	Desarrollo de programas o estrategias de actividad física en zonas escolares o verdes de la comunidad
Consumo de alimentos 14 puntos	Solo 1 de cada 2 niños consume frutas al día en su hogar. 39% de los niños y niñas no consumen verduras. 3% de los niños y niñas no consume ningún tipo de verduras. 50% de los niños y niñas presentó consumo frecuente de bebidas azucaradas	Promover el consumo de frutas y verduras en niños y niñas preescolares Reducir el consumo de bebidas azucaradas en niños y niñas preescolares	Talleres de enseñanza a cocinar/cultivar alimentos, y hablando acerca de lo que compran Comercialización de alimentos nutritivos disponibles en el comedor escolar y en kioscos y tiendas Los programas de programas de alimentación escolar pueden aumentar la variedad de alimentos que utilizan Talleres para hacer compras que tengan en cuenta la nutrición y elaborar el	Aumento en las cifras de consumo de frutas y verduras en los niños y niñas de la comunidad Aumento en las cifras del consumo de frutas enteras sin procesar en los niños y niñas de la comunidad Reducción en el consumo de bebidas azucaradas

			presupuesto de alimentos.	
Alimentación complementaria 13 puntos	3 de cada 10 niños y niñas del estudio recibieron inicio de alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad	Estimular la correcta implementación de la alimentación complementaria en niños y niñas a partir del 6 mes de vida Promover el cocinar para niños y niñas	Generar espacios de participación de los padres y cuidadores en cuanto a la adecuada implementación de la alimentación complementaria Las familias pueden colaborar con loncheras, tareas, cocinando y hablando con los alumnos en el hogar	Mejora en la prevalencia de inicio de alimentación complementaria desde los 6 meses de edad

Elaboración propia

De acuerdo con los resultados, la identificación de características sociodemográficas y de prácticas alimentarias permitió la determinación de la lactancia materna, alimentación complementaria, consumo de alimentos y, actividad física y sedentarismo como aspectos prioritarios de intervención nutricional para el posterior desarrollo de estrategias educativas que permitan contribuir a la prevención de la malnutrición en la primera infancia y, por ende, prevenir sus consecuencias a corto, mediano y largo plazo.

9. DISCUSIÓN

Algunos estudios sobre las prácticas alimentarias en niños y niñas menores de 5 años relacionan el impacto de las variables sociodemográficas sobre la alimentación y nutrición de los niños; de hecho, variables como el acceso a los alimentos y la fuente de ingresos familiar puede condicionar el estado nutricional de los niños. De acuerdo con Arias y colaboradores (2017) en su estudio de actitudes, conocimientos y prácticas de madres, generalmente la actividad laboral en la mayoría de los cuidadores de niños y niñas (52%) es el desempleo y un 40% de ellos presentan alguna ocupación laboral (Arias et al., 2017). Resultados similares se observaron en la población de estudio al encontrar que el desempleo era la mayor variable en los cuidadores de los niños y niñas, seguido por un empleo dependiente.

Al relacionar la situación laboral de los cuidadores principales con los ingresos económicos del hogar al mes y el estrato socioeconómico de los hogares, fue posible identificar que la mayoría de los hogares presentaba ingresos menores a 1 SMLV con una concentración en los estratos socioeconómicos bajos 1 y 2. De igual forma, en el estudio de Arias y colaboradores (2017) en relación con los ingresos económicos de la población estudiada, se encontró que un 52% recibían un salario mínimo mensual legal vigente, un 30% menos de un salario mínimo legal vigente y tan solo un 18% recibía más de un salario mínimo legal vigente al mes; así mismo, en cuanto al estrato socioeconómico de las madres, el mayor predominio estuvo en el nivel bajo correspondiente a los estratos 1 y 2. (Arias et al., 2017).

Por otra parte, de acuerdo con la ENSIN 2015, solo el 36.1% de los niños recibió lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad (MinSalud, 2015); datos similares se encontraron en el estudio de Ajete y Jiménez realizado en población menores de 2 años donde la prevalencia de la lactancia materna exclusiva (LME) hasta el sexto mes de vida fue del 27.3% (Ajete & Jiménez, 2017), cifras promedio mucho mayor en comparación con la población de estudio donde solo el 10% de los niños y niñas recibieron lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad ubicándose por debajo de la meta establecida por la OMS de 50%.

Así mismo, la lactancia materna continua o complementaria, en la ENSIN 2015 descendió, pasando de 58,1% en 2010 a 52,2% en 2015, ubicándose por debajo del promedio mundial (74%) y también del promedio de Latinoamérica y el Caribe que corresponde a un 53% (ICBF, 2015); frente a los resultados, en donde el 73% de los niños y niñas recibieron lactancia materna continua mayor a 6 meses de edad. Al comparar estos resultados con el estudio realizado por Castaño en 2013, resultan ser datos muchos mayores dado que al valorar las prácticas alimentarias en una población similar, el autor encontró que cerca del 50% de las madres ofrecieron lactancia materna por más de 6 meses de edad; evidentemente serían necesarios estudios comparativos que tengan en cuenta las variables socioculturales de las poblaciones de estudio dadas las diferencias geográficas y culturales de la muestra utilizada en el estudio y el presente. (Castaño, 2013).

De los niños y niñas encuestados, 6 de cada 10 iniciaron de alimentación complementaria posterior a los 6 meses de edad siendo la característica más frecuente en los encuestados; resultados similares fueron encontrados en algunos estudios donde el promedio de edad en la que se ofreció alimentos distintos a la leche materna fue de 6,0 ($\pm 1,0$) meses. (Castaño, 2013).

De acuerdo con las prácticas alimentarias, la ENSIN 2010 encontró que uno de cada cuatro niños y niñas en edad escolar (24,9%) años de edad no consumía lácteos diariamente y en igual medida, el consumo de frutas y verduras; de igual manera uno de cada siete colombianos no consume diariamente ningún producto cárnico y por el contrario se observa una alta frecuencia en el consumo diario de endulzantes, cereales, tubérculos y plátanos; datos similares se observaron en la ENSIN 2015 (MinSalud, 2015; MinSalud, 2010); Castaño (2013) y Arias y colaboradores en 2017, reportan datos de actitudes, conocimientos y prácticas de madres cuidadores de niños y niñas menores de 5 años en donde en relación con los demás grupos de alimentos se identificó un bajo consumo, en su orden, el grupo de leches y productos lácteos, el grupo de frutas y verduras y el grupo de carnes huevos y leguminosas secas (Arias et al., 2017; Castaño, 2013). Ahora, al comparar con los resultados de la población de

estudio, existen datos completamente distintos a lo planteado por la ENSIN, en lo que respecta al consumo de lácteos, frutas y vegetales; ya que los alimentos con mayor consumo diario en los niños y niñas fueron las frutas, verduras, alimentos fuentes de proteína; mientras que, el consumo de alimentos fuentes de carbohidratos fue igualmente alto en los resultados como en la ENSIN.

En cuanto al consumo de jugos industrializados, los resultados evidenciaron un consumo de jugos diariamente en 1 de cada 4 niños y niñas; consumo menor en comparación con análisis de poblaciones similares donde 2 de cada 4 niños y niñas consumen jugos industrializados diariamente. (Castaño, 2013).

En lo que respecta a la actividad física según la ENSIN 2015, en niños preescolares entre 3 y 4 años de edad, solo 1 de cada 4 niños y niñas (25.6%) en esta edad hacían actividades de juego activo que involucraran actividad física para el infante; cifras similares se evidenciaron en la población de estudio donde solo el 38% de los niños y niñas hacían actividades de juego activo que involucraran actividad física a diario; de igual forma, Olarte y colaboradores evidenciaban resultados en donde solo el 24,4 % de una muestra de 361 niños dedicaban más de 180 minutos a la actividad física en donde además, se observaba que era mayor el tiempo dedicado al juego activo y el deporte organizado durante los sábados y los domingos. (Olarte y otros, 2021).

En cuanto al tiempo frente a pantalla, el 21% de los niños y niñas dedicaba más de dos horas frente a las pantallas, dato muy por debajo al ser comparado con los resultados de la ENSIN 2015, donde el 61.9% de los niños y niñas preescolares del país pasaban tiempo excesivo frente a pantallas (mayor a 2 horas) (MinSalud, 2015). Estudios en poblaciones similares encontraron que un 88,9 % de los niños dedicaban más de 1 hora diaria a actividades sedentarias, dentro de las cuales destacaban el tiempo frente a la televisión durante el fin de semana, variable que obtuvo el mayor tiempo de dedicación, superando el tiempo límite frente a pantallas (Olarte y otros, 2021); Esto claramente supone un punto de interés en

salud pública dada la asociación que tiene el tiempo excesivo frente a pantallas y el desarrollo de habilidades de desempeño motor en niños y niñas preescolares. (Määttä y otros, 2017).

10. CONCLUSIONES

Las prácticas de alimentación se refieren a los comportamientos específicos que caracterizan a las interacciones durante la alimentación; con el objetivo de este estudio, en el cual se buscaba caracterizar las prácticas alimentarias los hogares de niños y niñas de un centro de desarrollo infantil para prevención de malnutrición infantil en la ciudad de Cartagena. De acuerdo con los resultados, la mayor prevalencia de miembros de hogares fue tres, cuatro y cinco miembros agrupados mayormente en estratos bajos (1 y 2) con ingresos no superiores a 1 SMLV.

Sin embargo, aunque la mayoría de los niños y niñas recibieron lactancia materna por más de seis meses, 1 de cada 10 niños recibieron lactancia materna exclusiva entre 3 y 6 meses de edad; una práctica que representa un riesgo para los niños y niñas al tener en cuenta los beneficios que tiene en la salud de estos al reducir la incidencia de alergias, infecciones, cuadros gastrointestinales e incluso, enfermedades crónicas no transmisibles en la vida adulta (Moreno y otros, 2017). Así mismo, 3 de cada 10 niños y niñas del estudio recibieron inicio de alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad, datos que generan cierta preocupación sobre las prácticas alimentarias en los primeros meses de vida cuando la recomendación general de la Organización Mundial de la Salud para el inicio de alimentación complementaria es después de los 6 meses. (OPS; OMS, 2014).

Resultó que los niños y niñas que hicieron parte del estudio reciben alimentos los fines de semana en casa en todos los tiempos de comida (desayuno, almuerzo, cena y meriendas) y que, el consumo de los alimentos se dio en espacios adecuados (comedor) para la ingesta de estos sin distracciones en solo la mitad de los niños y niñas. Sin embargo, una cantidad similar de niños y niñas prefería consumir los alimentos en la sala de estar, convirtiéndose en un posible factor de riesgo dada las distracciones que pueden tener (tv, computadores, celulares); por ello, serían necesarios la programación de intervenciones educativas que permitan modificar esta práctica a futuro.

El hecho que los padres y los abuelos fueron quienes en su mayoría preparan los alimentos que se le ofrecen a los niños y niñas, representa una oportunidad de fortalecimiento de relaciones intrafamiliares. Los padres podrían funcionar como un modelo a seguir para los niños y niñas, por lo que las correctas prácticas y oferta de variedad de alimentos por parte de quien los prepara, puede representar una oportunidad para la adquisición de hábitos saludables de estilo de vida.

Por otra parte, en lo que respectaba a la compra de alimentos, en la mayoría de los hogares de los niños y niñas del estudio, la compra de los alimentos se realizaba a diario; esto, posiblemente asociado a los ingresos y estrato socioeconómico de los cuidadores principales. Sin embargo, cuando se analiza la ingesta de alimentos, la mayoría de los niños tenía una ingesta diaria de alimentos como frutas, verduras, fuentes de proteína, carbohidratos, azúcares y grasas; aspecto que resulta importante dado que el consumo diario de estos alimentos contribuye a cubrir requerimientos nutricionales diarios. Aun así, no es posible asumir que los niños y niñas reciben los nutrientes y energía que requieren, para ello serían necesario nuevos estudios que permitan la recolección de estos datos.

Resultó llamativo que los niños y niñas tuvieran un consumo frecuente y diario de frutas enteras sin procesar, así como de bebidas azucaradas; esto traza un punto de partida para posibles intervenciones educativas y de información enfocadas en la promoción del consumo de frutas y verduras además de, la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles reduciendo el consumo excesivo de azúcares.

En la población de estudio, existe una alta prevalencia de niños y niñas que dedican más tiempo del recomendado frente a pantallas; de igual forma, solo un tercio de los niños y niñas de la población de estudio realizaba actividad física a diario, lo que supone una práctica de riesgo para la salud dada las consecuencias relacionadas con el sedentarismo.

Las prácticas relacionadas con la lactancia materna exclusiva, la introducción de la alimentación complementaria, el consumo de frutas, verduras y bebidas azucaradas, actividad física y tiempo frente a

pantallas se consideraron prácticas de riesgo al componente nutricional y alimentario de los niños y niñas del estudio. Se recomienda al CDI el desarrollo de estrategias de intervención de información y educación que vinculen a los padres, cuidadores y docentes enfocadas en la concientización de estas problemáticas y desarrollo de programas de modificación de hábitos y prácticas alimentarias.

Finalmente, se sugiere la profundización de las variables en futuros estudios con el fin de identificar los factores y determinantes sociales relacionados con los resultados. Se hacen necesarios estudios que asocien el impacto de algunas prácticas alimentarias y nutricionales en la salud individual y colectiva de la ciudad de Cartagena.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

World Obesity Federation. (2019). Global Atlas on Childhood Obesity. Ginebra: World Obesity Federation.

Ajete, S., & Jiménez, S. (2017). Estado de las prácticas alimentarias de los menores de dos años en la comunidad Artemiseña de San Cristóbal. *Revista Cubana de Alimentación y Nutrición*, 27(1), 112-130.

Alayon, M., & Diaz, L. (2016). Conductas nutricionales relacionadas con la obesidad y el sobrepeso que adoptan los escolares de tercero a quinto de primaria de la institución educativa Francisco Manzanera Henríquez sede Jorge Eliecer Gaitán Girardot 2015-2016. Universidad de Cundinamarca, 1-128.

Alba, R. (2016). Prevalence of childhood obesity & eating habits in primary education. *Enfermería Global*, 52-62.

Alfonso, P. (2019). Comunicación para la promoción y prevención de la salud: análisis de políticas, estrategias y campañas de comunicación para la prevención de obesidad infantil. Pontificia Universidad Javeriana, 1-133.

Álvarez, L., Goez, J., & Carreño, C. (2012). Factores sociales y económicos asociados a la obesidad: los efectos de la inequidad y de la pobreza. *Revista de Gerencia y Políticas en Salud*, 98-110.

Arias, S., Ramírez, A., Valencia, J., Villa, L., Londoño, D., & Gómez, C. (2017). Actitudes, conocimientos y prácticas de madres de niños en edad preescolar frente a la alimentación de sus hijos, un acercamiento a la realidad de la Comuna 9 de armenia (Quindío). *Revista de Investigaciones de la Universidad del Quindío*, 29(1), 16-27.

- Ayaviri, D. Q., Romero, M., & Fierro, P. (2016). Avances y progresos de las políticas y estrategias de seguridad alimentaria en Ecuador. *Revista de Investigaciones del Altoandino*, 213-222.
- Barroso, F., González, R., & Gomero, E. (2016). Obesidad Infantil, causas, consecuencias y su importancia para la sociedad. *Facultad de ciencias médicas*, 1-66.
- Black, M., & Creed, H. (2012). ¿Cómo alimentar a los niños? La práctica de conductas alimentarias saludables desde la infancia. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(3), 373-378.
- Bolívar, J. (2016). Estrategias de intervención en prevención y control del exceso de peso en la población preescolar: Revisión sistemática de literatura. *Pontificia Universidad Javeriana*, 1-106.
- Bourges, H. (2001). *La alimentación y la nutrición en México*. Ciudad de México: Bancomext.
- Cabezas, C., Hernández, B., & Vargas, M. (2016). Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura. *Rev. Fac. Med*, 319-329.
- Cartagena Cómo Vamos. (2020). *Cómo Vamos en calidad de vida, edición especial de impacto COVID-19*. Organización Cómo Vamos.
- Castaño, M. (2013). Identificación de las conductas y prácticas alimentarias de los preescolares de 3 a 5 años que asisten al CDI (centro de desarrollo integral) APROBI de la localidad de Suba. *Pontificia Universidad Javeriana*, 1(1), 1-35.
- De La Cruz, E. (2015). La educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. *Paradigma*, 161-183.
- DNP Colombia. (1996). *Plan Nacional de Alimentación y Nutrición 1996-2005*. Bogotá: DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN.

Esquivel, R., Martínez, S., & Martínez, J. (2005). *Nutrición y salud*. Ciudad de México: Manual Moderno.

Fajardo, E. (2012). Obesidad infantil, otro problema de malnutrición. *Revista Med*, 6-8.

Fajardo, E., & Ángel, L. (2012). Prevalencia de sobrepeso y obesidad, consumo de alimentos y patrón de actividad física en una población de niños escolares de la ciudad de Bogotá. *Revista Universidad Militar*, 101-116.

FAO. (2004). *Propuesta de estrategias e instrumentos para mejorar la seguridad alimentaria en Colombia*. Roma: FAO.

FAO. (2011). *Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura FAO.

FAO. (2013). *El Estado Mundial de la Agricultura y la Alimentación, Informe 2013*. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura.

FAO. (2013). Definición adaptada de Contenido IR. En Jones, & Bartlett, *Nutrition education: Linking research, theory, and practice*. Roma: FAO.

FAO. (2014). *Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición*. Madrid: FAO.

FAO. (2015). *Panorama de la Inseguridad Alimentaria en América Latina y el Caribe*. Roma: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura, FAO.

FAO. (2020). *Latin America and the Caribbean – Regional Overview of Food Security and Nutrition 2021: Statistics and trends*. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación.

FAO. (2020). *Nutrition and livestock technical guidance to harness the potential of livestock for improved nutrition of vulnerable populations in programme planning*. Roma: FAO.

FAO. (2020). Proyecto Articulación Institucional para el vínculo de la Agricultura Familiar a Programas de Alimentación Escolar (PAE) en la Región SICA. San José de Costa Rica: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura FAO.

FAO. (2022). educación alimentaria y nutricional en las escuelas - Un libro blanco sobre el estado actual, principios desafíos y recomendaciones para países de ingresos bajos y medianos. OMS.
<https://doi.org/https://doi.org/10.4060/cb2064es>

FAO, FIDA, UNICEF, PMA, OMS. (2019). El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía. Roma: FAO.

FAO, OMS, OPS. (2018). Políticas y programas alimentarios para prevenir el sobrepeso y la obesidad, lecciones aprendidas. FAO.

FAO; FIDA; OPS; WFP; UNICEF. (2020). Panorama de la seguridad alimentaria y nutrición en América Latina y el Caribe 2020. Santiago de Chile: FAO.

FAO; Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). Manual para el facilitador en el proceso de implementación de la Estrategia de Información, Educación y Comunicación en Seguridad Alimentaria y Nutricional para Colombia. Bogotá: Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.

Gobierno de España. (2021). Informe de progreso 2021 y estrategia de desarrollo sostenible 2030. Madrid: Gobierno de España.

Gobierno Nacional de Colombia. (2013). Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional PNSAN. Bogotá: Gobierno Nacional.

Gómez, R., Velásquez, W., Rodríguez, F., Yepes, C., Lopera, J., Martínez, O., . . . Agudelo, N. (2013). Manual de Gestión de proyectos. Medellín: Universidad de Antioquia.

- Goñi, L., Aray, M., Martínez, A., & Cuervo, M. (2016). Validación de un cuestionario de frecuencia de consumo de grupos de alimentos basado en un sistema de intercambios. *Nutrición hospitalaria: órgano oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral*.
- Hernández, G., Arellano, M., Beltrán, M., Jiménez, T., & Troncoso, D. (2014). Sobrepeso y Obesidad, hábitos alimenticios, actividad física y actividades de ocio en escolares de una Localidad de la ciudad Cartagena, 2014. *Universidad de Cartagena*, 1-81.
- HLPE. (2017). *La nutrición y los sistemas alimentarios. Un informe del Grupo de alto nivel de expertos en seguridad alimentaria y nutrición del Comité de Seguridad Alimentaria Mundial*. Roma: HLPE.
- ICBF. (2015). *Guías Alimentarias Basadas en Alimentos Colombianos para la Población Colombiana mayor de 2 años*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar ICBF.
- ICBF. (2015). *Manual del Facilitador Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años*. Bogotá: Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- ICBF. (2020). *Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera Infancia*. Bogotá: ICBF.
- ICBF, FAO, MinSalud. (2019). *Estrategias de Información, Educación y Comunicación IEC en Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN del ICBF*. Bogotá: ICBF, FAO.
- Imaz, F. (2020). Estrategias aplicadas de prevención de la obesidad infantil en comedores escolares de España. *NPunto*, 23-39.
- Lizardo, A., & Díaz, A. (2011). Childhood overweight and obesity. *Revista Médica Hondureña*, 208-213.
- López, G., Torres, K., & Gómez, C. (2017). La alimentación escolar en las instituciones educativas públicas en Colombia. Análisis normativo y de la política pública alimentaria. *Revista Prolegómenos - Derechos y Valores*, 97-112.

- Matta, S., Contienen, H., Haukkala, A., Erkkola, M., & Roos, E. (2017). Preschool children's context-specific sedentary behaviors and parental socioeconomic status in Finland: a cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(11). <https://doi.org/DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016690>
- Martínez, E. (2013). *Obesidad, una tendencia creciente a través de la vida*. Universidad de Antioquia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *RIEN, Recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana*. Bogotá: MinSalud.
- MinSalud. (2010). *Encuesta Nacional de la Situación Nutricional ENSIN 2010*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MinSalud. (2015). *ENSIN, Encuesta Nacional de la Situación Nutricional*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- MinSalud. (2018). *Encuestas nacionales de Salud Escolar (ENSE) y de Tabaquismo en Jóvenes (ENTJ)*. Ministerio de Salud y Protección Social.
- MinSalud. (2018). *Estrategias de información, educación y comunicación en salud, incluyente y accesible*. Oficina de Promoción Social. Gobierno de Colombia.
- MinSalud. (2021). *Resolución 0810 de 2021*. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social.
- Moreno, G. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 23(2), 124-128.
- Moreno, V., Picón, M., Marrugo, C., Marrugo, V., & Alvis, N. (2017). Socioeconomic determinants of nutritional status in children under five attended at the Hospital Infantil Napoleon Franco Pareja. *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, 352-363.

Muñoz, F., & Arango, C. (2017). Childhood obesity: a new approach to its study. *Salud Uninorte*, 492-503.

Muñoz, J., Aparicio, Y., & Boldo, X. (2010). Diseño y evaluación de una estrategia educativa para la prevención del sobrepeso y obesidad en niños. *Horizonte Sanitario*, 37-45.

Olarte, P., Noguera, L., & Herazo, Y. (2021). Nivel de actividad física, comportamiento sedentario y sueño en la población de la primera infancia. *Nutrición Hospitalaria*, 38(6), 1149-1154.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.20960/nh.03488>.

Oliva, O., & Fragoso, S. (2013). Consumo de comida rápida y obesidad, el poder de la buena alimentación en la salud. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 176-199.

OMS. (1996). *Cumbre Mundial sobre la Alimentación*. Roma: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2016). *Enfoques poblacionales de la Prevención de la Obesidad infantil*. OMS.

OMS. (2017). *Obesidad y Sobrepeso*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2021). *Malnutrición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OMS. (2021). *Obesidad y sobrepeso*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

OPS; OMS. (2014). *Plan de acción para la prevención de la obesidad en la niñez y la adolescencia*. Washington: OPS.

Ortega, E. (2018). Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Revista Médica Herediana*, 111-115.

- Pérez, L., Bayona, I., Mingo, T., & Rubiales, C. (2011). Utilidad de los programas de educación nutricional para prevenir la obesidad infantil a través de un estudio piloto en Soria. *Nutrición Hospitalaria*, 1161-1167.
- Pino, J., López, M., Cofre, M., González, C., & Reyes, L. (2010). Conocimientos alimentario-nutricionales y estado nutricional de estudiantes de cuarto año básico según establecimientos particulares y subvencionados de la ciudad de Talca. *Revista chilena de nutrición*, 37(4), 418-426.
<https://doi.org/doi.org/10.4067/S0717-75182010000400002>
- Quiles, J., Pérez, C., Serra, L., Román, B., & Aranceta, J. (2008). Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. *Rev Esp Nutr Comunitaria*, 142-149.
- Ríos, I., Alvarado, K., Kodish, S., Molino, J., Ávila, R., & Lebrija, A. (2020). Educación alimentaria y nutricional para reducir la obesidad en escolares de Panamá: protocolo de estudio. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 78-86.
- Rivera, J. (2013). *Obesidad en México: recomendaciones para una política de Estado*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rodríguez, A. (2016). *Estrategia para prevenir la obesidad y sobrepeso en niños escolares*. Universidad de Valladolid, 1-68.
- Rodríguez, G., & gallego, S. (2006). Uso del índice de masa corporal para valorar la obesidad en niños y adolescentes. *Revista Española de Obesidad*, 284-288.
- Rodríguez, Y., & Argüello, Y. (2014). Programas de promoción y Prevención para el abordaje de La obesidad infantil: una revisión Sistemática. *Hacia la Promoción de la Salud*, 111-126.
- Russo, S. (2020). La Educación Alimentaria de los Niños. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 517-528.

- Salazar, L., Politi, N., Diaz, L., & Estrada, K. (2020). Prevalencia de sobrepeso, obesidad y factores de riesgo en una cohorte de escolares en Bogotá, Colombia. *Pediatría*, 5-13.
- Shai, I., Schwarzfuchs, D., Henkin, Y., Shahar, D., Witkow, S., & Greenberg, I. (2008). Weight loss with a low-carbohydrate, Mediterranean, or low-fat diet. *New England Journal of Medicine*, 229-241.
- Speiser, P., Rudolf, M., Anhalt, H., Camacho, C., Chiarelli, F., & Eliakim, A. (2005). Consensus statement: childhood obesity. *J Clin Endocrinol Metab*, 1871-1887.
- Sridhar, D. (2008). Linkages between Nutrition, ill-health, and Education. UNESCO.
- Suarez, M., & Esquivel, V. (2003). Modelo educativo nutricional para la reducción de factores de riesgo cardiovascular en niños escolares obesos. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 1-15.
- Tamayo, I., & Varela, E. (2020). Prácticas alimenticias que tienen los padres de niños con Desnutrición y Obesidad: Un estudio comparativo en base al daño neuropsicológico. *Universidad Cooperativa de Colombia*, 1(1), 1-89.
- Termes, M., Martínez, D., Egea, N., Gutiérrez, A., García, D., Llata, N., & Martin, J. (2020). Educación nutricional en niños en edad escolar a través del Programa Nutriplato(r). *Nutrition Hospitalaria*, 47-51.
- UNICEF; OMS; BM. (2020). Malnutrition; Monitoring the situation of children and women. UNICEF.
- Unión Europea. (2020). Strength 2 Food. European Union's Horizon 2020 research and innovation programme. #STRENGTH2FOOD: Food quality for sustainability and health.
- Urbina, M. (2018). Análisis del diseño de la ley 1355 de 2009, para la prevención de la obesidad en Colombia. *Universidad ICESI*, 1-82.