PROYECTO DE GRADO

"LA OBESIDAD INFANTIL COMO UN PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN EL HOGAR INFANTIL LA CHOCITA, DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, MUNICIPIO DE BELLO, ANTIOQUIA AÑO 2013"

INTEGRANTES

Gloria María Mejía Gómez, Nutricionista Dietista.

Lisbey Yamile López Montoya, Nutricionista Dietista

Luis Hernán Ángel Parra, Administrador

ASESOR

Juan José Acosta Gómez

ESPECIALIZACION GERENCIA DE SERVICIOS EN SALUD

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA LUIS AMIGO

2013

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÒN

Resumen ---------- 3

Plataforma estratégica del Proyecto ---------- 5

Planteamiento del problema ---------- 8

Marco Teórico ---------- 14

Marco Legal ---------- 20

Justificación ---------- 23

Perfil epidemiológico ---------- 24

Caracterización de la población ---------- 35

Objetivo general y específicos ---------- 46

Metodología ---------- 52

Análisis de Factibilidad ---------- 54

Análisis de Viabilidad ---------- 55

Presupuesto ---------- 56

Cronograma ---------- 66

Aspectos éticos ---------- 67

Conclusiones ---------- 68

Recomendaciones ---------- 71

Referencias Bibliográficas ---------- 73

Anexos ---------- 76

Lista de Gráficas ---------- 78

Lista de Tablas ---------- 79

INTRODUCCIÓN

La presente investigación está fundamentada en el concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud OMS, el concepto de seguridad alimentaria y nutricional postulado por el Conpes Social 113, la ley 1355 del 14 de Octubre de 2009, conocida como Ley de Obesidad, la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia ENSIN 2005 y ENSIN 2010, el Instituto Colombiano de Bienestar Familia ICBF, el Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2012 – 2021 y el Plan de Desarrollo del Municipio de Bello 2012-2015.

Es de resaltar que la obesidad se ha incrementado de forma alarmante en los países desarrollados y en desarrollo, constituye el principal problema de malnutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil.[1]

Es por ello que, para nosotros aspirantes a la especialización de Gerencia de servicios en salud de la Fundación Universitaria Luis Amigó, es relevante abordar este tema por ser considerado en la actualidad como un problema de salud pública que está afectando a diferentes grupos poblacionales, especialmente a la primera infancia, además consideramos que hace parte de la responsabilidad social y ética que debemos tener para con nuestros niños y niñas futuro de nuestra patria.

Otra de las consideraciones tenidas en cuenta por este grupo de estudiantes para la elección de este tema, es que el sobrepeso es un problema creciente y ampliamente estudiado en la población adulta, pero que está aumentando sus cifras paulatinamente en la población infantil y aun no ha sido suficientemente estudiado en este grupo de edad.

Es importante aclarar que si bien es cierto este proyecto no está dirigido a una Institución Prestadora de Servicios de salud IPS, también es cierto que el Bienestar Social está orientado al cuidado de los niños y las niñas, y si tenemos en cuenta que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» (La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Esta acta fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100. Entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición de salud no ha sido modificada desde 1948 y es utilizada mundialmente); entonces

podremos decir que nuestro proyecto contribuye a mejorar la salud de los pequeños que integran esta Institución, además por su metodología podrá ser replicado con facilidad en otros programas integrales donde atienden a los niños y niñas como Hogares Infantiles, Centros de Desarrollo Integral, Programa de Alimentación Escolar PAE, Familia Mujer e Infancia hogares FAMI, entre otros.

En cuanto a nosotros los Especialistas en Gerencia de Servicios en Salud, consideramos que este proyecto nos permite aplicar un conjunto de herramientas adquiridas durante nuestro proceso de aprendizaje, de tal manera que podamos poner en práctica nuestros conocimientos y disponerlos al servicio y Bienestar Social de la comunidad, esto en la búsqueda del logro de objetivos, utilizando proactivamente los recursos con que se cuenta y obviamente obteniendo resultados que generaran un impacto social positivo.

Por otro lado se abre una gran ventana pedagógica, pues se pueden reorientar metodologías para la educación de los niños y niñas que pertenecen a los hogares infantiles, inculcando una cultura saludable donde se incluya aspectos alimentarios junto con un derrotero de actividades que ayuden a reducir la obesidad infantil e intentar introducir en su educación nuevos hábitos alimentarios que a la larga redundaran en el mejoramiento de la calidad de vida de los infantes.

Para finalizar debemos mencionar que éste proyecto es importante para el hogar infantil seleccionado, por que le permite tener una caracterización de la población beneficiaria y diagnostico alimentario-nutricional acertado; el cual debe ser incluido en el componente de salud y nutrición del Plan Operativo de Atención Integral a la Primera Infancia POAI, lineamiento con el que debe contar la unidad de servicio; Además se planearían oportunamente estrategias e intervenciones integrales que influyan en el estado de salud, físico, mental, alimentario y nutricional de los niños y niñas beneficiarias del programa.

RESUMEN

La obesidad se ha incrementado de forma alarmante en los países desarrollados y en desarrollo, constituye el principal problema de malnutrición del adulto y es una enfermedad que se ha visto aumentada notoriamente en la población infantil. [1]

Basados en lo anterior y utilizando la metodología de planificación de proyectos orientada por objetivos –ZOPP-, este trabajo expone los resultados de una revisión de literatura sobre la obesidad infantil a nivel mundial, nacional, departamental, local e institucional; para lo cual fue seleccionado el Hogar Infantil La Chocita adscrito al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; con el propósito de alertar su incremento y la necesidad de actuar bajo diferentes dinámicas e involucrando varios sectores, para disminuir sus manifestaciones clínicas y sus complicaciones en la edad adulta; Siendo necesaria la implementación de estrategias fundamentalmente educativas que deben estar inmersas en el proyecto pedagógico del Hogar infantil que a su vez cumple con los lineamientos establecidos por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y las directrices del Plan de Desarrollo del Municipio de Bello.

Palabras claves

Obesidad infantil, sobrepeso, patología, pediatría, hogar infantil, Centro de Desarrollo Infantil CDI, tratamiento, recomendaciones, estrategias educativas.

SUMMARY

Obesity has increased at an alarming rate in developed countries and in development, is the main problem of adult malnutrition and is a disease that has been augmented significantly in the child population. Basados the above and using the - ZOPP - objectives-oriented project planning methodology, this work exposes the result of a review of literature on childhood obesity to global, national, local, departmental and institutional; It was chosen the children's home La Chocita attached to the Colombian Institute for family welfare; for the purpose of alerting their increase and the need for action under different dynamics and involving various sectors, to reduce its clinical manifestations and its complications in adulthood; Requiring the implementation of essentially educational strategies which must be immersed in the project teaching of the children's home which in turn meets the guidelines established by the Colombian Institute of family welfare and the guidelines of the Development Plan of the municipality of Bello.

Key Words

Childhood obesity, overweight, pathology, Pediatrics, children's home, Centre of CDI child development, treatment, recommendations, educational strategies.

PLATAFORMA ESTRATEGICA HOGAR INFANTIL "LA CHOCITA"

El Hogar Infantil La Chocita es una institución fundada en 1978, en la actualidad atienden 220 niños y niñas del municipio de Bello con edades comprendidas entre los 6 meses y 5 años, hijos de madres trabajadoras de los estratos 1, 2 y 3. [2]

SU MISIÓN es conservar el prestigio en el futuro, teniendo como propósito, elevar la calidad de vida de los niños, las niñas y sus familias, mediante la excelente atención integral a los menores de 5 años, atendiendo sus necesidades básicas, en alimentación, crecimiento físico, afectivo, social, psicomotriz y de lenguaje, a través de la promoción y fomento tendientes a garantizar sus derechos, con acciones destinadas a crear un óptimo desarrollo en corresponsabilidad con la familia, comunidad y estado. Cuenta con el liderazgo de la Señora Martha Cecilia Arias Villegas, Directora de la institución. [2]

Foto real del hogar Infantil La Chocita 2013

SU VISION El Hogar Infantil La Chocita busca mantener e incrementar el reconocimiento como uno de los mejores Hogares infantiles del Municipio por ofrecer un servicio educativo de calidad certificado con los parámetros de la normatividad vigente, basando su labor pedagógica en el desarrollo de niños y niñas autónomos, responsables y solidarios, a través de escenarios libres de discriminación, en donde puedan crecer de una forma alegre y sana, construyendo su personalidad y desarrollando la capacidad de sentir, pensar y actuar eficazmente en su entorno [2].

Foto real del Hogar Infantil La Chocita. 2013

PRINCIPIOS INSTITUCIONALES DEL HOGAR INFANTIL LA CHOCITA

- Trascenderse a si mismo frente al interés superior de los niños y niñas priorizando su voz.

- Amor por las familias y comunidades.

- Trabajamos con alegría y respetamos la voz de los demás

- Vivimos una vida equilibrada.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha mencionado anteriormente y según la Organización Mundial de la Salud la obesidad y el sobrepeso, se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud [3]. Siendo la obesidad infantil una prioridad de Salud Pública dada su elevada prevalencia y sus consecuencias en la salud, ésta es tan alta, que casi se podía hablar de una epidemia; se estima que hoy en día en muchos países, 1 de cada 10 niños o niñas son obesos al llegar a los 10 años de edad. [4]

Es por esto, que un grupo de estudiantes aspirantes a la especialización de Gerencia de Servicios en Salud, de la Fundación Universitaria Luís Amigó, con serias motivaciones profesionales, éticas y personales, decidieron escoger al hogar Infantil La Chocita, adscrito al Instituto Colombiano de Bienestar familiar, para verificar y contrastar la realidad que se vive a nivel mundial, nacional, regional y municipal, con uno de los hogares infantiles más reconocidos del centro zonal Aburra Norte, por su alto desempeño, trayectoria y atención integral a niños y niñas del sector.

A continuación iniciaremos una revisión enriquecedora de literatura, que nos describirá detalladamente las situaciones presentadas en los diferentes contextos, pero que en realidad se concretan alrededor del tema que nos concentra en ésta ocasión como lo es la obesidad infantil.

La prevalencia de la obesidad se ha ido incrementando en las últimas décadas, considerándose una epidemia global y es la enfermedad no transmisible más prevalente en el mundo. [1]

Durante la infancia el exceso de peso constituye una sobrecarga para el aparato locomotor, siendo frecuente encontrar en los niños y niñas obesos algunos trastornos ortopédicos, como: el genu valgo, la epifisiolisis de la cabeza femoral, pie plano, la enfermedad de blount, [5] escoliosis, coxa vara y enfermedad de perthes. [6.] Además, es uno de los factores de riesgo vinculados al aumento de enfermedad cardiovascular en el adulto, junto con la hipertensión arterial, la dislipidemia, el sedentarismo, la hipercolesterolemia. [1], trastorno en la función ventricular izquierda, anormalidades en la función endotelial e hiper insulinismo y/o resistencia a la insulina.[5] A sí mismo implica dificultades para respirar, interferencias en el sueño, somnolencia, trastornos cutáneos, traspiración excesiva, hinchazón de los pies y tobillos, hígado graso y litiasis vesiculares,

asma, cáncer y enfermedad de la vesícula biliar; son todos problemas asociados al exceso de peso con sus consecuentes costos para el sistema de salud [7].

Apoyando el párrafo anterior se presenta el caso del estudio en Bogalusa realizado en niños entre 5 y 10 años, en EEUU, se vio que la obesidad aumentaba el riesgo de la hipertensión sistólica entre 4,5 veces. Estos niños tenían además, niveles séricos de colesterol LDL más elevados (ODDS ratio OR = 3, elevado definido como > 130 mg/dl), de colesterol HDL más bajo (OR = 3,4 bajo definido como < 35 mg/dl) de triglicéridos elevados (OR = 7,1 elevado definido como > 130 mg/dl) y de niveles elevados de insulina basal (OR = 12,1, elevado definido > al percentil 95). En el mismo estudio, se encontró que un 58% de los niños obesos entre 5 y 10 años tenían al menos 1 de estos 5 factores de riesgo cardiovascular, y que un 25% presentaban 2 o más. En la actualidad se sabe que la severidad de las lesiones ateroscleróticas asintomáticas en la niñez y en la adolescencia dependen del número de factores de riesgo cardiovascular y que éste riesgo aumenta en presencia de otros factores tales como el sedentarismo.[5]

Teniendo en cuenta los aspectos enunciados anteriormente y calculando los costos de los tratamientos a las enfermedades desencadenadas por el sobrepeso y la obesidad (Ver Anexo 1 árbol de problemas), podemos determinar que se presenta un sobrecosto para las diferentes aseguradoras en salud, que existen en nuestro país. De ahí que uno de los grandes retos que tenemos es la prevención de la obesidad y el sobrepeso en la primera infancia.

A todos esos trastornos físicos hay que sumarles los problemas psicológicos provocados por la discriminación social y las dificultades para relacionarse con los demás que sufre una persona, cuya figura desborda los límites de la silueta saludable. Además en la infancia el problema puede ser aún mayor por la angustia que provoca en el niño y la niña la discriminación de los compañeros y amigos del colegio, por ello, los especialistas coinciden en la importancia de prevenir y tratar la obesidad infantil. [7]

Una de las referencias bibliográficas que confirman lo mencionado en el párrafo anterior es ésta investigación, en la cual mencionan que en los países desarrollados o industrializados de 25 a 30 de cada 100 ciudadanos sufren obesidad severa y en Latinoamérica las cifras no son menores: en México, 1 de cada 5 mexicanos sufren obesidad y las cifras suben cada año en países como Colombia, Panamá, Argentina, Brasil, Chile y las cifras oscilan entre un 18 y 25%; lo más importante no son las cifras de enfermos obesos, sino el mismo enfermo,

porque la obesidad “severa” acorta la vida en sí, la obesidad acelera el envejecimiento del individuo tantos o más que el tabaco, pero lo más grave es que la obesidad vuelve infeliz al que la sufre porque el obeso tiene limitaciones para sus actividades personales (bañarse, asearse, vestirse) etc. Para su vida en familia y para el desempeño laboral, además la obesidad afecta profundamente la mente del enfermo, lastimando profundamente su auto estima [8].

El párrafo anterior nos confirma lo planteado en el árbol de problemas (ver anexo 1) sobre la disminución de la productividad económica de la población, ya que, la obesidad puede conducir a ocasionar muertes prematuras, disminuir la esperanza de vida y aumentar las incapacidades que limitan laboralmente a las personas que la padecen.

Otra de las causas asociadas en el árbol de problemas (ver anexo 1) son los hábitos alimentarios inadecuados que presentan algunas de las familias de los beneficiarios del Hogar Infantil La Chocita. Tradicionalmente y culturalmente nuestra población se está dejando llevar por los intensos ritmos de vida, que trae las numerosas responsabilidades laborales, escolares y sociales, disminuyendo así la actividad física diaria y arrastrándolos a la utilización de comidas inapropiadas, poco variadas y balanceadas, como es el caso de las mal llamadas “comidas rápidas” las cuales presentan un alto contenido de grasa, carbohidratos y las bebidas gaseosas (ricas en azúcares y/o carbohidratos simples), estas últimas están siendo consumidas cada vez más por todos los miembros de la familia incluyendo los niños, situación que desencadena a mediano plazo dificultades con el sobrepeso y la obesidad. Evidenciando ésta situación la Encuesta de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia ENSIN 2010, muestra que la presencia de algunas prácticas que, sumadas a la inactividad física, podrían favorecer el exceso de peso en los diferentes grupos de población. Es así como se presenta una elevada frecuencia del consumo semanal y diario de comidas rápidas, gaseosas, alimentos de paquete, golosinas y dulces, que está acentuada en la población menor de 18 años y con mayor énfasis en las áreas urbanas. [9]

Ahora bien, frente a la Inseguridad Alimentaria y Nutricional podríamos plantearlo desde diferentes puntos de vista.

1. En la actualidad los bajos ingresos familiares y el incremento en el precio de los alimentos de primera necesidad o básicos de la canasta familiar, ha obligado a los grupos familiares a reducir la variedad y calidad de alimentos adquiridos, como por ejemplo frutas, verduras, carnes y leche, los cuales han sido reemplazados paulatinamente por bebidas gaseosas, refrescos

artificiales en polvo y carnes frías; disminuyendo así el aporte nutricional de sus dietas, principalmente el aporte de vitaminas, minerales, fibra y proteínas de origen animal, nutrientes esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.

2. Otro factor es el uso inadecuado de los recursos naturales lo que conlleva a que se presente escases del agua, la degradación de los suelos, el cambio climático, entre otros, disminuyendo la disponibilidad de los alimentos en los mercados y el aumento del precio de los mismos.

3. Cultura Alimentaria: Es la resultante del compromiso humano frente a la alimentación, el cual está influenciado por factores sociales, económicos, psicológicos e históricos. La elección de alimentos depende del abastecimiento local de alimentos, los métodos culinarios, las comidas tradicionales, la valoración social de los alimentos, la publicidad y las características de desarrollo socioeconómico de la comunidad a la cual nos referimos.

4. Publicidad: Los niños cada vez tienen oportunidad para comprar comidas y golosinas sin ningún tipo de control familiar, pero si con gran influencia de lo aprendido por sus padres y de la industria alimentaria, a través de anuncios televisivos y/o por medio de la internet, sin embargo en éstos comerciales la mayoría de alimentos se muestran muy apetitosos y atractivos, pues ésta industria ha creado publicidad específica para este grupo de población incluyendo juguetes, muñecos o tatuajes de moda, etc. para promocionarlos; pero en realidad la mayoría de productos que ofrece el mercado presenta una baja calidad nutricional, altos contenidos de energía (carbohidratos simples en su mayoría) y grasa, además se debe tener en cuenta la orientación e impacto que genera la publicidad en los niños y niñas generando estímulos inapropiados como por ejemplo comer delante de la pantalla, comprar X o Y producto para ser acogido socialmente etc.

Es importante mencionar además, que en nuestra cultura se han incorporando lentamente hábitos que aumentan el sedentarismo como: los videojuegos, la televisión, el internet, tablet, entre otros, los cuales ocupan muchas más horas del ocio infantil, pero éstas horas que los pequeños pasan frente al televisor u ordenador pueden ser las principales causas de la disminución de la actividad física diaria y por consiguiente del aumento de éstas dos problemáticas.

El párrafo anterior se encuentra sustentado con las estadísticas arrojadas por la Encuesta de la Situación Alimentaria y Nutricional en Colombia ENSIN 2010, quienes indagaron sobre el tiempo que los niños y jóvenes de 5 a 17 años dedican a ver televisión o jugar videojuegos, aspecto que se asocia con varios indicadores de salud que incluyen, entre otros, menores niveles de actividad física y mayor riesgo de padecer dichas enfermedades. Al igual que el sobrepeso y la obesidad que se han incrementado durante los años 2005 al 2010, también se ha incrementado el tiempo dedicado a ver Televisión o jugar con videojuegos, en especial en el rango de 2 a 4 horas diarias. [9]

Por otro lado, en nuestra sociedad existen varios mitos sobre la obesidad como por ejemplo: “la barriga no es peligrosa, los hombres después de cierta edad es normal que la tengan”. “dejar de comer baja de peso” “hacer una u otra dieta me pondrá saludable” “publicidad informal de productos milagrosos reductores de peso” “Gordura es sinónimo de bonachon o de tener buena vida” “la cirugía bariátrica es la única solución para bajar de peso” entre muchos otros; sin embargo a la fecha ninguno de estos mitos presenta sustentación científica que lo saque de ésta categoría.

Por lo anteriormente expuesto, es oportuno que se trabaje desde la infancia porque es la etapa en que se fundan las costumbres que permanecerán durante la vida adulta, lo cual está motivando a varios sectores a investigar concienzudamente la obesidad infantil. De ahí que la alta tasa de prevalencia de obesidad en adultos y niños ha llevado al Congreso de la República a promulgar en el año 2009 la Ley 1355 llamada “Ley de la Obesidad”, la cual es mencionada a profundidad más adelante [10].

Esta motivación obedece al planteamiento del autor Amartya Sen (1999), de por qué es conveniente para los gobiernos invertir en la niñez, y por qué hacerlo de una manera planificada y coherente, priorizando los resultados estables y a largo plazo, antes que el impacto a corto plazo, el cual resulta altamente beneficioso para la reputación de los funcionarios a cargo y, por ende, a nivel electoral [11].

La respuesta incluye dos dimensiones:

• El presente, en tanto niños y niñas tienen iguales derechos que el resto de los ciudadanos en cuanto a la atención de su salud, educación, seguridad. En un sistema democrático, la población infantil y las acciones tendientes a mejorar su calidad de vida no son sólo responsabilidad de los padres, de los maestros, u otros adultos próximos, sino también del Estado. Esto, si bien resulta teóricamente

muy conocido y promulgado, no siempre impregna las prácticas concretas de las políticas públicas [11].

• El futuro, dado que invertir en la niñez, implica invertir en el proceso del desarrollo de cada niño y niña, de su contexto próximo, y de la comunidad de la que forma parte [11].

Ampliando este último punto, cabe señalar que: “Mejorar la calidad de vida de los niños, influenciada por la educación, la seguridad, prevención de traumas, etc., puede ser una parte crucial del desarrollo. En efecto, la calidad de la niñez tiene importancia no sólo para lo que pase en la niñez, sino también para la vida futura” (ver árbol de soluciones anexo 2)

A partir del anterior planteamiento, el desarrollo de este proyecto apoya al cumplimiento de la misión del Hogar Infantil La Chocita y por ende la misión del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar en el cual se plantea “elevar la calidad de vida de los niños, las niñas y sus familias, mediante la excelente atención integral a los menores de 5 años, atendiendo sus necesidades básicas, en alimentación, crecimiento físico, afectivo, social, psicomotriz y de lenguaje, a través de la promoción y fomento tendientes a garantizar sus derechos, con acciones destinadas a crear un óptimo desarrollo en corresponsabilidad con la familia, comunidad y estado [2]. Esto sumado al resultado del presente proyecto nos permitiría hacer nuestro aporte profesional e institucional en pro de desarrollar estrategias educativas frente a una nueva cultura de hábitos alimentarios saludables que mejoren la calidad de vida de los niños, niñas y familias beneficiarias de ésta y otras modalidades de atención integral.

MARCO TEORICO

Al hablar de obesidad es necesario considerar varios conceptos como: el de salud expuesto por la Organización Mundial de la Salud -OMS- quien define Salud "como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedades y afecciones" [3] Se considera que ésta definición muestra al ser humano como un ser integral, el cual para lograr un adecuado estado nutricional y de salud, requiere además de lo biológico, incidir en determinantes claves como estilos de vida, hábitos alimentarios, medio ambiente entre otros.

Teniendo claro el concepto de salud y considerando que el expuesto por la Organización Mundial de la Salud es el más completo, partimos de éste para referirnos a otro concepto significativo como es el de la seguridad alimentaria y nutricional adoptada en el documento CONPES Social 113 y el de calidad de vida, este primero "Es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa", además va más allá del hecho de que toda la población tenga una alimentación adecuada, ésta realza el derecho de la misma a no padecer hambre y a tener una alimentación adecuada, el deber que tiene la persona y la familia de procurarse una alimentación apropiada y la necesidad de contar con estrategias sociales para afrontar los riesgos [12].

Por su lado la Calidad de Vida, es la: "percepción que tiene cada persona de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en el cual vive, en relación con sus expectativas, intereses y logros. Resulta así un concepto complejo, que se relaciona con la salud física, la situación psicológica, el nivel de independencia, las relaciones sociales y las relaciones con el medio ambiente" [13]. Es por ello que se afirma que los hábitos alimentarios adecuados de la mano de la educación nutricional deben ser una prioridad durante todo el ciclo vital humano, en todos los países del mundo.

Ahora bien, teniendo claro los conceptos anteriores, debemos partir de que el término obesidad proviene del latín obesus que significa persona que posee exceso de gordura. En una definición más precisa se denomina obesidad a una enfermedad caracterizada por el aumento de grasa corporal, generalmente acompañada por el aumento de peso; en resumen se trata de un desequilibrio entre gasto de energía (a través de la actividad física) e ingesta de alimentos,

aunque ésta es una definición que dice muy poco acerca de las implicaciones de ésta enfermedad a nivel físico, psíquico y emocional [4].

Complementando la definición encontramos que la obesidad es una enfermedad caracterizada por un cúmulo de grasa neutra en el tejido adiposo superior al 20% del peso corporal de una persona en dependencia de la edad, la talla y el sexo debido a un balance energético positivo mantenido durante un tiempo prolongado. Es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales.[1]

Al respecto, en la mayor parte de los casos, la obesidad infantil no es considerada un *problema* de salud, que como tal, requiere intervenciones concretas para su abordaje; sino que suele ser minimizada como una característica pasajera del niño o la niña (negativa, de acuerdo al canon de belleza posmoderno) que no tiene aún consecuencias importantes y que se resolverá espontáneamente con el tiempo.

Esto da cuenta de una representación implícita de la niñez como lo que todavía *no es suficientemente*: *no es suficientemente* urgente, *no es suficientemente* grave, *no es suficientemente* importante lo que les sucede, por esto la niñez “en la cancha pública nunca es un tema prioritario: pueden esperar, ya se harán mayores”. Esto lleva a marcar un sesgo importante en la atención de las cuestiones vinculadas a la niñez, dado que “No hay sentimiento de responsabilidad ampliamente compartida sobre los problemas del conjunto de nuestra población de menor edad, salvo en los casos extremos de abandono, maltrato o sufrimiento infantil” [14].

Durante las últimas 2 décadas, la prevalencia de obesidad en niños y adolescentes ha crecido rápidamente en muchas regiones del planeta. A pesar de reportes de nivelación en algunos países, la obesidad infantil y sus morbilidades y costos para la salud son considerables, incrementándose en la mayoría de ellos, particularmente entre segmentos socioeconómicamente en desventaja de muchas poblaciones. Esto no sólo repercute en su calidad de vida, y en el desarrollo de su contexto más próximo, sino también en el desarrollo de la comunidad en su conjunto, por lo cual se estima conveniente invertir en políticas públicas dirigidas a ésta y a otras problemáticas presentes en la población infantil [15].

Los niños y adolescentes obesos tienen mayor propensión que otros niños y niñas con peso normal a sufrir complicaciones endócrinas, cardiovasculares, pulmonares, ortopédicas, psicosociales y otras, asociadas con el peso excesivo,

muchas de las cuales persisten hasta la vida adulta (ver planteamiento del problema). Mientras que la prevención de la obesidad debe continuar siendo una meta, el tratamiento de aquellos que ya son obesos es un tema que requiere también urgente atención [15]. Ya que no solo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades crónicas, sino también a psicopatías como depresión y ansiedad que en estos casos están asociados a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal [16].

En Colombia la prevalencia de sobrepeso y obesidad está alcanzando niveles alarmantes, pues afectan a cerca de la mitad de la población del país, de acuerdo con la encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN) realizada por el Instituto colombiano de Bienestar Familiar; con éstas encuestas y estudios se llega a la conclusión que el Estado se encontraba en mora para reconocer que la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública en Colombia [17 y 9].

Para Mauricio Coll, endocrinólogo pediatra colombiano, solo en el cinco por ciento de los casos, la obesidad infantil responde a factores genéticos y a enfermedades que comprometen la vida del paciente; estas deben ser tratadas de manera especial por un experto El resto se produce por malos hábitos de vida y alimentarios. Sin embargo, dicho trastorno “no es exclusivo de los niños”, apunta Adelardo Caballero; Agrega que actualmente, la esperanza de vida media en los países desarrollados es alta, pero “probablemente nuestros hijos tengan una expectativa menor. Parece que esta generación será menos lóngeva y su calidad de vida también va a disminuir”, advierte el especialista[16].

Y según la Médica Paola Durán, endocrinóloga pediatra de la fundación Cardio-infantil el factor medioambiental es la causa principal de la obesidad infantil, dentro del factor medioambiental se encuentra que la actividad física, la dieta, la tendencia familiar y el sedentarismo, modifican los hábitos en el estilo de vida y a su vez son factores de gran influencia para el buen desarrollo infantil [8].

En cuanto a los factores socioculturales y relacionándolos a la vez con la Industria Alimentaria, hemos venido hablando de la importancia de cuidar a nuestros niños y niñas, y tener en cuenta que la obesidad infantil está tomando fuerza en todo el mundo, pero con mayor intensidad en Latinoamérica. En Estados Unidos hay 41 millones de niños entre las edades de 5 a 14 años, que gastan alrededor de US$ 10 mil millones de dólares en alimentos y bebidas. En 2005 había 23.6 millones de

niños y niñas entre 6 a 11 años de edad en Estados Unidos, lo que representa que un tercio de la población es menor de 18 años [18].

Estos consumidores jóvenes no sólo son fuertes en números, sino que también ejercen una significativa influencia en el gasto familiar y los hábitos de compra, este no es un concepto nuevo, especialmente cuando se trata de comida [18].

En el 2002, una encuesta nacional efectuada por el Centro para un Nuevo Sueño Americano, encontró que el 55% de ellos dicen que tienen éxito logrando que sus padres cedan a sus demandas. (La estrategia: con un berrinche o como se le conoce en ingles: “nag”, los niños logran que los padres cedan todas las veces, y los procesadores saben aprovecharse de ello). Pero también existe la comercialización responsable, y uno de estos ejemplos se encontró al entrevistar a Barcel, la empresa de botanas del Grupo Bimbo. Ellos se propusieron reducir los contenidos de grasa en sus productos hasta un 50%, pero lo más admirable aun, no promueve los productos para menores de 18 años en la televisión o cualquier otro medio de comunicación [18].

Algunas empresas como por ejemplo McDonald’s está tomando cartas en el asunto para ayudar a controlar la obesidad tanto infantil como de sus consumidores en general en Estados Unidos. Es posible que sus ingresos se hayan visto afectados a causa de las campañas emprendidas por la prensa a nivel mundial y los gobiernos de muchos países, especialmente en Estados Unidos, con la esposa del actual presidente de Estados Unidos a la cabeza. La Sra. Obama se ha propuesto como Primera Dama de la Nación poner su granito de arena con el programa “vamos a movernos”, para llevar a los jóvenes a salir de su rutina frente a un televisor o pantalla de computadora y hacer ejercicio físico diario. El plan de McDonald’s a largo plazo incluye la continua evolución del menú y comunicaciones destinadas a concientizar a la población acerca de la nutrición. La presidenta de McDonald’s USA Jan Fields, anunció que dentro de los compromisos de ofrecer “mejores opciones nutricionales” de la compañía, hay un plan integral que tiene como objetivo ayudar a los clientes – especialmente a niños y familias – a elegir sus alimentos siendo conscientes de la importancia de la nutrición, ya sea que estén visitando un restaurante McDonald’s o que estén comiendo en otro lugar [18].

Su plan implicara expandir y mejorar opciones del menú nutricionalmente balanceadas: Para el año 2020, McDonald’s reducirá las cantidades de azúcar agregada, grasas saturadas y calorías a través de tamaños de porciones variados, reformulaciones e innovaciones. Los cambios que actualmente están realizando las grandes empresas pueden servir de ejemplo y motivación para la mediana y

pequeña empresa, que también forman parte integral de la cadena de alimentación de los niños, niñas, juventud y familias [18].

Otro estudio realizado en un hospital Paraguayo y que confirma el planteamiento del problema frente a la mínima educación nutricional que tienen las familias de nuestra comunidad, evidenció que solo el 38% de los médicos respondieron en forma correcta una encuesta en nutrición sobre valoración nutricional y requerimientos y 20% respondieron correctamente las preguntas de nutrición artificial [19]. Aunque la falta de tiempo es la principal barrera percibida, 67% de los médicos reportan falta de entrenamiento y 62% manifestaron falta de conocimiento en el tema [20 y 21]. Por lo que consideramos esencial que las estrategias implementadas para disminuir ésta patológica sean particularmente educativas.

Como opciones de tratamiento para niños y adolescentes obesos, se incluyen cambios en el comportamiento dietario y actividad física regular, así como farmacoterapia y en algunos casos específicos de obesidad mórbida contamos actualmente con la alternativa de la cirugía bariátrica, la cual se refiere a varios procedimientos diseñados para restringir la ingestión de alimento y/o reducir la absorción de nutrientes, realizados laparoscópicamente, por lo general en la actualidad tanto en adultos como en adolescentes [15]. Las operaciones más comunes para adolescentes son la banda gástrica ajustable laparoscópica (LAGB, por sus siglas en inglés) y la derivación gástrica en Y de Roux (RYGB, por sus siglas en inglés). Sin embargo las intervenciones combinadas de estilo de vida conductual, comparadas con el cuidado estándar o los programas de autoayuda, puede producir una reducción clínicamente significativa en niños y adolescentes con sobrepeso. Para la obesidad pediátrica severa, sin embargo, existe evidencia que sugiere que los enfoques no quirúrgicos son de efectividad limitada [22].

Finalmente todas estas referencias bibliográficas sustentan que el exceso de peso en la población adolescente y adulta muestra una tendencia al incremento, llegando a afectar en los grupos mayores de edad hasta las dos terceras partes de la población. Estos datos indican que se debe aprovechar la normatividad existente en el país como lo es la Política de Seguridad Alimentaria, Ley de Obesidad y Guías Alimentarias para la población colombiana entre otros; para fortalecer las intervenciones desde los diferentes sectores, organizaciones no gubernamentales y sector privado a fin de mejorar los estilos de vida saludables relacionados con el fomento del consumo de dietas saludables, realización de actividad física regular y mejorar el estado nutricional y de salud de la población

a lo largo de toda la vida. Todo esto con el objetivo de lograr reducir en forma significativa la prevalencia de las enfermedades crónicas y de sus factores de riesgo [9].

De ahí que nuestro trabajo de grado busca difundir los resultados de ésta investigación con el fin de alertar a las familias de los niños y niñas, agentes educativos en los programas de primera infancia, entes territoriales, aseguradoras de salud, comunidad en general y demás actores, sobre la importancia de promocionar y mantener hábitos de vida saludables y así contrarrestar los efectos adversos de ésta epidemia.

MARCO LEGAL

Frente a esta problemática nacional, la ley 1355 del 2009 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. Entre las estrategias que la ley plantea para promover hábitos alimentarios, deporte y vida saludable está la educación dirigida a las madres comunitarias, centros educativos públicos y privados, así como a la población en general [10].

La ley, 1355 DE 2009 (octubre 14) Por medio de la cual se define la obesidad y las enfermedades crónicas no transmisibles asociadas a esta como una prioridad de salud pública y se adoptan medidas para su control, atención y prevención.

Estos cinco primeros artículos serían la base del asentimiento político que validaría de alguna u otra forma nuestra investigación, en este tema tan supremamente valioso para lograr una intervención integral en pro al bienestar de nuestros niños, niñas y adolescentes colombianos [10].

El Congreso de Colombia DECRETA: **Artículo 1°**. *Declárase*. La obesidad como una enfermedad crónica de Salud Pública, la cual es causa directa de enfermedades cardiacas, circulatorias, colesterol alto, estrés, depresión, hipertensión, cáncer, diabetes, artritis, colon, entre otras, todos ellos aumentando considerablemente la tasa de mortalidad de los colombianos [10].

POSIBILIDAD DE APLICAR LOS RESULTADOS Y LAS RECOMENDACIONES
De acuerdo al documento, el autor nos plantea, que esto no solamente depende del visto bueno de las autoridades competentes, sino también de la disponibilidad de recursos para ejecutar las recomendaciones [10].

Debemos tener presente que la opinión de los posibles clientes y del personal responsable también influirá en la ejecución de las recomendaciones.

En el caso de nuestro tema de investigación vemos como la misma ley 1355 de 2009 en sus artículos 2, 3, 4 y 5 apoyan la aplicación y promoción de estrategias viables, pertinentes y efectivas para combatir la obesidad infantil. Estos artículos específicamente mencionan:

Artículo 2°. *Ámbito de aplicación.* Las determinaciones establecidas en esta ley serán aplicables a las Entidades y Organizaciones del Estado a nivel nacional y territorial responsables de promover los ambientes sanos, la actividad física, la educación, la producción y la distribución de alimentos; así como a las entidades

encargadas de la prestación y la garantía de los servicios de salud y los sectores de transporte, planeamiento y seguridad vial. Serán beneficiarios de esta ley la población colombiana, en especial los grupos vulnerables.

Artículo 3°. *Promoción*. El Estado a través de los Ministerios de la Protección Social, Cultura, Educación, Transporte, Ambiente y Vivienda y Desarrollo Territorial y Agricultura y Desarrollo Rural y de las Entidades Nacionales Públicas de orden nacional Coldeportes, el ICBF y Departamento Nacional de Planeación, promoverá políticas de Seguridad Alimentaria y Nutricional, así como de Actividad Física dirigidas a favorecer ambientes saludables y seguros para el desarrollo de las mismas. Estas políticas se complementarán con estrategias de comunicación, educación e información.

Artículo 4°. *Estrategias para promover una Alimentación Balanceada y Saludable.* Los diferentes sectores de la sociedad impulsarán una alimentación balanceada y saludable en la población colombiana, a través de las siguientes acciones:

– Los establecimientos educativos públicos y privados del país en donde se ofrezcan alimentos para el consumo de los estudiantes deberán garantizar la disponibilidad de frutas y verduras.

– Los centros educativos públicos y privados del país deberán adoptar un Programa de Educación Alimentaria siguiendo los lineamientos y guías que desarrollen el Ministerio de la Protección Social y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para promover una alimentación balanceada y saludable, de acuerdo con las características culturales de las diferentes regiones de Colombia.

– El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural, deberá establecer mecanismos para fomentar la producción y comercialización de frutas y verduras, con participación de los entes territoriales, la empresa privada y los gremios de la producción agrícola.

Artículo 5°. *Estrategias para promover Actividad Física.* Se impulsarán las siguientes acciones para promover la actividad física:

– El Ministerio de Educación Nacional y las Instituciones Educativas en desarrollo de las Leyes 115 de 1994 y 934 de 2004, promoverán el incremento y calidad de las clases de educación física con personal idóneo y adecuadamente formado, en los niveles de educación inicial, básica y media vocacional.

Parágrafo. El Ministerio de Protección Social reglamentará mecanismos para que todas las empresas del país promuevan durante la jornada laboral pausas activas para todos sus empleados, para lo cual contarán con el apoyo y orientación de las Administradoras de Riesgos Profesionales.

Esta ley reconoce "la Obesidad y las enfermedades crónicas asociadas como un problema de salud pública, prioritario y de interés nacional y pretende a través de la promoción de una alimentación equilibrada y del ejercicio, controlar la epidemia" [10]. Aunque su reglamentación está en proceso, consideramos que uno de los aspectos que entorpecen el éxito de dicha ley, es la falta de conocimiento y formación en nutrición. Confirmado esto con un estudio realizado en el norte de Europa, en el cual en una encuesta aplicada a 4.912 médicos y enfermeras se evidenció que la causa más frecuente para la poca práctica de la nutrición es la falta de conocimiento [23].

Finalmente los resultados de la Encuesta Nacional de la Situación Alimentaria y Nutricional ENSIN 2010 son de gran importancia para: el cumplimiento de la ley 1355 de 2009 y el seguimiento de la política pública nacional de primera infancia "Colombia por la primera infancia", contenida en el CONPES 109 de 2007, la cual tiene como objetivo general promover el desarrollo integral de los niños y niñas desde la gestación hasta los 5 años de edad; respondiendo a sus necesidades y características específicas, y contribuyendo así al logro de la equidad e inclusión social en Colombia. En este sentido, las bases del plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 privilegiaron la implementación de una estrategia de atención integral a la primera Infancia que tiene dentro de sus criterios de equidad, reducir las brechas urbano-rurales, con calidad y acceso, atendiendo las necesidades particulares de acuerdo con las edades simples y con su pertenencia étnica, la población elegible pobre y vulnerable a partir del SISBEN (versión 3), así como la situación real de cada una de las entidades territoriales en términos de salud, nutrición, educación inicial y cuidado; lo que sin duda contribuirá a afectar positivamente los indicadores de desnutrición crónica, global, sobrepeso y obesidad [24].

JUSTIFICACION

Con la realización de este proyecto queremos visualizar la problemática de obesidad infantil, en un servicio de atención integral a la primera infancia, sus posibles causas, consecuencias y plantear algunas estrategias que permitirán disminuir la aparición de esta problemática, con el fin de hacer conscientes a las directivas, agentes educativos, padres y cuidadores de los niños y niñas usuarios del servicio u otros actores y emprender conjuntamente acciones de intervención inmediata.

Se considera también que el entorno en que se ejecuta esta modalidad de atención integral, sus objetivos, lineamientos técnicos y administrativos, son favorables para la modificación de algunas conductas que pueden ser factores de riesgo para la obesidad infantil.

Esta modalidad de atención ofrece factores de protección, tales como:

- Atención integral a los niños y niñas pertenecientes a la población más vulnerable.

- Los niños y niñas son atendidos durante los primeros 5 años de su vida, tiempo en el cual se presenta el máximo crecimiento y desarrollo en todas las potencialidades.

- El hogar infantil cuenta con un equipo humano idóneo, que brinda la atención integral a los niños, niñas y sus familias.

- Se realiza coordinación interinstitucional, lo cual permite garantizar todos los derechos a los niños y niñas del programa.

- El programa es financiado en un gran porcentaje con recursos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y con la participación de las familias beneficiarias, lo cual garantiza su permanencia en el tiempo.

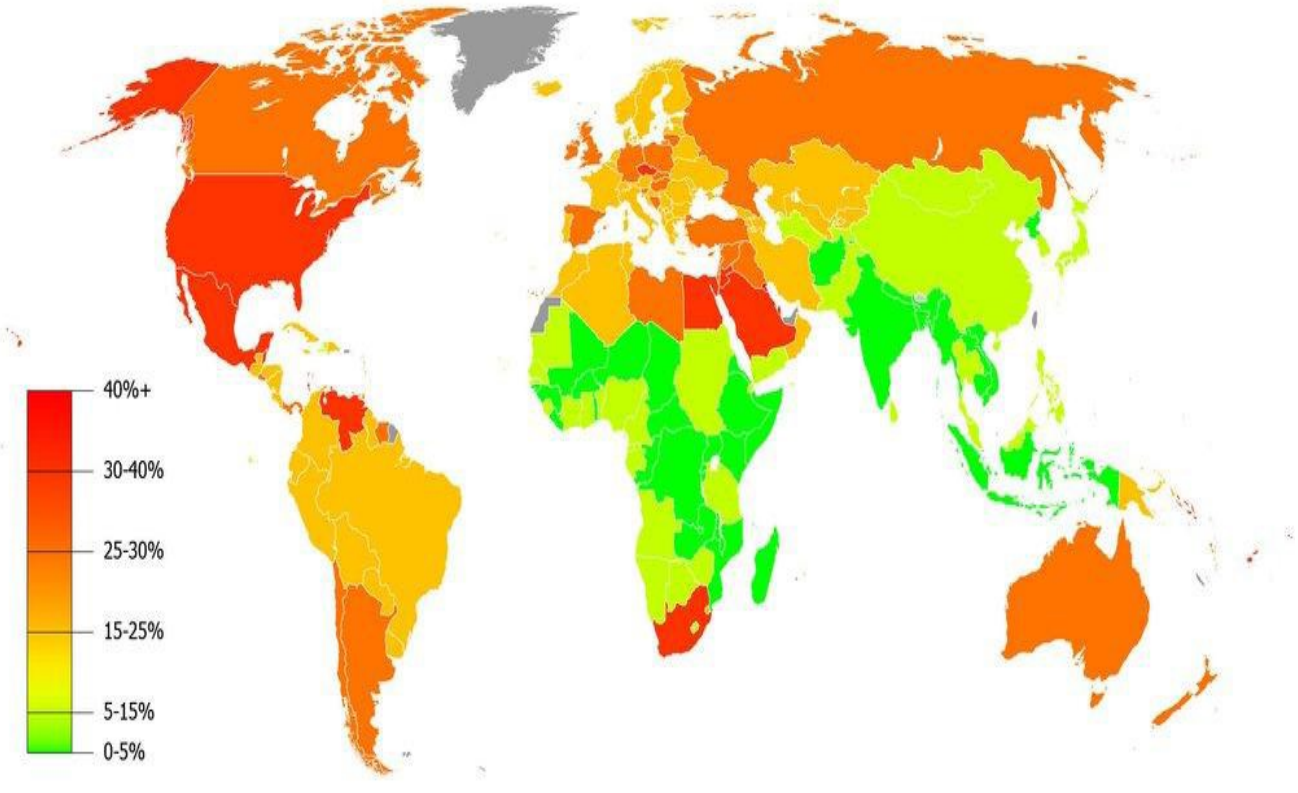
Para concluir es importante resaltar que este proyecto fue encaminado siguiendo los parámetros propuestos en la política pública nacional de primera infancia “Colombia por la primera infancia”, contenida en el CONPES 109 de 2007, la ley 1355 de 2009 y el Plan de Desarrollo del Municipio de Bello 2012-2015.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LA OBESIDAD A NIVEL MUNDIAL

El sobrepeso en la infancia presenta una tendencia de crecimiento a nivel mundial en los últimos años, llegando a convertirse en una epidemia según la OMS, cuyos datos estadísticos mundiales calculan que hay cerca de 22 millones de niños mayores de 5 años con sobrepeso. Se ha encontrado una mayor prevalencia de éste problema de salud en los países industrializados comparativamente con los países en vía de desarrollo; sin embargo, el crecimiento en estos últimos ha aumentado más aceleradamente en los años recientes. La prevalencia de esta patología cambia de un país a otro [25].

Para visualizar esta situación se presenta la siguiente **Grafica 1**, indicando con colores naranja (prevalencia de sobrepeso) y rojo (prevalencia de obesidad), los países en los cuales predominan éstas patologías [26].

Grafica 1. WHO. World Health Statistics, 2012



Haciendo referencia a la Grafica 1, se nota como en algunas regiones de Europa, sobre todo en el sur del continente, hay prevalencias de sobrepeso que superan el 35%. Estas zonas han superado los datos de países que, como Estados Unidos, han arrastrado históricamente problemas de obesidad infantil. En la actualidad, se calcula que en Europa uno de cada cinco niños tiene exceso de peso.

Países como Estados Unidos de América, México, Alaska, Venezuela, Egipto y Arabia presentan altas prevalencias de obesidad en su población, en cambio en países como Colombia, Uruguay, Paraguay, Ecuador, Brasil y Perú que hacen parte de Sur América predomina es el sobrepeso.

Respecto a ésta patología la Organización Mundial de la Salud OMS en marzo de 2013 reportó los siguientes datos:

1. Mil millones de adultos tienen sobrepeso. Si no se actúa, esta cifra superará los 1500 millones en 2015; Dicha situación no es ajena a la realidad que se presenta en el municipio de Bello, Antioquia en el Hogar Infantil La Chocita, cuyas estadísticas reflejan que año tras año la prevalencia de sobrepeso y obesidad presentada por la población infantil ha ido aumentando considerablemente (ver gráfica 7).

2. Cada año mueren, como mínimo, 2,6 millones de personas a causa de la obesidad o sobrepeso.

3. En el mundo hay más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso y el 44% de los casos mundiales de diabetes, el 23% de cardiopatía isquémica y entre el 7–41% de determinados cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad [26].

VISIÓN GLOBAL DEL SOBREPESO EN LA POBLACIÓN INFANTIL

2010: **42 millones** en el mundo

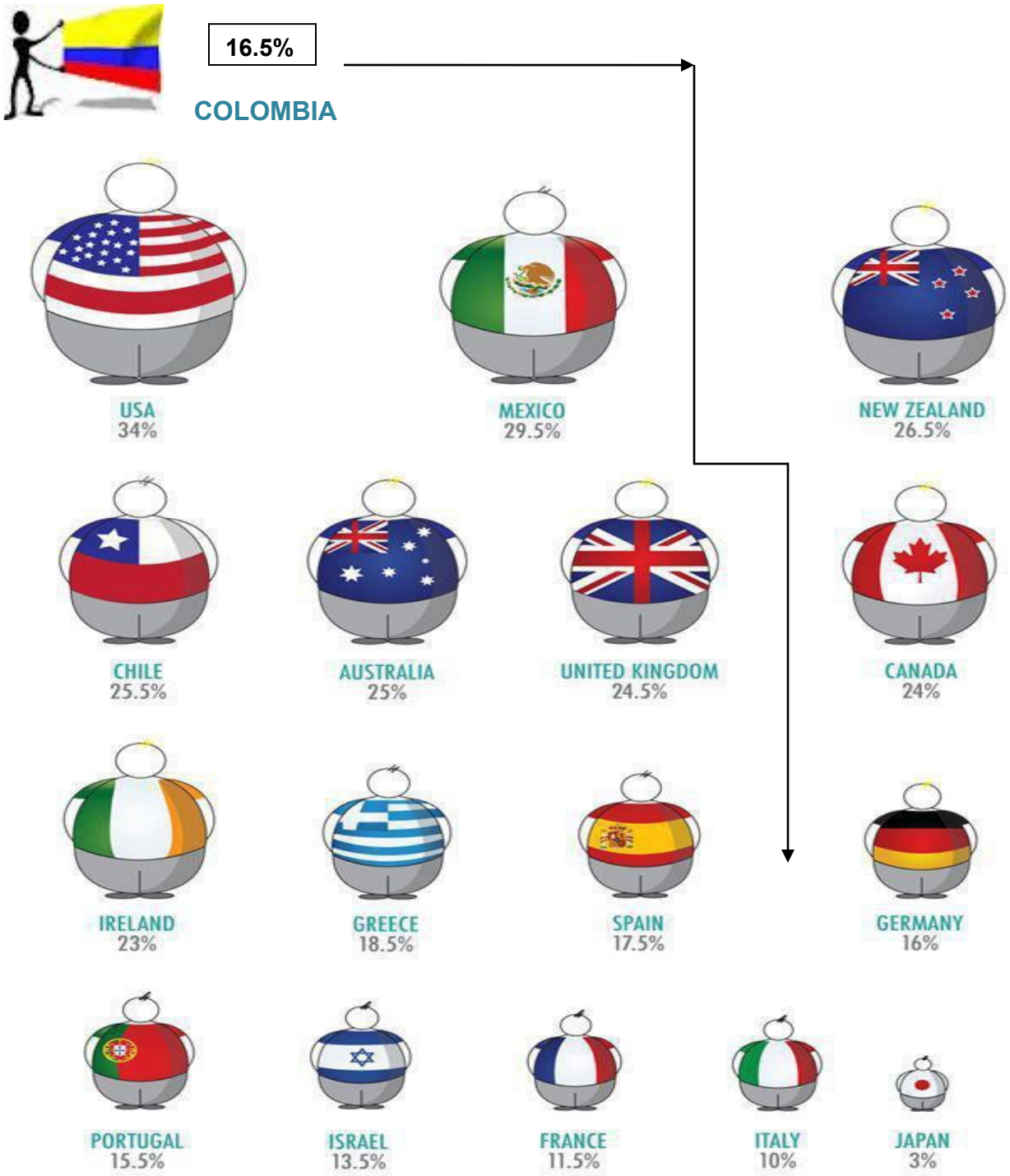
35 millones viven en países en desarrollo

22 Millones son menores de 5 años

La prevalencia del sobrepeso de los niños y niñas con edades entre 6 y 17 años se ha triplicado desde 1980.

Datos reportados por la OMS [3].

GRAFICA 2 PREVALENCIA DE LA OBESIDAD MUNDIAL 2010



Tomada de Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia 2010 [26].

La anterior gráfica es muy diciente en tanto nos muestra a nivel mundial la prevalencia de obesidad en la población adulta representada en porcentajes, se puede notar que quien encabeza la lista es el país de Estados Unidos quien presenta un 34% de población obesa, seguida por México, Nueva Zelanda, Chile y Australia quienes presentan porcentajes de 29.5 %, 26.5%, 25.5% y 25% respectivamente, realmente no hay diferencias marcadas entre un país y otro; Por su parte Colombia presenta un porcentaje de obesidad de 16.5% y se encuentra entre España con un 17.5% y Alemania 16%. Italia y Japón se destacan por ser los países con menor porcentaje de obesidad 10% y 3% respectivamente, estos porcentajes deben ser relacionados con su cultura, hábitos alimentarios, dieta, tradiciones entre otros determinantes que influyen directamente en el aumento o disminución de éstas cifras.

El panorama encontrado bibliográficamente en la población infantil, específicamente para el país de España, nos demuestra que las estadísticas entre la población adulta (prevalencia de obesidad 17.5%) y la población infantil son similares. Ya que a finales del 2008, un informe llevado a cabo por el Observatorio Faros del Hospital Sant Joan de Déu, de España, titulado los problemas de salud Infantil, mostró las tendencias en los países desarrollados, señalando que un 18.6 por ciento de los niños tenían sobrepeso y otro 8.9 por ciento, obesidad; Es decir, el 27,5 por ciento de los infantes estaba por encima de su peso ideal Estas cifras han seguido incrementándose. Según las últimas estimaciones del International Obesity Task Force, en este primer semestre del 2012, unos 155 millones de niños en edad escolar tienen exceso de peso [14].

SITUACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN COLOMBIA

El exceso de peso en niños y niñas menores de 5 años se puede conocer mediante 2 indicadores cuyos resultados son muy similares: peso para la talla e índice de masa corporal por edad. La resolución 2121 del Ministerio de la Protección Social (ver anexo 3), estableció el rango entre 1 desviación estándar (1 DE) y 2 Desviaciones estándar (2 DE), con la denominación de sobrepeso (denominado por la OMS como “Posible riesgo de sobrepeso”) cuyo objetivo es preventivo; De tal forma que en conjunto con otras variables y un seguimiento periódico, se establezca el riesgo de presenta obesidad en el futuro, y se puedan tomar las medidas correspondientes a fin de evitarlo. Por otro lado, la resolución incluye el rango > 2 DE, denominado como obesidad, este punto es el que la OMS

referencia como problemática en cuanto a exceso de peso (sobrepeso u obesidad) [9].

La distribución de las desviaciones estándar en el indicador Índice de Masa Corporal por edad en niños menores de 5 años, comparada con la distribución de la población de referencia (OMS 2006), mostró un desplazamiento leve de la curva hacia la derecha, lo que nos indica que un porcentaje de niños mayor al esperado presentó sobrepeso u obesidad.

Es así como medido por el indicador de Índice de Masa Corporal IMC, se pudo establecer que el 5.2% de los niños y niñas menores de 5 años en Colombia se encuentra en el rango de > 2 Desviaciones Estándar DE, el 1.0% en el rango > 3 DE y 20.2% en el rango de > de 1 DE y < ó = de 2 DE. No se evidenciaron diferencias significativas por sexo. Al contrario de la desnutrición, los niños ubicados por encima de 2 DE con prevalencias mayores fueron los hijos de las madres con mayor nivel educativo; 6.2% en hijos de madres con educación superior, frente a 2.3 % en hijos de madre sin educación. De la misma manera para los niveles del SISBEN; 6.3 % en los niveles 4 ó más, frente a 4.3% en nivel 1 [9].

Por lugar de residencia, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre áreas urbana y rural. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas por región.

Aunque en Estados Unidos uno de cada tres menores de edad sufre de sobrepeso o de obesidad y 2 millones de pequeños son en extremo obesos, en Colombia, uno de cada seis niños y adolescentes presenta sobrepeso u obesidad, según la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia ENSIN 2010 [9].

En Colombia, al igual que en otros países de la región, se presenta la doble carga de la malnutrición, tanto prevalencias importantes de desnutrición como de obesidad, la cual ha ido incrementándose en la población infantil en varios países (República Dominicana, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua) [27].

Las encuestas anteriores han mostrado para Colombia que el porcentaje de niños y niñas clasificados por encima de 2 DE de acuerdo al indicador Índice de Masa Corporal, no han variado en forma significativa en 25 años usando el estándar de la OMS 4.8% (1986), 5.2% (1995), 6.1% (2000), 5.0% (2005) y 5.2% (2010).

Al comparar ésta situación con la de otros países de América Latina, se encuentra que es similar a los resultados obtenidos en las últimas encuestas de Honduras en el año 2005 (5.9%), Ecuador en el 2004 (5.3%), El Salvador en el año 2003 (5.5%) y Guatemala en el año 2002 (5.7%). La mayor parte de los países presentan porcentajes superiores a los de Colombia, los cuales varían entre 6% y 10% con una tendencia ascendente [27], por lo cual es necesario hacer seguimiento a éste aspecto, teniendo en cuenta que aunque en el país ésta prevalencia se ha mantenido estable, es mayor a medida que se incrementa la edad, hasta encontrar que más de la mitad de los adultos presentan algún problema de sobrepeso u obesidad [24].

Al comparar el comportamiento del exceso de peso entre el año 2005 y el 2010, de acuerdo a los resultados presentados por la ENSIN, notamos que se presentó un incremento de cerca de 4 puntos porcentuales a nivel nacional para los niños, niñas y jóvenes de 5 a 17 años, con un índice de masa corporal por encima de 1 DE, con cambios más marcados en los niños de 8 a 9 años (6 puntos porcentuales), mayor nivel del SISBEN (4.3 puntos porcentuales) y en los niños de madres con mayor nivel educativo (4.5 puntos porcentuales). Este comportamiento es similar a otros países de América Latina, en donde el porcentaje de sobrepeso y obesidad en adolescentes se ha incrementado entre 1990 y 2010; las causas de éste incremento se han atribuido a un cambio en los patrones de actividad física y alimentación, además de múltiples factores ambientales y sociales [28 y 29].

A nivel nacional, el 17.5% de los niños y jóvenes de 5 a 17 años presentaron exceso de peso (> 1 Desviación Estándar), 13.4% tenía sobrepeso (> 1 DE a < ó = a 2 DE) y 4.1% Obesidad (> 2 DE) [9].

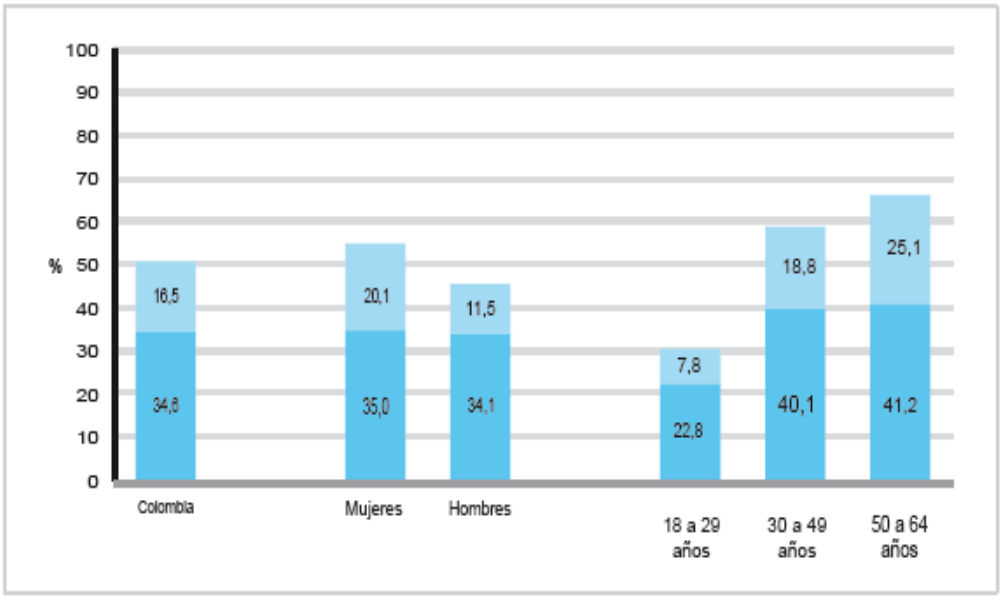
Por grupos de edad se encontró que la prevalencia de exceso de peso en los niños y niñas de 5 a 9 años era de 18.9% y en los niños y niñas de 10 a 17 años de 16.7% [9].

Al analizar solo la obesidad, ésta fue más frecuente en el grupo de edad de 5 a 9 años que en el de 10 a 17 años (5.2% frente a 3.4%). Las niñas se vieron más afectadas por el sobrepeso y los niños por la obesidad [9].

A diferencia del retraso en crecimiento, tanto la prevalencia de sobrepeso como la de obesidad fue mayor en los niveles más altos del SISBEN (14.3% en nivel 1 frente a 22.3% en los niveles 4 o más) y en las madres con mayor nivel de educación (9.4% en madres sin educación frente a 26.8% en madres con educación superior).

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el exceso de peso entre los niños y jóvenes de las áreas urbana y rural; se presentó mayor prevalencia en la primera que en la segunda (19.2% área urbana frente a 13.4% área rural). No hubo diferencias significativas por regiones, con excepción de la región atlántica que presentó los menores porcentajes de exceso (10.0% y 3.0%v respectivamente). Mientras que el análisis por departamento si reflejo diferencias marcadas (31.1%, San Andrés; 22.4% Guaviare; 21.7% Cauca y Valle del Cauca), pero en las subregiones, las ciudades capitales presentaron mayor proporción de niños y jóvenes con exceso de peso (Cali, Medellín, Bogotá y Barranquilla) [9].

Grafica 3.

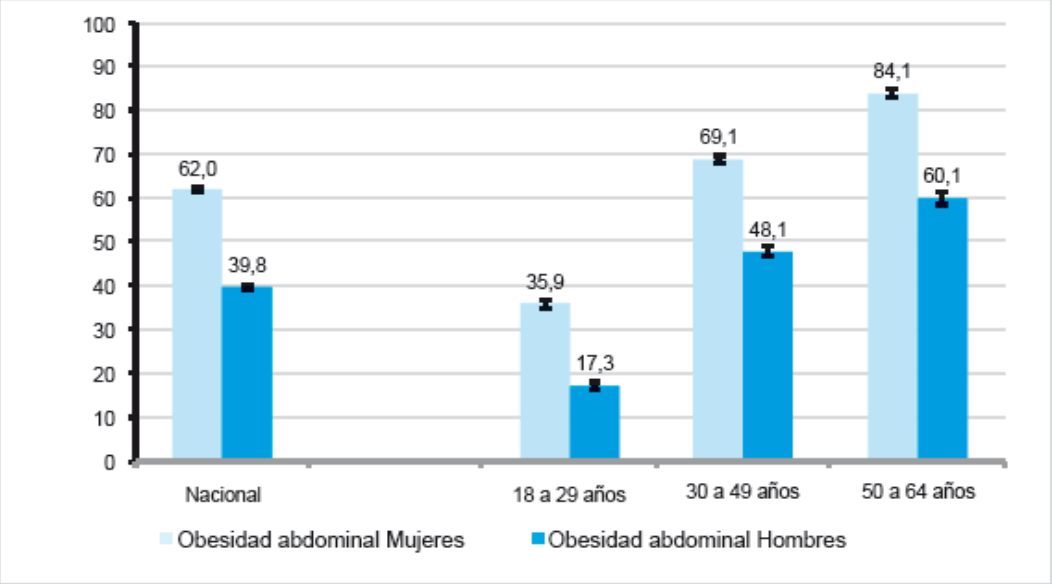


Por su parte en el año 2005 la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional de Colombia ENSIN, reveló la realidad Nacional: “prácticamente la mitad de la población adulta presenta un estado de malnutrición por exceso de peso obesidad 13,8% y sobrepeso 32,3%” (ver Grafica 3). Esta problemática de malnutrición que enfrenta el país, se asocia con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles como el cáncer, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares. El aumento de dichas patologías necesita un abordaje especializado e interdisciplinario para hacerle frente de manera adecuada ya que la modificación de factores nutricionales es una herramienta útil en el control y la prevención de estas enfermedades [17].

Comparativamente en la encuesta nacional de la situación nutricional de Colombia ENSIN 2010, muestra como resultados, que más de la mitad de la población de 18 a 64 años, presentó algún grado de exceso de peso 51.2%, de la cual el 34.6% se encontró en sobrepeso o pre obesidad y el 16.5% en obesidad. El exceso de peso fue más prevalente en mujeres que en hombres (55.2% frente a 45.6%) en especial la obesidad (20.1% frente a 11.5% respectivamente) siendo mayor a mayor edad [9].

Grafica 4

Obesidad abdominal por circunferencia de la cintura en población adulta de 18 a 64 años a nivel nacional, por edad



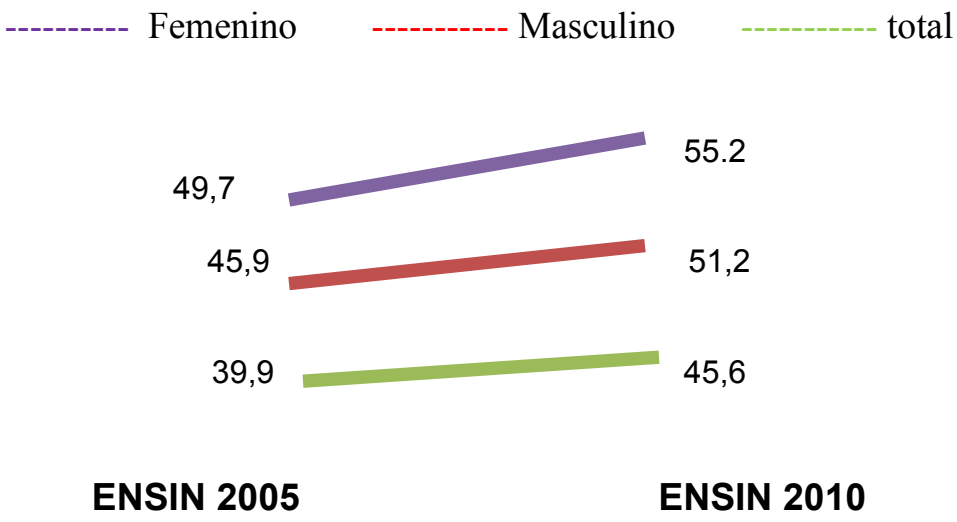
Según ENSIN 2010, la prevalencia de obesidad abdominal medida por la circunferencia de la cintura a nivel nacional fue de 39.8% en los hombres de 18 a 64 años y de 62.0% en las mujeres del mismo grupo de edad (ver Gráfica 4).

Se identificaron diferencias importantes por grupos de edad tanto en hombres como en mujeres. En la gráfica 4 se observa cómo, a mayor edad, los porcentajes de obesidad abdominal son mayores, hasta llegar a afectar a 60.7% de los hombres y a 84.9% de las mujeres de 58 a 64 años [9].

No hubo diferencias significativas en la prevalencia de obesidad abdominal por el nivel del SISBEN en el grupo de las mujeres; sin embargo, en el caso de los hombres a mayor nivel, mayor porcentaje de obesidad abdominal (45.8% en niveles 4 o más frente a 30.7% en el nivel 1) [9].

De igual forma, cuando se analizó el comportamiento de la obesidad abdominal según el nivel educativo, se observó en el grupo de los hombres que a mayor nivel educativo, había mayor prevalencia de obesidad abdominal, mientras que en las mujeres ocurrió lo contrario[9].

Gráfica 5. Prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en adultos (18 a 64 años de edad). Nivel nacional, según sexo, años 2005 y 2010.



Fuente: OSAN Colombia, a partir de datos del Sispro (2012).

Los avances en materia de reducción de la desnutrición experimentados en la región, encuentran su contrapartida en las altas tasas de sobrepeso que se aprecian en la Gráfica 5, a esto se le ha denominado doble carga de la malnutrición, producto del proceso de transición nutricional. Según los resultados de la Encuesta Nacional de Situación Alimentaria y Nutricional 2010, este tipo de malnutrición afecta en mayor grado a la población de 18 a 64 años, en la que cerca del 50%, es decir, una de cada dos personas, tiene algún grado de exceso de peso (ver gráfica 5) [9].

CARACTERIZACION DE LA POBLACION INFANTIL OBJETO DE ESTUDIO: HOGAR INFANTIL LA CHOCITA, ICBF, MUNICIPIO DE BELLO, ANTIOQUIA

Bello es un municipio de Colombia, ubicado en el Valle de Aburrá, un valle de la Cordillera de los Andes del departamento de Antioquia. Limita por el norte con el municipio de San Pedro de los Milagros, por el este con el municipio de Copacabana, por el sur con el municipio de Medellín y por el oeste con el municipio de San Jerónimo [31].

De acuerdo con su *PLAN DE DESARROLLO 2012-2015 "BELLO CIUDAD EDUCADA Y COMPETITIVA"* Las primeras décadas del siglo XX marcarían para el municipio su destino como receptor de migrantes que vieron aquí una esperanza de trabajo por la naciente industrialización [31].

La posición geográfica y estratégica no solo favorecían las actividades agrícolas y ganaderas, sino que eran una buena alternativa para el asiento de empresas de la ascendente burguesía medellinense. Eso además del clima agradable, la línea del ferrocarril y numerosas fuentes hídricas aptas para el consumo y la generación de energía. En ese escenario se fundó en 1902 la "Compañía Antioqueña de Textiles". Se escogió para la construcción de la sede locativa el sector de Bellavista, por su proximidad a la quebrada la García. Esta empresa se fusionó en 1905 con la "Compañía de Tejidos de Medellín" para marcar de esta manera la vocación industrial de la localidad y propiciar un importante proceso migratorio por años[31].

El hito económico del municipio fue la fundación de la Fábrica de Hilados y Tejidos del Hato, Fabricato, el 7 de agosto de 1923. Fue así que la actividad industrial textil caracterizó y marcó a la población bellanita por varias décadas.

Las principales actividades económicas se relacionan con textiles, concentrados, comercio organizado, comercio informal, explotación de areneras y canteras, en el área urbana. El área rural se dedica a la agricultura y ganadería en menor escala. Tanto la industria como el comercio han sido actividades económicas representativas en el municipio por su trayectoria y participación en el crecimiento económico [31].

Bello cuenta con un área total de 142,36 Km² de los cuales 19,7 Km² son suelo urbano y 122,66 km² son suelo rural. Este valle está totalmente urbanizado en su parte plana, y muy ocupado en sus laderas. Al valle lo cruza el Río Medellín, el

cual corre en dirección sur-norte, y a lo largo de sus 70 kilómetros recibe en su recorrido el tributo de 57 quebradas.

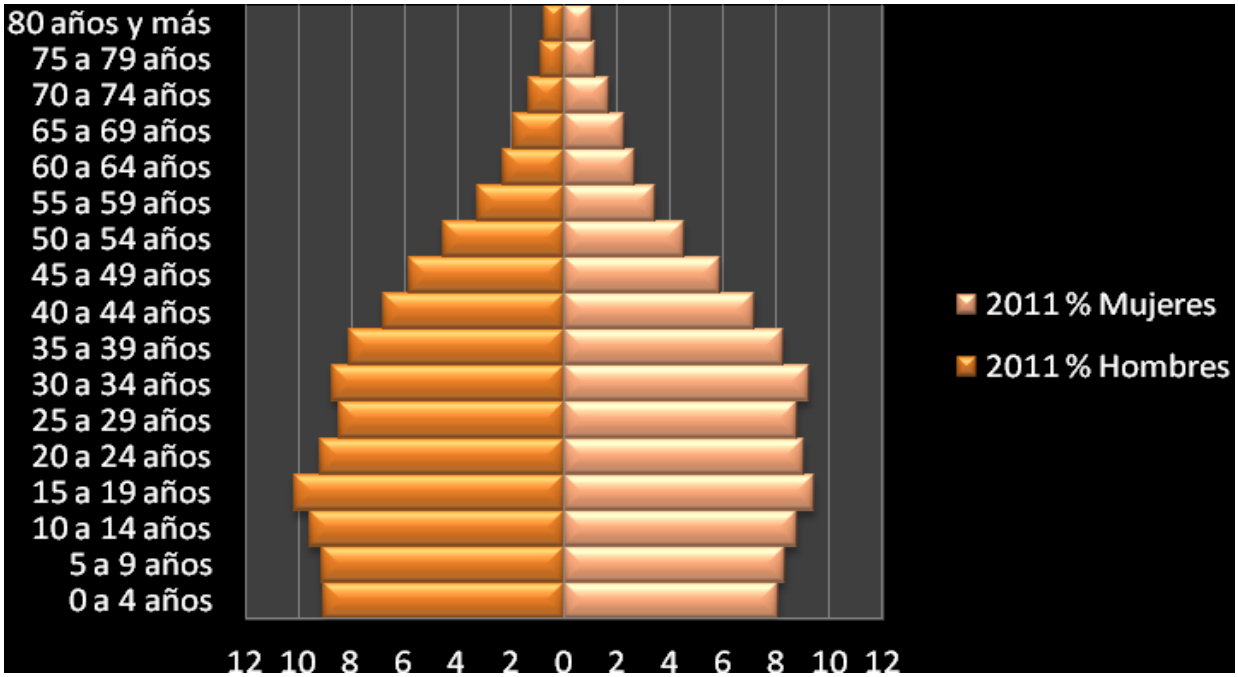
Topográficamente la parte urbana de la ciudad es un plano inclinado que desciende desde 1.600 a 1.400 metros de altura sobre el nivel del mar. Bello está en la parte norte del valle y las montañas que rodean a la ciudad sobrepasan los 2.500 metros de altura. El principal accidente topográfico es el Cerro Quitasol (montaña piramidal, de 2.880 metros de altura sobre el nivel del mar), ubicado al norte del municipio y considerado por su imponencia como el cerro tutelar de Bello [31].

Demografía De acuerdo con las cifras del DANE actualizado para el año 2011, Bello cuenta con 421.576 habitantes. En Tabla 1, se encuentran relacionados por grupos de edad y diferenciados por sexo, el total de la población del municipio de Bello, Antioquia.

Tabla 1.
Población total del municipio de Bello por grupos de edad y diferenciado por sexo. Año 2011

Grupos de edad	Hombres	Mujeres
0 a 4 años	18.409	17.619
5 a 9 años	18.635	18.147
10 a 14 años	19.444	19.129
15 a 19 años	20.619	20.519
20 a 24 años	18.735	19.723
25 a 29 años	17.240	19.160
30 a 34 años	17.822	20.167
35 a 39 años	16.460	17.984
40 a 44 años	13.855	15.674
45 a 49 años	11.882	12.859
50 a 54 años	9.290	9.895
55 a 59 años	6.681	7.565
60 a 64 años	4.698	5.825
65 a 69 años	3.853	4.973
70 a 74 años	2.746	3.722
75 a 79 años	1.787	2.637
80 años y más	1.509	2.313
Subtotal	203.665	217.911
TOTAL	**421.576**	

Grafica 6. La pirámide poblacional del Municipio de Bello para el año 2010



La pirámide poblacional del Municipio de Bello para el año 2010, según proyecciones del DANE ver Gráfica 6, es de tipo regresiva, ya que los niños y niñas son en cantidad menor que la población adulta, nos muestra además, cómo la población mayor de 80 años ocupa el rango inferior en cantidad de personas y a su vez cómo la población joven entre los 15 y 24 años de edad es la que predomina en número de personas tanto en hombres como en mujeres. El 47.1% de sus habitantes son hombres y el 52,9% mujeres. En cuanto a la tasa de alfabetismo, en la población mayor de 5 años de edad, es del 92.9% [31].

En cuanto a los servicios públicos tienen alta cobertura, ya que el 96,9% de las viviendas cuenta con servicio de energía eléctrica, el 96,4% tiene servicio de acueducto y el 91,4% cuenta con comunicación telefónica.

En el 2011 se realizó el levantamiento del diagnóstico de morbilidad sentida, en todo el municipio con muestra de la población objetivo obtenida mediante un muestreo probabilístico con diseño estratificado por conglomerados y polietapico en una población finita y representativa de cada de los estratos uno, dos y tres del municipio. El objetivo del estudio fue caracterizar la demanda de los servicios de salud de la población de 15 años y más, pertenecientes a los estratos uno, dos y

tres, residente del municipio de Bello, Antioquia en el año 2011. De donde se extraen los principales resultados que se presenta a continuación:

Según las cifras de la Gobernación de Antioquia basadas en la encuesta de Calidad de Vida 2004 el estrato socio-económico predominante en el municipio es el 2 (bajo) con el 39.3%, seguido por el estrato 3 (medio-bajo) con el 36.1% y el estrato 1 (bajo-bajo) con un 20.2%. En una menor proporción también están los estratos 4 (medio) y 5 (medio-alto) con un 4.3% y 0.1% respectivamente, que son principalmente viviendas campestres ubicadas en las veredas del municipio [31].

Área Rural: Se define el corregimiento de San Félix como la unidad político - administrativa de influencia rural en el municipio de Bello, que aglutina el conjunto de veredas localizadas en el Altiplano de Ovejas y áreas circunvecinas relacionadas entre sí socio - económica y culturalmente.

Área Urbana: El área urbana de Bello se divide en 11 comunas. Estas se dividen a su vez en barrios, sumando un total de 100. En el área rural hay un corregimiento y 15 veredas.

Estructura Organizacional de la Administración Municipal

Bello está regido por un sistema democrático basado en los procesos de descentralización administrativa generados por la Constitución Política de Colombia de 1991. A la ciudad la gobierna un Alcalde (poder ejecutivo) y un Concejo Municipal (poder legislativo).

El Alcalde de Bello es el jefe de gobierno y de la administración municipal, representando legal, judicial y extrajudicialmente al municipio. Es un cargo elegido por voto popular para un periodo de cuatro años. El actual alcalde es Carlos Muñoz López [31].

De acuerdo con el capítulo número 3 del Plan de Desarrollo del Municipio de Bello 2012-2015, encontramos un diagnóstico por líneas del municipio. Entre las cuales destacaremos específicamente la línea 1 Ciudad con calidad de vida:

SITUACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL MUNICIPIO DE BELLO, ANTIOQUIA

Nutrición: A continuación se relacionan algunas de las tablas facilitadas por la Dirección Local de Salud, del municipio de Bello, donde se encuentran clasificados nutricionalmente los niños y niñas del municipio durante el año 2011.

TABLA 2. CLASIFICACION NUTRICIONAL, SEGUN EL INDICADOR PESO/TALLA DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL MUNCIPIO DE BELLO 2011.

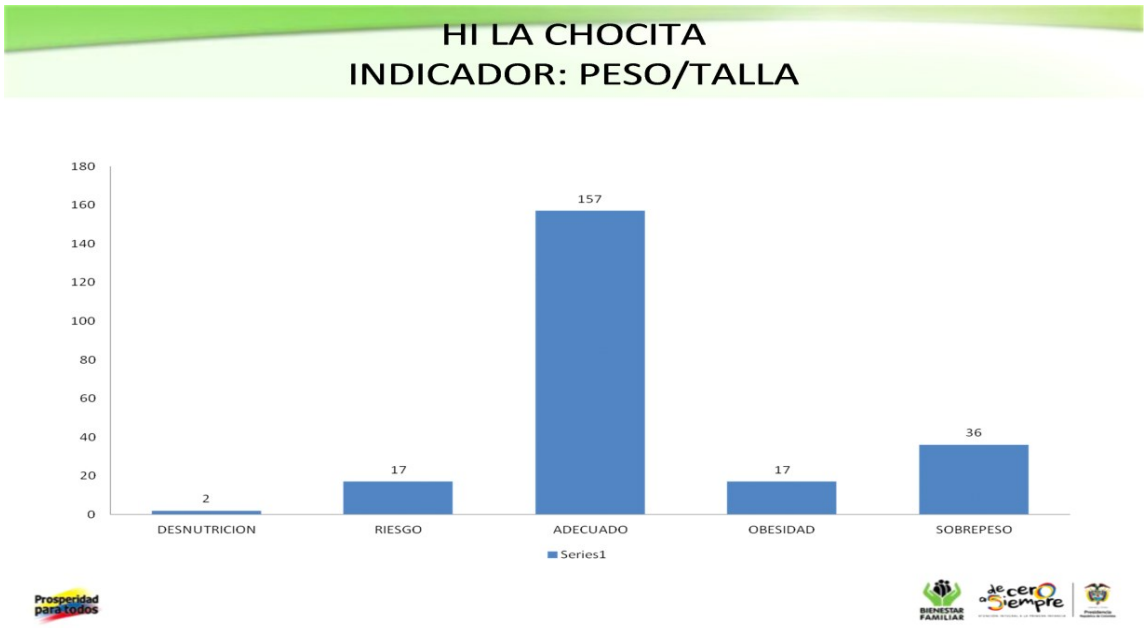
Obesidad		Sobrepeso		Peso adecuado para la talla		NIVEL DE RIESGO								Total	
						Riesgo peso bajo para la talla		Peso bajo para la talla		Peso muy bajo para la talla		Total Riesgo			
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
823	14.7	1016	18.1	3185	56.9	367	6.6	107	1.9	102	1.8	576	10.3	5600	100

En la tabla 2, se encuentran clasificados nutricionalmente según el Indicador Peso/Talla, 5600 niños y niñas menores de 5 años del municipio de Bello, quienes en total representarían al 15.5% de la población infantil de éste grupo de edad (menores de 5 años) encontrando que: el 14.7% de los niños y niñas presentan obesidad y el 18.1% presentan sobrepeso, es decir, 32.8% ó 1839 niños y niñas presenta malnutrición por exceso de peso; no alejados de la realidad que se experimenta en el Hogar Infantil La Chocita ver Gráfica 7, donde se encontró que el 23% de los niños y niñas beneficiarias del programa presentan también éste tipo de patologías.

A partir de la tabla 2, es necesario comentar que la otra realidad vivenciada en el municipio, según el Plan de Desarrollo 2012 - 2015, es que el 10.3% de los niños y niñas menores de 5 años presentan algún riesgo de desnutrición aguda, según los indicadores peso bajo para la talla (6.6%), peso bajo para la talla (1.9%) y peso muy bajo para la talla (1.8%).

Finalmente, se debe concientizar a la administración municipal pues según sus propias estadísticas tienen 2415 niños y niñas con serios problemas de malnutrición por exceso o déficit de peso, lo que los debe llevar a plantear estrategias a mediano plazo para mejorar el estado nutricional de su población infantil y con esto la calidad de vida de sus niños, niñas y familias.

Gráfica 7. ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL INDICADOR PESO/TALLA EN EL HOGAR INFANTIL LA CHOCITA, ICBF, CENTRO ZONAL ABURRA NORTE, MUNICIPIO DE BELLO 2012



Por otro lado, de acuerdo a los resultados del sistema de seguimiento nutricional implementado por el ICBF en los programas de atención a la primera infancia (específicamente en la modalidad de Hogares Infantiles) durante el año 2012, se hizo notorio el problema de sobrepeso y obesidad.

La gráfica 7, muestra según el indicador de Peso/Talla (el mismo indicador utilizado por la Dirección Local de Salud del municipio de Bello en la tabla 2), que de 229 niños y niñas valorados nutricionalmente en el Hogar Infantil La Chocita, 17 niños y niñas presentan obesidad, es decir un 7% y 36 presentan sobrepeso, es decir, el 16%, por lo tanto 23% de los niños y niñas beneficiarios del programa presentan malnutrición por exceso de peso. Comparativamente con los resultados del sistema de seguimiento nutricional en el primer semestre del año 2013, se encontró que la situación no ha presentado ningún cambio significativo ni positiva ni negativamente pues las estadísticas arrojan que: 7% de los niños y las niñas presentan obesidad y 17% sobrepeso.

A continuación se presenta la Tabla 3, en la que se ilustra como éste problema permanece a medida que los niños y niñas van aumentando su edad.

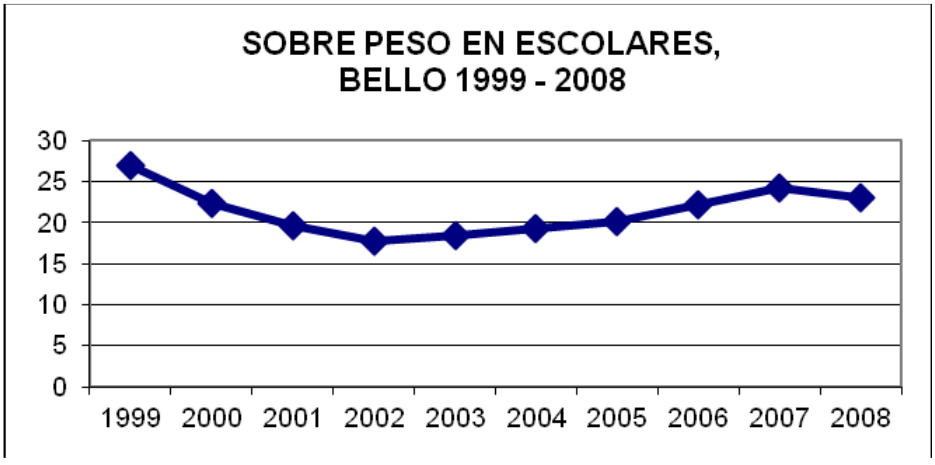
TABLA 3. CLASIFICACION NUTRICIONAL SEGUN EL INDICADOR INDICE DE MASA CORPORAL DE LOS NIÑOS DE 5 A 18 AÑOS DEL MUNCIPIO DE BELLO 2011.

Obesidad		Sobrepeso		IMC adecuada para la edad		NIVEL DE RIESGO						Total	
						Riesgo para la Delgadez		Delgadez		Total Riesgo			
No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
1420	12.6	1674	14.9	6249	55.7	1393	12.4	492	4.4	1885	16.8	11228	100

La clasificación nutricional según el indicador Índice de Masa Corporal IMC (ver tabla 3) de los niños y niñas con edades entre 5 y 18 años a pesar de que evidencia disminución en sus porcentajes (14.7% frente a 12.6% para Obesidad y 18.1% frente a 14.9% para sobrepeso) no se encuentran diferencias significativas.

Finalmente la gráfica 8, presenta la tendencia de sobrepeso en los escolares del municipio de Bello y se nota como a partir del año 2002 ésta tendencia a incrementado considerablemente.

Gráfica 8. Tendencia de sobrepeso en escolares. Municipio de Bello. 1999-2008



INDICADORES DE SALUD MUNICIPIO DE BELLO, ANTIOQUIA

Un aspecto fundamental para analizar el comportamiento de la salud, es el de aseguramiento, es decir, cuantas personas tienen acceso a la salud, ya sea por régimen contributivo o régimen subsidiado; para el primer caso, El porcentaje de afiliación al contributivo ha venido en aumento a expensas de oportunidades laborales y cobertura familiar, situándose en 2011 en 60,4% de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social; en lo que al régimen subsidiado se refiere, la cobertura alcanzó el 22,7%, logrando así una cobertura en salud para el 83% de la población del municipio, de manera que hay un 17% que no cuenta con la misma, siendo así más vulnerables y siendo potencialmente causantes de deterioro en los indicadores de salud municipales, pues no logran hacer parte de los programas de promoción y prevención [31].

Por su parte, la mortalidad infantil en el municipio de Bello en el año 2009, que es el último año para el cual existen estos datos consolidados por parte de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, se encontró por debajo de los niveles departamental y nacional, en 46% y 77% respectivamente en lo que se refiere a la tasa de mortalidad para menores de un año y, 70% y 82% en relación con la tasa de mortalidad infantil para menores de cinco años. Sin embargo hay que prestar atención a la evolución de algunos indicadores que han venido deteriorándose tales como cobertura en vacunación, después de un pico en la vacunación a menores de un año con DPT, en el año 2005, esta cayó para 2007, sin embargo a partir de ahí ha venido incrementándose año tras año, aunque aun no consigue los niveles anteriores, llegando en 2009 a 74%, esto podría deberse en parte a que la forma en que se desarrolla el proceso de vacunación ha cambiado. La vacunación con triple viral muestra un comportamiento muy similar al de la vacunación con DPT. Después de lograr una cobertura elevada en 2005, esta cae para el año 2007 y a partir de ahí comienza una lenta recuperación, hasta llegar al 80% en 2009 [31].

MATRIZ DOFA DEL HOGAR INFANTIL LA CHOCITA, INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR, CENTRO ZONAL ABURRA NORTE

2013

MATRIZ DOFA	
DEBILIDADES	**OPORTUNIDADES**
1. En el año 2013 el Hogar Infantil no fue tenido en cuenta por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para cualificar la atención de los niños y niñas, lo cual permitía la contratación de un equipo de profesionales del área psicosocial y nutricional que podrían brindar una atención más oportuna e integral a los niños y niñas. **2.** Actualmente la infraestructura física del Hogar Infantil La Chocita no permite ofrecer sus servicios a mayor número de usuarios.	**1.** Ampliación de la demanda del servicio por la construcción de unidades residenciales a sus alrededores. **2.** Reconocimiento a nivel nacional, regional y municipal por la calidad de la atención brindada a los niños y niñas usuarios. **3.** Vinculación de universidades y otras entidades con talento humano y cualificación del mismo. **4.** La ley 1098 de Infancia y Adolescencia garantiza la aplicación de las leyes que protegen los derechos de los niños y niñas. **5.** Participación de otras instancias, favoreciendo las alianzas estratégicas y activando las redes de apoyo, involucrando diferentes actores de la comunidad. **6.** Resaltar la labor del Hogar Infantil La Chocita frente a entidades como por ejemplo la Fundación Éxito para lograr cofinanciación.

AMENAZAS	FORTALEZAS
1. Por la ejecución de la Estrategia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar de Cero a Siempre, el hogar infantil podría ser administrado por un operador diferente a la Junta de padres de familia, afectando considerablemente el sentido de pertenencia de los padres de familia usuarios del programa. **2.** La existencia en el sector de Centros de Desarrollo Infantil CDI, en los cuales el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar subsidia la cuota de participación de los padres de familia, garantizando gratuidad en el servicio.	**1.** El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar garantiza el presupuesto básico para el funcionamiento y atención integral a los niños y niñas. **2.** Las tasas compensatorias de las familias usuarias, fortalecen el presupuesto para ofrecer ésta atención a los niños y niñas. **3.** Cuentan con la oportuna asesoría y asistencia técnica por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, lo que permite desarrollar todos sus componentes con mayor efectividad. **4.** Esta institución cuenta con una propuesta pedagógica direccionada especialmente a los niños, niñas y familias, permitiendo su crecimiento y desarrollo en todos los aspectos social, pedagógico, físico, nutricional, mental y espiritual. **5.** El Hogar infantil cuenta con un equipo de talento humano de gran experiencia en la atención integral de los niños y niñas. **6.** Se destaca la atención integral y personalizada que se brinda en el Hogar Infantil La Chocita para ser cualificado en el año 2014. **7.** Mantener sistematizada la información de los niños y niñas beneficiarios del programa.

Una de las recomendaciones al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que arrojará este proyecto será la postulación del hogar Infantil La Chocita, para cualificación de sus servicios en el año 2014, trayendo ésta acción múltiples beneficios para la atención integral de los niños y niñas beneficiarios de ésta modalidad de atención.

Durante este mismo año se recomienda gestionar aportes económicos con la empresa privada con el fin de mejorar del aporte nutricional de las minutas, material didáctico y dotación en general de la institución.

Frente a la amenaza que presenta el hogar infantil de ser administrado por un operador diferente a la Junta de padres de familia, se considera que la trayectoria, experiencia y solidez de 35 años, garantizan y respaldan de alguna manera que los hogares infantiles en general no pierdan su vigencia y status adquirido en la comunidad; y que siga siendo elegido como una de las mejores opciones que ofrece el medio para la atención integral de los niños y niñas menores de 6 años.

Frente a la debilidad que presenta el Hogar Infantil La Chocita, relacionada a la ampliación de su infraestructura física, se trasladaría como una oportunidad inminente de presentar un proyecto factible y viable frente a diferentes entes públicos y privados que permitan el crecimiento y la ampliación de sus instalaciones, favoreciendo con ello la ampliación de cobertura a un número mayor de niños y niñas.

Finalmente, mientras que la focalización de los hogares Infantiles está dirigida principalmente a niños y niñas cuyos padres presentan estabilidad laboral, los Centros de Desarrollo Integral CDI, deben focalizar sus usuarios entre la población más vulnerable de la comunidad como lo son los desplazados, familias con bajos puntajes del Sistema de Identificación de Beneficiarios SISBEN y los que se encuentran en la base de datos de Red Unidos, entre otros, siendo estos algunos requisitos indispensables para pertenecer al programa.

GENERALIDADES DE LA MODALIDAD: HOGARES INFANTILES DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Los Hogares Infantiles, son modalidades de atención del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, para la prestación del servicio público a las familias colombianas y garantizar los derechos de los niños y niñas mediante la corresponsabilidad, en los términos del artículo 44 de la Constitución Política, de los diferentes actores del Sistema Nacional de Bienestar Familiar [32].

Justificación y Antecedentes: Los Hogares Infantiles se crean mediante Ley 7ª de 1974 e inicialmente fueron llamados Centros de Atención al Preescolar (CAIP), anteriormente financiados con el 2% del valor de las nóminas mensuales de entidades públicas y privadas. Surgen como respuesta del Estado a la creciente demanda de protección y cuidado de los hijos e hijas de madres trabajadoras [32].

Las acciones de esta modalidad, están dirigidas a niños y niñas entre 6 meses y 4 años y 11 meses de edad, provenientes de familias con vulnerabilidad económica y social prioritariamente, a quienes por razones de trabajo y otras circunstancias comprobadas de sus padres o adultos responsables de su cuidado, permanecen solos temporalmente; hijos/as de familias en situación de desplazamiento forzado; niños/as [32].

El Objetivo General del programa es: Propiciar el desarrollo social, emocional y cognitivo de los niños menores de 6 años, prioritariamente los niños de familias con alta vulnerabilidad socioeconómica, a través de acciones que propicien el ejercicio de sus derechos con la participación activa, organizada y corresponsable de la familia, la comunidad, los entes territoriales, organizaciones comunitarias, empresas privadas, Cajas de Compensación y el Estado colombiano [32].

Entre los objetivos específicos del programa encontramos:

- Propiciar el desarrollo de los procesos psicológicos y de socialización de los niños menores de 6 años mediante actividades pedagógicas con ellos mismos, con la familia y con la comunidad.

- Garantizar en el servicio, la introducción adecuada de la alimentación complementaria a los niños a partir de los seis meses de edad y promoverla con sus familias y adultos responsables de su cuidado.

- Garantizar a los niños el suministro de alimentación inocua que aporte entre el 65 a 70% de las recomendaciones diarias de energía y nutrientes, según grupos de edad, para tiempo completo.

- Fomentar estilos de vida saludable que favorezcan la salud desde la primera infancia y en las siguientes etapas del ciclo vital, mediante el desarrollo de procesos formativos y la práctica de actividad física, hábitos alimentarios y del auto-cuidado.

- Mejorar prácticas de crianza mediante procesos de formación y capacitación a la familia alrededor del desarrollo infantil, partiendo de la comprensión de los niños como sujetos de derechos y seres humanos en formación.

- Apoyar el fortalecimiento de la unidad familiar y la función socializadora de la familia a través de los procesos educativos que favorezcan desarrollo de habilidades para la convivencia y la resolución pacífica de conflictos.

Consideramos por lo tanto que la infancia es un periodo de vida del ser humano que comprende los primeros años de vida, los cuales son fundamentales para el desarrollo del infante. En ésta época se desarrollan las capacidades de pensar, hablar, aprender a razonar, formando los fundamentos de los valores y comportamientos que les acompañan en la vida adulta.

Es así como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a través del liderazgo de sus programas de prevención, impulsa estrategias, programas y acciones encaminadas a cumplir con este objetivo nacional en diferentes entornos como son: hogares comunitarios, hogares infantiles, centros de desarrollo infantil entre otros [32].

METODOLOGIA

Se adoptó la metodología de planificación de proyectos orientada por objetivos – ZOPP- complementada con los lineamientos de la planificación estratégica.

En la fase de diseño, la definición de la idea partió de la problemática visualizada en el Hogar Infantil seleccionado, identificado el problema y la intencionalidad, se pasó a la definición del perfil de la propuesta y el análisis de las posibilidades reales de desarrollo del proyecto. A partir de éste análisis fue posible pasar al diseño del plan, proceso que se basó en los planteamientos conceptuales y metodológicos de la planificación.

De esta manera se realizó una revisión bibliográfica de las estadísticas y estudios relacionados con la obesidad infantil a nivel mundial, nacional, departamental, municipal e institucional. Para ésta, la información fue obtenida a partir de la búsqueda en la base de datos Google, cuyas palabras claves fueron: Obesidad infantil, sobrepeso, pediatría, tratamiento del sobrepeso, obesity children, Organización Mundial de Salud, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Plan de Desarrollo Municipal de Bello entre otras.

Una vez finalizado el marco teórico y legal del proyecto, fue necesario priorizar una causa directa de ésta patología susceptible de múltiples intervenciones por parte de diversos actores; Para estructurar ésta intervención se partió del análisis de la situación esto es:

- Análisis del problema, ubicando la situación en el contexto general, particular y singular, que basado en datos e información sobre la problemática, representaron el soporte para la elaboración del árbol de problemas (ver anexo 1).

- El análisis del problema se complementó y realimentó con el análisis de involucrados para obtener una aproximación frente a la viabilidad de la propuesta.

- Partiendo del árbol de problemas se construye el árbol de soluciones (ver anexo 2), y con éste se establecieron los objetivos específicos del proyecto y los productos finales esperados.

Con los insumos anteriores, fue posible pasar al diseño del proyecto, utilizando como instrumento fundamental la matriz del marco lógico, en la que los problemas específicos identificados como causas directas del problema, se trasladaron en términos de productos finales esperados y, estos a su vez, en términos de acciones específicas, que corresponden a los objetivos específicos del proyecto. Para cada producto final, se describieron los productos intermedios con sus respectivos indicadores de logro y medios de verificación, así como los responsables y los supuestos que deben ser tenidos en cuenta para que el éxito sea posible. (ver anexo 3).

Cada uno de los productos intermedios será desagregado en las tareas específicas que deben cumplirse y desde allí, se alistan los recursos requeridos para garantizar su desarrollo. Estos elementos, fueron utilizados como insumos para establecer los costos (ver Tabla 4 y Tabla 5) y el cronograma de actividades (ver Tabla 6).

ANALISIS DE FACTIBILIDAD

Teniendo en cuenta el componente técnico, consideramos que este proyecto es factible porque contamos con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, el Hogar Infantil La Chocita y el Centro Oncológico de Antioquia, quienes aunaran esfuerzos para brindar apoyo incondicional al proyecto en talento humano, materiales, equipos tecnológicos, software, entre otros.

Además contamos con dos integrantes del proyecto que laboran en el ICBF y un integrante que labora en el Centro Oncológico de Antioquia quienes desinteresadamente aportarán sus conocimientos profesionales para ser incorporados en el presente proyecto.

En cuanto a la Factibilidad Económica, se considera que no se requiere de grandes inversiones económicas, ya que como hemos dicho el proyecto se realizará en el hogar infantil La Chocita quienes también se unirán y participarán activamente del proyecto, ofreciendo sus instalaciones físicas, material didáctico, muebles, enseres, equipos de oficina y el recurso humano con el que actualmente cuentan; Es por ello, que dentro de la factibilidad económica el proyecto es viable para su realización.

Teniendo en cuenta la Factibilidad Administrativa, el proyecto también es factible, porque está enfocado u orientado hacia las políticas del estado en lo referente a la atención en el sistema de salud y a la atención integral de los niños y niñas, al igual que con las políticas del Plan Decenal de Salud Pública y Políticas de la niñez.

Por último el proyecto busca crear un modelo replicable en otras instituciones que brinden atención integral a la primera infancia y que tengan diagnósticos nutricionales similares a los encontrados en el Hogar Infantil La Chocita, mediante implementación de hábitos alimentarios saludables que redundaran en el mejoramiento de la calidad de vida de los niños, niñas y sus familias habitantes de nuestra sociedad.

ANALISIS DE VIABILIDAD

Como ya se ha mencionado la Organización Mundial de la Salud OMS, destaca que el aumento del sobrepeso y la obesidad en todo el mundo es uno de los principales desafíos para la salud pública, agrega que "Personas de todas las edades y condiciones se enfrentan a este tipo de malnutrición". [3] Este es un problema que por su impacto directo sobre la población infantil y sus repercusiones en el desarrollo de las comunidades, interesa de manera especial a los diferentes actores que se encuentran involucrados de manera directa o indirecta en él.

Los principales interesados en encontrar una solución real, son las familias usuarias del programa, que están siempre en la búsqueda de satisfactores a su necesidad de mejorar sus condiciones y calidad de vida, de allí que deban ser considerados no solo como familias usuarias sino como actores claves en las fases de formulación y ejecución del proyecto, desde procesos de sensibilización hasta implementación de estrategias de educación.

A una comunidad sensibilizada y motivada por hacer parte del proyecto debe sumarse, la aceptación política y administrativa que éste tiene, por cuanto contamos con la aprobación y apoyo incondicional de la Directora y la junta de padres de familia del Hogar Infantil La Chocita (ver anexo 4), quienes son respectivamente la coordinadora y entidad administradora de la Institución; los cuales son conscientes que el proyecto busca posicionar la Entidad como líder y pionera en el planteamiento y aplicación de estrategias multidisciplinarias e innovadoras, que buscan sensibilizar a los diferentes actores frente a dicha problemática. Por otro lado al contar con el apoyo de la Dirección de la Institución, podemos decir, que tenemos viabilidad administrativa por cuanto contamos con las instalaciones físicas y el talento humano de la institución.

Además es viable porque el proyecto se encuentra enmarcado en la Política Nacional de Primera Infancia, Ley 1355 de 2009, Ley 1098 de 2006, Guías alimentarias para la población Colombiana, Lineamientos técnico administrativos de la modalidad integral para la atención de la primera infancia Hogares Infantiles del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Objetivos del Milenio, Plan Decenal de Salud Pública y el Plan de Desarrollo Municipal de Bello.

TABLA 4. PRESUPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO

(Cálculo realizado para un periodo de 12 meses año 2013)

RUBRO	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	COFINANCIACIÓN		
					ICBF	Hogar Infantil	Empresa Privada
Talento Humano							
Profesional en Nutrición y Dietética	Por horas 80 horas al mes	2	8.750	16.800.000	*		
Profesional en Administración	Por horas 80 horas al mes	1	8.750	8.400.000	*		
Digitador	Por obra/ actividad	1	600.000	1.200.000			X
Materiales y Equipo							
Equipo de Computo	Equipo Completo	2	2.000.000	4.000.000	X		
Impresora	Maquina	1	400.000	400.000	X		
Papelería	Resma	3	10.000	30.000		X	
Equipo de escritorio	Kit Completo	2	500.000	1.000.000	X		
Infraestructura							
Oficina	Espacio	1	400.000	400.000		X	
Software	Licencia	1	1.500.000	1.500.000	X		
Imprevistos				2.000.000			X

*Estos aportes son donados por los profesionales autores del proyecto.

Total de aportes ICBF	$ 6.930.000
Total de aportes donados por los profesionales	$25.200.000
Total de aportes Hogar Infantil	$ 430.000
Total de aportes Empresa Privada	$ 3.200.000
Valor general del proyecto	**$ 35.760.000**

Para la elaboración del proyecto se contó con los siguientes recursos:

TALENTO HUMANOS, INSTALACIONES Y EQUIPOS:

1. Dos (2) profesionales Nutricionistas Dietistas: Para efectos de cálculo se efectuó teniendo en cuenta que ambas profesionales dedicaron en promedio 12 horas de lunes a viernes y 8 horas los días sábados para un total 20 horas semanales y 80 horas mensuales, durante 12 meses así: 2 profesionales X 80 horas mensuales X 12 meses X $8750 valor de la hora del profesional, es decir que ésta gestión está valorada en $16.800.000 millones de pesos. **(estos honorarios son por cuenta de los encargados del proyecto a honoris causa).**

2. Un (1) profesional en Administrador de empresas: Este cálculo se realizó teniendo en cuenta que el profesional dedicó en promedio 12 horas de lunes a viernes y 8 horas los días sábados, es importante aclarar que ésta gestión está valorada en $8.400.000 millones de pesos. **(estos honorarios son por cuenta de los encargados del proyecto a honoris causa).**

3. Un (1) digitador, quien será contratado por obra o actividad y es el encargado de digitar la información requerida dentro del proyecto (este servicio fue aportado directamente por la empresa privada Centro Oncológico de Antioquia COA) y es valorado en $1.200.000 millones de pesos.

4. Tanto el equipo de computo como el equipo de escritorio, la impresora y el software, son implementos que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar facilitará a sus servidoras públicas para la elaboración de éste proyecto. Por su parte el Hogar Infantil La Chocita suministrará sus instalaciones físicas y papelería necesaria para la elaboración del proyecto.

5. Finalmente la elaboración de éste proyecto tiene un **costo total de $10.560.000 millones de pesos**, de los cuales el **100% serán financiados** por las tres entidades involucradas Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Hogar Infantil La Chocita y Centro Oncológico de Antioquia COA.

TABLA 5. PRESUPUESTO PARA LA EJECUCIÓN DEL PROYECTO

(Cálculo realizado para un periodo de 11 meses, periodo de funcionamiento del Hogar Infantil)

Rubro	Unidad	Cantidad	Costo Unitario	Costo Total	COFINANCIACIÓN		
					ICBF	Hogar Infantil	Empresa Privada
Talento Humano							
Profesional en Nutrición y Dietética	Por horas 40 horas al mes	2	8.750	7.700.000	*		
Profesional en Administración	Por horas 40 horas al mes	1	8.750	3.850.000	*		
Secretaria	Vinculación Tiempo Completo	1	800.000	8.800.000		X	
Agentes Educativas y/o Docentes	Vinculación Tiempo Completo	3	750.000	24.750.000		X	
Auxiliares Pedagógicas	Vinculación Tiempo completo	5	590.000	32.450.000		X	
Auxiliares de Servicios Generales	Vinculación Tiempo completo	2	590.000	12.980.000		X	
Auxiliares Servicio de Alimentación	Vinculación Tiempo	2	590.000	12.980.000		X	
Componente de Alimentación	De acuerdo a la minuta patrón del ICBF	Completa	2.200 día	110.880.000	X		
Equipo interdisciplinario para el ciclo de capacitaciones	Por obra / actividad	12	100.000	1.200.000			X
MATERIALES Y EQUIPO							
Material didáctico y Educativo/año				5.000.000	X		

Equipo de Computo	Equipo Completo	2	2.000.000	4.000.000	X		
Impresora	Maquina	1	400.000	400.000	X		
Papelería	Resma	3	10.000	30.000			X
Equipo de escritorio	Kit Completo	2	500.000	1.000.000	X		
INFRAESTRUCTURA							
Oficina	Espacio	1	400.000	400.000		X	
DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN							
Plegable	Valor plegable	660	1.000	660.000			X
Cartilla Pedagógica	Valor Cartilla	250	5.000	1.250.000			X
Refrigerios Padres de familia	Encuentro mensual	150	1.500	2.475.000			X
Imprevistos				2.000.000		X	

Total de aportes ICBF	$ 121.280.000
Total de aportes Hogar Infantil	$ 94.360.000
Total de aportes Empresa Privada	$ 5.615.000
Valor general del proyecto	**$ 221.255.000**
Total aportes donados por los profesionales	**$ 11.550.000**
Costo real del proyecto	**$ 7.615.000**

Para la ejecución del proyecto se requieren los siguientes recursos:

TALENTO HUMANO:

1. Dos (2) profesionales Nutricionistas Dietistas: Para efectos de cálculo se efectuó teniendo en cuenta que ambas profesionales dedicaron en promedio 10 horas semanales para un total de 40 horas mensuales, durante 11 meses así: 2 profesionales X 40 horas mensuales X 11 meses X $8750 valor de la hora del profesional, es decir que ésta gestión está valorada en $7.700.000 millones de pesos. **(recordemos que estos honorarios son por cuenta de los encargados del proyecto a honoris causa).**

2. Un (1) profesional en Administrador de empresas: Este cálculo se realizó exactamente igual que el de las nutricionistas, teniendo en cuenta que el profesional dedicó en promedio 10 horas semanales para un total de 40 horas mensuales **(estos honorarios son por cuenta de los encargados del proyecto a honoris causa),** es importante aclarar que ésta gestión está valorada en $3.850.000 millones de pesos.

3. El personal con el que cuenta el proyecto es facilitado por el Hogar Infantil en los horarios habituales de funcionamiento del mismo; Entre estos se encuentran: Agentes educativos, auxiliares pedagógicas, auxiliares de servicios generales, secretaria y las auxiliares del servicio de alimentación, quienes son los encargados de brindar la atención integral a los niños y niñas, además previamente capacitados estarán disponibles para apoyar las actividades programadas orientadas a cumplir con los objetivos del proyecto. Los honorarios de este recurso humano estará por cuenta del Hogar Infantil quienes actualmente ya cuentan con el recurso asignado por el ICBF, mediante contrato con la asociación de padres de familia como entidad administradora.

4. COMPONENTE DE ALIMENTACIÓN: El aporte nutricional de la alimentación para los niños y niñas que asisten al Hogar Infantil en jornada completa, debe cubrir diariamente entre 65 a 70% de las recomendaciones diarias de energía y nutrientes según grupos de edad y de acuerdo con lo definido en las minutas patrón que se constituyen en los estándares de alimentación. Para cumplir con este aporte es necesario el suministro de:

   _ Un desayuno o primer consumo en la mañana.
   _ Almuerzo

_ Un refrigerio en la tarde

En relación con la distribución del valor nutricional para los niños hasta los tres años, se estableció un 56% para carbohidratos, 33% para grasas y 11% proteínas y para los niños de 4 a 5 años un 60, 28, y 12% respectivamente, con base en las recomendaciones establecidas en las guías de alimentación para la población colombiana.

Minuta Patrón: Para cumplir con el aporte de calorías y nutrientes establecido, es necesario planificar la alimentación mediante el establecimiento de una minuta patrón, para cada uno de los grupos de edad de los niños usuarios del servicio. Para facilitar su aplicación se debe elaborar un menú modelo y en los casos en que sea necesario elaborar ciclos de minutas.

5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PEDAGÓGICA VALORADA EN $7.615.000 MILLONES DE PESOS (COSTO REAL DEL PROYECTO):

Áreas de intervención: De acuerdo a los Lineamientos Técnicos del ICBF para el programa Hogares Infantiles, una de las áreas de intervención debe ser la **Formación, organización y participación de la familia y adultos comprometidos en las acciones con los niños,** para que mediante procesos de capacitación, de planeación, realización y evaluación de actividades pedagógicas los padres y adultos comprendan su papel dentro del desarrollo infantil, modifiquen sus relaciones y las que establecen con los niños, de manera que con una nueva imagen de la infancia asuman la responsabilidad en el desarrollo infantil. Se trata de trascender la atención al interior de las instalaciones del Hogar Infantil, ampliándola al medio familiar, proyectándola al medio comunitario en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida, por lo tanto uno de los objetivos de nuestro proyecto apuntará a reforzar dicha área de intervención [32].

Relacionando los principios pedagógicos suministrados por los Lineamientos Técnicos del ICBF para ésta modalidad, acordamos en este proyecto resaltar uno de los más importantes que es: **Propiciar la investigación, conocimiento y transformación de la vida familiar y comunitaria** para que el niño se identifique con su medio, valore sus costumbres, se sienta orgulloso de pertenecer a su familia y a su comunidad, conozca el medio natural que lo rodea, sus paisajes, sus cultivos, aprenda a disfrutarlos y a conservarlos [32].

Para que las actividades sean realmente pedagógicas, deben tener, una **intencionalidad formativa** como seres humanos, lo cual significa impulsar aquellos procesos que fomentan valores como la solidaridad, el respeto, la cooperación, el amor, la lealtad e incluir procesos de aprendizaje significativos, es decir, que la actividad interese porque “dice algo” de la vida y “sirve” para el quehacer cotidiano, y desarrollarse en un ambiente lúdico, que posibilite la autoexpresión, el autoconocimiento, la exploración, la experimentación que conllevan a conocerse a sí mismo, a los demás y a formar conceptos sobre el mundo.

En este sentido, recogemos los desarrollos de la psicología y la pedagogía, y reconocemos que en la primera infancia, lo lúdico es fundamental para el desarrollo infantil, es por ello que nuestro proyecto tendrá un componente lúdico-educativo, ya que éste ambiente es el que garantiza un verdadero aprendizaje.

Las actividades programadas a realizar con los niños y niñas estarán relacionadas con aspectos nutricionales, de salud, hábitos alimentarios adecuados, actividad física, sedentarismo, utilización del tiempo libre entre otros. Estas capacitaciones estarán debidamente planeadas, permitiendo prever materiales, espacios y tiempos que se requieren para trabajar con los niños, niñas y adultos involucrados en el proceso de socialización infantil.

Manejo del tiempo: La organización pedagógica en el tiempo y en el espacio de las actividades con los niños se denomina **Momento Pedagógico.**

Los momentos pedagógicos son flexibles, se deben ajustar al nivel de desarrollo de los niños, al grado de funcionamiento como grupo infantil, a sus necesidades e intereses. Es importante resaltar que cada jornada pedagógica diaria tiene un momento de apertura **“Bienvenida”** y otro de cierre **“Vamos a casa”** [32].

A continuación se mencionan los momentos pedagógicos para los niños mayores de dos años, resaltando su intención y sentido:

La Bienvenida es el momento pedagógico durante el cual los niños tienen la oportunidad de vivir con alegría el reencuentro con sus compañeros. Es una puesta en común de las necesidades, de los intereses, de las cosas

que centran la atención de los niños y que deben convertirse en el contenido de las actividades [32].

La jornada se debe cerrar con el momento ***Vamos a Casa*** durante el cual los niños, a partir del recuento de las actividades del día, evalúan la jornada: cómo se sintieron, cómo participaron, cómo va el trabajo del grupo y qué queda pendiente.

En el momento ***Vamos a Explorar*** se deben crear las condiciones para que los niños comiencen a profundizar sobre los objetos y sus propiedades, se interesen por investigar, se hagan preguntas y encuentren respuestas a los fenómenos físicos y naturales y exploren su medio socio-cultural, familiar y comunitario vinculándolos a la investigación y participación de eventos cotidianos y celebraciones especiales [32].

El ***Vamos a Crear*** es el momento pedagógico dedicado a fomentar la capacidad creativa y de expresión a través de diferentes técnicas manuales. Es el momento que le permite al grupo comunicar y expresar a través de las diferentes formas de representación gráfica y artística lo que ha vivido, explorado, imaginado o lo que necesita para desarrollar las actividades que han decidido como grupo [32].

El ***Vamos a Jugar*** es un momento de relación intensa entre los niños, que les permite el desarrollo de la imaginación y el acatamiento y creación de normas y reglas.

El momento pedagógico propicio para realizar algunas de las estrategias planteadas dentro del proyecto con los niños y niñas del Hogar Infantil es el de ***Vamos a Comer*** importante para impulsar los hábitos culturales alimentarios y el disfrute de la comida, como una relación socia**l** en grupo; se propician allí también hábitos higiénicos, de salud, de comportamiento en la mesa y la responsabilidad en el arreglo y aseo del sitio y en la distribución de los implementos y utensilios [32].

Las acciones de **alimentación, salud y nutrición**, requieren del concurso de los adultos vinculados al Hogar Infantil, la familia, la comunidad y de las entidades gubernamentales y no gubernamentales.

A nivel individual, se debe fomentar el autocuidado de los niños, desde la primera infancia, buscando desarrollar aptitudes personales relacionadas con los estilos de vida mediante la vivencia en entornos saludables.

Comprende no solo comportamientos reconocidos como saludables, como el **ejercicio físico**, la alimentación sana y la ausencia de consumo de sustancias dañinas, sino también desarrollar otras actitudes como la tolerancia, la solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, la participación y demás elementos que inciden en la vida colectiva saludable.

A nivel familiar, se deben promover acciones de capacitación y orientación a padres de familia, dirigidas a mejorar la situación nutricional y alimentaria de los niños y sus familias, en especial lo relacionado con la vinculación de los niños a través de sus familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), y el respeto a los derechos y a la socialización de los niños.

Las acciones de capacitación y formación, están dirigidas a mejorar las relaciones entre los padres y otros adultos con los niños enriqueciendo las prácticas de crianza a partir de la comprensión de las características del desarrollo infantil, buscando fortalecer los vínculos afectivos y el papel protector de la familia.

Será un equipo interdisciplinario de profesionales quienes en un ciclo de capacitaciones de 12 en total realizarán un proceso de formación a las familias que se reúnen periódicamente, mínimo cada dos meses según los lineamientos, sin embargo para la ejecución del proyecto se planteó un ciclo de 12 temáticas, las cuales serán programadas mensualmente; Los refrigerios para cada capacitación serán orientados a complementar lo expuesto en la conferencia alimentación variada, balanceada y equilibrada.

ELEMENTOS DE DIFUSIÓN Y COMUNICACIÓN: Se tienen proyectado la elaboración de cartillas y plegables con información de apoyo que reforzaran conceptos trabajados en el ciclo de capacitaciones programado; estos elementos serán donados por la empresa privada COA.

Por otro lado **la Formación y capacitación al personal del Hogar Infantil** girará alrededor de los núcleos temáticos que surgen de la operacionalización de todos los componentes de la modalidad, del proyecto pedagógico educativo comunitario, de la concepción del desarrollo infantil, así como de los lineamientos técnicos del ICBF.

6. **EQUIPOS, MUEBLES Y ENSERES:** Tanto los equipos de computo (2) como los equipos de escritorio completamente dotados con elementos de oficina (2), la impresora (1) y el software, son implementos que el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar facilitará a sus servidoras públicas para la ejecución de éste proyecto. Al igual que en la primera fase (elaboración del proyecto) el Hogar Infantil La Chocita suministrará también sus instalaciones físicas, oficina, papelería, enseres y muebles que sean necesarios para la ejecución del mismo.

7. En la ejecución del proyecto se aprovechará el material didáctico -educativo con el que cuentan en la institución, éste será comprado con dineros suministrados por el ICBF al Hogar Infantil. Los materiales son esenciales para realizar las actividades y deben organizarse para ser utilizados en cada espacio lúdico. Aquí es importante recordar que los materiales pedagógicos, los juguetes no tienen valor en sí mismos, cobran su dimensión cuando se introducen como soporte de lo lúdico y dentro de la dinámica del juego, permiten la creatividad, la imaginación, la fantasía. Y para que esto sea una realidad se requiere que los adultos comprendan lo que significa lo lúdico dentro del desarrollo infantil y asuman un comportamiento que respete e impulse la libertad y la creatividad infantil, reconozcan sus intereses y necesidades, respeten las diferencias individuales, le den la importancia que tiene la interacción entre los niños y reconozcan plenamente su papel como agentes de socialización.

8. La elaboración de éste proyecto tiene un costo total de $232.805.000 millones de pesos, de los cuales el 5% serán donados por los profesionales líderes del proyecto, El ICBF y el Hogar Infantil La Chocita cubrirán el 93% y la Empresa Privada representada en el Centro Oncológico de Antioquia COA financiará el 2% restante.

9. Finalmente se considera que el costo del proyecto no es alto si se tienen en cuenta las bondades del mismo, las cuales se estarían monitoreando semestralmente, buscando la reducción del sobrepeso y la obesidad en un 50% finalizando el año 2014.

TABLA 9. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	Oct 2012	Nov 2012	Mar 2013	Abr 2013	May 2013	Jun 2013	Julio 2013	Agos 2013	Sept 2013	Oct 2013	Nov 2013	RESPONSABLE
Selección del Tema	X											Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Aprobación de la idea Inicial del trabajo de grado		X										Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Asistencia asesoría sobre el trabajo de grado	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	Juan José Acosta Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Búsqueda De referencias bibliográficas	x	x	x	x	x	x	x	x	X			Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Construcción del árbol de problemas		X	X	X				X				Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Construcción del árbol de soluciones			X	X	X			X				Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Estructuración del Marco Legal del proyecto				X	X	X						Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Estructuración de los contenidos del proyecto	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Socialización del proyecto											X	Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel
Ejecución del Proyecto FEB-DIC /2014												Gloria Mejía Lisbey López Luis Hernán Ángel

ASPECTOS ETICOS

En el presente proyecto se tuvieron en cuenta valores que orienten hacia la armonía con todos los actores involucrados, evitando entrar en conflictos. Así:

- **Privacidad:** se debe garantizar la privacidad, confidencialidad y anonimato de los niños, niñas y familias involucradas en el presente proyecto.

- **Coerción:** No se debe obligar o forzar verbal o por medio de pagos a personas que puedan participar en el presente proyecto.

- **Consentimiento escrito:** Mediante carta escrita firmada por la Directora del hogar infantil, donde se nos permite hacer el presente proyecto como mecanismo para garantizar el anonimato de los participantes y las buenas intenciones del mismo.

- **Hacer lo correcto:** según lo establece el código de ética de cada uno de los profesionales que intervienen en el proyecto.

CONCLUSIONES

1. Para concluir se reconoce que la salud es un derecho, un producto social y un factor de desarrollo económico y social que requiere del compromiso de todos los sectores, con la corresponsabilidad de cada individuo para lograr mejor calidad de vida en una población.

2. Colombia es un país cuya población presenta actualmente malnutrición, es decir, tanto déficit como exceso de peso en los diferentes grupos poblacionales; ésta malnutrición se manifiesta en forma diversa según las distintas variables socioeconómicas o geográficas. En los niños se observan mayores problemas de retraso en talla y bajo peso para la edad en especial en aquellos que han tenido bajo peso y baja longitud al nacer, en los clasificados en los niveles del SISBEN 1 y 2, en niños de madres con menor grado de educación, en residentes del área rural y en las regiones atlántica, Amazonía, Orinoquía y Pacífica; sin embargo, son ellos quienes también presentan mayores problemas de exceso de peso.

3. La obesidad tiene consecuencias físicas y emocionales, por lo tanto el camino correcto a seguir en el 95% de los casos, sería mediante un cambio del estilo de vida y los hábitos alimentarios del niño y su familia.

4. La obesidad infantil implica un problema de salud pública, dado que afecta negativamente la formación de tales posibilidades en los niños y las niñas que la padecen, todo esto repercute no solo en su calidad de vida, y en el desarrollo de su contexto más próximo, sino también en el desarrollo de la comunidad en su conjunto, por lo cual se estima conveniente invertir en políticas públicas dirigidas a contrarrestar ésta y otras problemáticas presentes en la población infantil.

5. Los resultados demostrados por la Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2010, indican que se debe aprovechar la normatividad existente en el país (Política de Seguridad Alimentaria, Ley de Obesidad, Guías Alimentarias para la población colombiana) para fortalecer en éste caso, dentro del municipio de Bello, las intervenciones desde los diferentes sectores, organizaciones no gubernamentales y sector privado, a fin de mejorar los estilos de vida saludables relacionados con el fomento del consumo de dietas saludables, realización de actividad

física regular y mejoramiento del estado nutricional y de salud de la población a lo largo del ciclo vital humano.

6. Mejorar la alimentación de la población infantil mejoraría su salud y bienestar, contribuyendo a la reducción del riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta y al mismo tiempo en su aprendizaje educacional.

7. En el Hogar Infantil existe una prevalencia del sobrepeso incluso mayor a la de bajo peso, que nos obliga a promover estrategias que permitan a los niños y niñas evitar un problema de mayor magnitud en un futuro cercano, de ahí que uno de los grandes retos es reorientar la educación y culturizar a los actores involucrados, a fin de concientizar y posesionar unos mejores hábitos alimentarios que puedan hacerle frente a esta problemática.

8. Algunos de los tips para promover una vida saludable son: la utilización de un sueño reparador, aumento de actividad física, aumento de consumo de frutas y verduras, disminución del consumo tanto de alimentos hipercalóricos como de bebidas azucaradas.

9. Las elecciones de los niños, su dieta y el hábito de realizar actividades físicas dependen del entorno que les rodea. OMS, 2013, de ahí que el reto que tiene el hogar infantil La Chocita, es la de contribuir a mantener un peso saludable con los recursos con que contamos en nuestra región.

10. La actividad física se debe ejercer a lo largo de la vida, de ahí que se debe incentivar a los niños y niñas menores de 6 años a realizar como mínimo 90 minutos de actividad física entre moderada y vigorosa todos los días. La forma más sencilla de realizar Actividad Física en la primera infancia es a través del juego, este debe incluir patrones motores básicos como trepar, correr, saltar entre otros.

11. «La buena gobernanza que asegure la transparencia, la responsabilidad y el estado de derecho, que es esencial para el acceso a los alimentos y unos niveles de vida más elevados; el compromiso político de alto nivel, la coherencia en la elaboración de políticas en los países, pero también en los planos mundial y regional, así como en el establecimiento de prioridades

respecto a los mecanismos de financiación para hacer frente al hambre, la malnutrición y la inseguridad alimentaria, prestando especial atención a las poblaciones más vulnerables que padecen inseguridad alimentaria; la guerra, el conflicto, la falta de seguridad y la inestabilidad política» Adaptado de marco estratégico mundial para la seguridad alimentaria y la nutrición. Comité de Seguridad Alimentaria Mundial. Mayo de 2012

RECOMENDACIONES

- Contar con un Plan de formación, cuidado y atención integral a los niños y niñas, donde se incluyan actividades que integren aspectos de alimentación, salud, nutrición, y actividad física; acciones encaminadas a la socialización y desarrollo psicosocial del niño/a, al fortalecimiento de las relaciones en su medio infantil, familiar y comunitario y a construir valores que le permitan ubicarse y desenvolverse en un ambiente humano, que le facilite vivir plenamente su infancia.

- Dicho plan también debe contemplar la formación, organización y participación de la familia y adultos comprometidos en las acciones con los niños y niñas, para que mediante procesos de capacitación, planeación, realización y evaluación de actividades pedagógicas, los padres, madres y adultos comprendan su papel dentro del desarrollo infantil, modifiquen sus relaciones y las que establecen con los niños/as, de manera que con una nueva imagen de la infancia asuman la responsabilidad en el desarrollo infantil.

- Trascender la atención integral de los niños y niñas al interior de las instalaciones del Hogar Infantil, ampliándola al medio familiar y proyectándola al medio comunitario en la búsqueda del mejoramiento de las condiciones de vida.

- Formación y capacitación a agentes educativos. La formación y actualización del personal que labora en los Hogares Infantiles es un requisito indispensable para el desarrollo de la modalidad y debe girar alrededor de los núcleos temáticos que surgen de la operacionalización de todos los componentes de la modalidad, del proyecto pedagógico educativo comunitario, de la concepción del desarrollo infantil, así como de los lineamientos técnicos.

- Promocionar el transporte activo, la actividad física diaria en diferentes espacios, el mantenimiento y mejora del uso de los equipamientos deportivos escolares, así como la promoción de actividades complementarias y actividades extraescolares.

- Basados en el artículo 9 de la Ley 1355 del 14 de Octubre de 2009. En aras de buscar una dieta balanceada y saludable el Ministerio de la Protección

Social, establecerá los mecanismos para evitar el exceso o deficiencia en los contenidos, cantidades y frecuencias de consumo de aquellos nutrientes tales como ácidos grasas, carbohidratos, vitaminas, hierro y sodio, entre otros que, consumidos en forma desbalanceada, puedan presentar un riesgo para la salud.

- Basados en el artículo 11 de la Ley 1355 del 14 de Octubre de 2009. Las instituciones educativas públicas y privadas que suministren el servicio de alimentación de manera directa o a través de terceros, deberán ofrecer una diversidad de alimentos que cubran las necesidades nutricionales de su comunidad, siguiendo, entre otras referencias, las guías alimentarias del Ministerio de la protección social y del ICBF, velando por la calidad de los alimentos que se ofrecen y de conformidad con los lineamientos establecidos por el Ministerio de la Protección Social a que se refiere el articulo 8° de la presente ley.

- De acuerdo a la Ley 1355 del 14 de octubre de 2009. El Ministerio de la Protección Social deberá establecer en conjunto con Colciencias, acciones orientadas a definir y desarrollar una agenda de investigación, para estudiar los determinantes del ambiente físico y social asociados con las enfermedades crónicas no transmisibles y la obesidad en el contexto de las regiones colombianas, la evaluaciones económicas y evaluación de la efectividad de intervenciones políticas, ambientales y comunitarias dirigidas a la promoción de la actividad física y de una alimentación balanceada y saludable.

- Una de las recomendaciones al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar es la postulación del hogar Infantil La Chocita, para cualificación de sus servicios en el año 2014, trayendo ésta acción múltiples beneficios para la atención integral de los niños y niñas beneficiarios de ésta modalidad de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anchor, Maria Soledad, Benitez Cima Adrian, Brac Evangelina Soledad y Barslund Silvia Andrea. Obesidad Infantil.

2. Pagina Web www.hogarinfantillachocita.com

3. OMS Organización Mundial de la salud. www.paho.org/col

4. Valdés Pizarro, J.[1] *jvaldes@isciii.es* Royo-Bordonada, M. A. Prevalence of childhood obesity in Spain; National Health Survey 2006 – 2007. Nutricion Hospitalaria; ene/feb2012, Vol. 27 Issue 1, p154-160, 7p.

5. Revista Chilena de pediatría, versión impresa ISSN 0370 – 4106. V 78 n.4 Santiago de Chile. Agosto 2007

6. Balcarcel, Guillermo y Castañeda Fernando. Sobrepeso y Obesidad. Residente 3, del Departamento de Pediatría del Hospital General de Enfermedades del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social IGSS

7. Pagina web: http://monografias.com La obesidad Infantil usuario esmeralda 183, publicada 21 octubre de 2003.

8. Del Valle García, Nancy. La obesidad infantil como problema de Salud pública HOLOGRAMATICA – facultad de Ciencias Sociales – UNLZ – Año VII, Número 12, V4 (2010), pp. 3-15. www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica ISSN 1668-5024. www.hologramatica.com.ar o.

9. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Disponible en: www.icbf.gov.co. 2010

10. Ley de la obesidad 1355 de 2009.

11. Amartya Sen. La salud en el desarrollo, Ginebra, martes 18 de mayo de 1999 Organización Mundial de la Salud.

12. CONPES SOCIAL 113 de 2008 Política de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

13. WHOQOL Group, 1995. Página web: http//dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002. Ciencia y Enfermería. Versión online.

14. Casas, Ferran.2006 Infancia y representaciones sociales. En política y sociedad, volumen 43. Num, 1; 27 – 42. Universidad de Girona. España.

15. Asociación Colombiana de Obesidad y Cirugía Bariátrica ACOCIB. Artículo Efectividad de la cirugía bariátrica pediátrica. Tomado de la guía de atención integral para la obesidad Pagina web: http://monografias.com La obesidad Infantil usuario esmeralda 183, publicada 21 octubre de 2003.

16. www.mistareas.com.

17. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia. Disponible en: www.icbf.gov.co. 2005.

18. Torres Elsa R. Directora Editorial de la Industria Alimenticia Blog, publicado el 01 de abril de 2012. torrese@bnpmedia.com

19. Goiburu ME, et al. Nivel de conocimiento en nutrición clínica en miembros del equipo de salud de Hospitales Universitarios del Paraguay. Nutr Hosp. 2006;21:591-5.

20. Lo C. Integrating nutrition as a theme throughout the medical school curriculum. Am J Clin Nutr 2000;72(suppl):882S-9S.

21. Bistrian BR, Blackburn GL, Vitale J, Cochran D, Naylor J. Prevalence of malnutrition in general medical patients. JAMA 1976;235:1567-70

22. www.portafolio.co Obesidad Infantil, una generación con menos calidad de vida Mayo 4 de 2012

23. Mowe M, et al. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clin Nutr 2009;27(2):196-202.

24. Consejo Nacional de Política económica y Social. Documento CONPES Social 109. Política Pública Nacional de Primera Infancia “Colombia por pa primera Infancia”. Disponible en: http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_conpes109.pdf.

25. Londoño Carreño, Claudia Cecilia y Tovar Mejía, Gustavo. Sobrepeso en escolares prevalencia factores protectores y de riesgo en Bogotá. Universidad Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Facultad de Medicina Departamento de Pediatría. Mayo de 2009. Bogotá.

26. Obesidad y síndrome metabólico en niños y adolescentes: detección temprana y tratamiento oportuno. Centro de investigación en nutrición, salud y bienestar. VIDARIUM. Pagina web oficial www.vidarium.org. Grupo Empresarial NUTRESA.

27. Lutter CK, Chaparro CM. La desnutrición en Lactantes y niños pequeños en América Latina y el Caribe: Alcanzando los Objetivos de desarrollo del Milenio. Organización Panamericana de la Salud OPS. Washington, DC. 2008

28. De Onis M, Blossner M, and Borghi E, Global prevalence and trends of overweight and obesity among preschool children. Am J Clin Nutr 2010;92:1257-64.

29. Braguinsky J. Prevalencia de obesidad en Améric a Latina. ANALES sis San Navarra 2002; (Supl 1): 109-115.

30. Tarazona Cote, Maria Consuelo. Médica pediatra MSc. Nutrición y alimentos. Obesidad Factores de riesgo en los primeros 1000 días. Exposición primer encuentro de nutricionistas dietistas ICBF. 2013.

31. Plan de Desarrollo Municipal 2012-2015, Municipio de Bello.

32. Página web: www.icbf.gov.co

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICA 1. WHO. World Health Statistics, 2012

GRAFICA 2. Prevalencia de obesidad en varios países del mundo.

GRAFICA 3. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos de 18 a 64 años a nivel nacional, según sexo y grupos de edad.

GRAFICA 4. Obesidad abdominal por circunferencia de la cintura en población adulta de 18 a 64 años a nivel nacional por edad.

GRAFICA 5. Prevalencia de exceso de peso, sobrepeso y obesidad en adultos de 18 a 64 años, nivel nacional, según sexo, 2005 - 2010

GRAFICA 6. Pirámide poblacional del Municipio de Bello para el año 2010.

GRAFICA 7. Estado nutricional, según el indicador peso/talla en el Hogar Infantil La Chocita, ICBF, Centro Zonal Aburra Norte, Municipio de Bello, 2012.

GRAFICA 8. Tendencia de sobrepeso en escolares del Municipio de Bello, 1999 – 2008.

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Población total del Municipio de Bello por grupos de edad y diferenciado por sexo, 2011.

TABLA 2. Clasificación nutricional según el indicador peso/talla de los niños menores de 5 años del Municipio de Bello, 2011.

TABLA 3. Clasificación nutricional según el indicador Índice de Masa Corporal IMC de los niños de 5 a 18 años, del Municipio de Bello, 2011.

TABLA 4. Presupuesto para la elaboración del proyecto.

TABLA 5. Presupuesto para la ejecución del proyecto.

TABLA 6. Cronograma de actividades.