

**EL CUIDADO DE LAS MADRES TRADICIONALES A LOS NIÑOS Y NIÑAS
QUE ASISTEN A LOS HOGARES COMUNITARIOS DEL ICBF, COMUNA 2
POPAYAN, 2009**

**JUAN CARLOS MOLINA ORDOÑEZ
VIVIANA MUÑOZ GÓMEZ
YOLIMA MUÑOZ GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYAN
2010**

**EL CUIDADO DE LAS MADRES TRADICIONALES A LOS NIÑOS Y NIÑAS
QUE ASISTEN A LOS HOGARES COMUNITARIOS DEL ICBF, COMUNA 2
POPAYAN, 2009.**

**JUAN CARLOS MOLINA ORDOÑEZ
VIVIANA MUÑOZ GÓMEZ
YOLIMA MUÑOZ GÓMEZ**

**Trabajo de grado presentado como requisito para optar al título de
Enfermero profesional**

**Investigadora principal:
MARÍA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ
Enfermera Magister en Materno Infantil
Especialista en Educación Médica**

**UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
POPAYAN**

2010

Nota de aceptación

Firma del jurado

Firma del jurado

Popayán, Cauca 6 de julio de 2010

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos a:

MARÍA DEL PILAR RESTREPO DE PAZ, Enfermera Magister en Materno Infantil, Especialista en Educación Médica, profesora de Departamento de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca, por sus valiosas orientaciones.

EDGAR CASTRO FRANCO, Antropólogo, profesor catedrático Departamento de Antropología y Enfermería, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad del Cauca, por sus valiosas orientaciones.

ANA CRISTINA IDROBO OSPINAL, Enfermera, profesora catedrática de Investigación II, Departamento de Enfermería, Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca y miembro del comité de infecciones de Clínica La Estancia, por sus valiosas orientaciones.

MADRES COMUNITARIAS DE LA COMUNA 2 pertenecientes al Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, por la información suministrada a lo largo de nuestra investigación.

A los padres y amigos por su permanente apoyo y su entrega desinteresada en pro de la culminación de este trabajo.

A Dios por ser nuestra fuerza y motor de vida, guía y protección.

*A nuestra familia por su infinito amor y apoyo incondicional, por ser la voz de
aliento en los momentos difíciles.*

*A nuestros profesores por orientar nuestros conocimientos hacia un futuro
promisorio.*

Y a todas aquellas personas tan especiales que Dios puso en nuestro camino
Infinitas gracias.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	11
1. MARCO TEÓRICO	13
1.1. POBLACION INFANTIL COLOMBIANA	16
1.1.1.Abuso sexual	21
1.1.2.Explotación sexual y comercial de niños y niñas.	22
1.2. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA	23
1.3. DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO	24
1.4. CUIDADO DEL NIÑO	32
1.4.1.Protección, apoyo y promoción de buenas prácticas de cuidado	34
1.4.2.Identificación de buenas prácticas de cuidado	35
1.4.3.Acciones en pro de un adecuado cuidado para asegurar buena nutrición	36
1.5. ORGANIZACIONES QUE PROTEGEN LOS DERECHOS DEL NIÑOS	38
1.6. OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO	39
1.6.1.Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	40
1.6.2.Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal	41
1.6.3.Objetivo 3: Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer	41
1.6.4.Objetivo 4: Reducir la mortalidad infantil	42
1.6.5.Objetivo 5: Mejorar la salud materna	43
1.6.6.Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.....	44
1.6.7.Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.....	45
1.6.8.Objetivo 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	46
1.7. HOGARES COMUNITARIOS DEL BIENESTAR	48
1.7.1.Madre comunitaria / tradicional.	50
1.8. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI)	51

1.9. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (SAN)	55
1.10. ATENCION INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)	59
1.10.1. AIEPI comunitario	65
1.11. MODELO TÍAS	67
1.11.1. IAMI	68
1.11.2. AIEPI	68
1.11.3. SAN	68
1.11.4. Fundamentación del modelo de TIAS	69
1.11.5. Competencias promotores TIAS	71
2. DISEÑO METODOLÓGICO	72
2.1. TIPO DE ESTUDIO	72
2.2. POBLACIÓN SUJETO DE INVESTIGACIÓN	72
2.3. DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO	72
2.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	72
2.5. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	72
2.6. CATEGORIAS	72
2.7. VARIABLES	73
2.8. METODOS TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS	73
2.8.1. Diario de campo	73
2.8.2. Observación	74
2.8.3. Grupos focales	74
2.9. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	74
2.10. ASPECTOS ETICOS	74
3. RESULTADOS	76
3.1. PERFIL SOCIODEMOGRAFICO	76
3.2. HOGARES TRADICIONALES DEL ICBF DE LA COMUNA 2 DE POPAYÁN.	79

3.3. PRÁCTICAS Y HÁBITOS DE ASEO EN EL HOGAR	79
3.4. MOMENTOS PEDAGÓGICOS	80
3.5. EL PAPEL DE LA MADRE COMUNITARIA EN LA ALIMENTACION DEL NIÑO	84
3.6. HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS	85
3.7. MENU DE LOS HOGARES TRADICIONALES	86
3.8. COMPRA DE LOS ALIMENTOS Y ALMACENAMIENTO.....	87
3.9. SEGUIMIENTO POR PARTE DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR	88
3.10. ENFERMEDADES INFANTILES PREVALENTES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS	89
3.11. LAS MADRES COMUNITARIAS MANEJAN LAS DIFERENTES ENFERMEADES ASI	89
3.12. VACUNACIÓN	90
3.13. VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO	91
4. DISCUSIÓN	92
5. CONCLUSIONES	100
6. RECOMENDACIONES	102
7. BIBLIOGRAFIA	103
ANEXOS	114

LISTA DE TABLAS

TABLA 1. Presupuesto global del proyecto	115
TABLA 2. Costos indirectos	115
TABLA 3. Costos directos	116
TABLA 4. Cronograma de actividades	117

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A: Identificación y operacionalización de variables cuantitativas.	118
ANEXO B: Matrices de categorías y subcategorías	123
ANEXO C: Formato de entrevista abierta dirigida a las madres tradicionales del ICBF de la comuna 2 de Popayán.....	126
ANEXO D: Formulario de recolección de información de variables sociodemográficas	128
ANEXO E: Instructivo del formato de entrevista abierta dirigida a las madres tradicionales del ICBF de la comuna 2 de Popayán.....	130
ANEXO F: Instructivo del formulario de recolección de información de variables sociodemográficas y de salud	131
ANEXO G: Consentimiento informado	132
ANEXO H: Caracterización sociodemográfica. Gráficas de resultados	133
ANEXO I: Propuesta educativa: “Juntos mejoraremos el desarrollo infantil temprano	142
ANEXO J: Fotos	148

INTRODUCCIÓN

La primera infancia es considerada como la etapa del ciclo vital que comprende el desarrollo de los niños y niñas desde la gestación hasta los 6 años de vida. Es una etapa crucial para el desarrollo pleno del ser humano en todos sus aspectos; biológico, psicológico cultural y social, además es decisiva para la estructuración de la personalidad la inteligencia y el comportamiento social¹.

El desarrollo infantil temprano es un conjunto de interacciones sistemáticas e integrales en educación inicial, nutrición y salud para los niños y niñas de 0- 6 años de edad, quienes se desarrollan siguiendo un modelo similar y teniendo el mismo potencial de crecimiento en condiciones adecuadas; estas condiciones en nuestro país se garantizan a través del Programa de Hogares Comunitarios del Bienestar a la población de extrema pobreza, que por su baja capacidad adquisitiva, se ve obligada a privar a sus niños de alimentos nutritivos, lo cual dificulta la capacidad cognoscitiva y el crecimiento físico, además la pobreza acarrea un entorno que ofrece pocos estímulos o apoyo emocional a la infancia², y cuyo fin debe ser asegurar que todos los niños y niñas vivan en un entorno protector adecuado. Siendo una situación apremiante pues para 2006 el 45% de los colombianos estaba bajo el umbral de pobreza y el 12% se encontraba en situación de indigencia.

A los devastadores efectos psicológicos y nutricionales de la pobreza se aúna la alta incidencia de muertes infantiles siendo que en el mundo alrededor de 29.000 niños y niñas menores de cinco años mueren todos los días, especialmente por causas que se

¹ Presidencia de la República. Colombia por la primera infancia, Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá – Colombia [en línea]. [Citado el 10 de diciembre del 2009]. Disponible en internet: [//www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_politica2006.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_politica2006.pdf)

² UNICEF. Definir la pobreza infantil. La infancia amenazada, estado mundial de la infancia 2005. [En línea]. [Citado el 8 de noviembre del 2009]. Disponible en internet: En: <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/povertyissue.html>

podrían evitar. Más de un 70% de los casi 11 millones de muertes infantiles que se producen todos los años se deben a seis causas: la diarrea, el paludismo, las infecciones neonatales, la neumonía, el parto prematuro o la falta de oxígeno al nacer³. Para Colombia actualmente se presentan 30 defunciones diarias, 900 mensuales y más de 10000 anuales en menores de 5 años. Para el 2005, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas ocuparon 1º y 2º lugar respectivamente, como causas de consulta externa tanto para los niños menores de 1 año, como para los de 1 a 4 años⁴. Tres niños menores de cinco años mueren al día por desnutrición en Colombia⁵.

Ante ésta dramática situación se concibió la idea de caracterizar el cuidado que brindan las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los Hogares tradicionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en la Comuna 2 de la Ciudad de Popayán, determinando el perfil sociodemográfico y de salud de estos niños y niñas, describiendo las prácticas de cuidado que se brindan en los Hogares tradicionales a los mismos, todo esto con el fin de diseñar un programa educativo dirigido a las madres tradicionales del ICBF, para fortalecer sus competencias, contribuyendo al desarrollo infantil temprano de los niños y niñas que asisten a los Hogares tradicionales del ICBF de la Comuna 2, de la Ciudad de Popayán.

³ UNICEF. El objetivo: reducir la mortalidad infantil.[En línea]. [Citado el 26 de agosto de 2009]. Disponible en internet: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>

⁴ PROFAMILIA. Informe resumido de la encuesta nacional de salud pública. [En línea]. [Citado el 22 de febrero de 2010]. Disponible en internet: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/resumen.pdf

⁵ CALDERÓN Acero, Camilo. Desnutrición en Colombia. [en línea]. [Citado el 10 de diciembre del 2009]. Disponible en internet: <http://www.universia.net.co/investigacion/destacado/desnutricion-problema-de-mortalidad-en-colombia.html>.

1. MARCO TEÓRICO

El desarrollo integral en la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital humano y social. Estos son elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualando oportunidades no solo a nivel socioeconómico, sino también de género, de ser humano.

Brindar al niño oportunidades para un desarrollo adecuado es el legado más importante que se puede ofrecer a la humanidad. Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida, sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. Él mismo será capaz de enfrentar las adversidades que la vida le presente, contribuyendo a reducir las disparidades sociales y económicas dentro de la sociedad.⁶

Actualmente la población infantil se ve expuesta a situaciones que afectan el pleno desarrollo físico, mental y psicosocial; aunque las condiciones generales han mejorado en los últimos años diversas situaciones como los conflictos políticos y armados de índole nacional e internacional, la falta de accesibilidad y la deficiente calidad de los servicios públicos, en especial la falta de agua potable, el hacinamiento y el desplazamiento forzado de las familias que viven en zonas de conflictos armados; el difícil acceso a la educación, la inequidad en la distribución de los recursos, el desmesurado crecimiento de población infantil en los países en vía de desarrollo, la constante violación de los derechos del niño que son obligados a trabajar y dejar de un lado la educación, la explotación sexual y otras situaciones que dejan a la población

⁶ Organización Mundial de la Salud, Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto AIEPI. 2007. Washington, D.C. 2007. [en línea]. [Citado el 19 de diciembre del 2009]. Disponible en internet: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/CA_desarrollo_integral_11_07.pdf

infantil como una de las más vulnerables y expuestas a enfrentar situaciones que pueden afectar su desarrollo y en especial su salud.⁷

Es por esto que a nivel mundial los programas están siendo enfocados al mejoramiento de nivel de salud "Salud para Todos en el año 2.000.", fue la consigna de la primera conferencia internacional sobre la Promoción de la Salud celebrada en Ottawa en 1986 emitiendo la carta dirigida a la consecución del objetivo, y se dio respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de la salud pública en el mundo⁸.

La inmensa preocupación por la situación de esta población ha hecho que en los últimos años las organizaciones que protegen los derechos de los niños como la OPS, OMS, ONGS Internacionales, el ICBF, el programa de Acción Social de La república de Colombia entre otros hayan centrado su mirada e interés en la búsqueda de programas que contribuyan a garantizar el buen desarrollo de los niños y niñas menores de 5 años.

La elevada tasa de mortalidad infantil en países en desarrollo es una consecuencia directa de los factores que hacen a los millones de niños vulnerables a infecciones y enfermedades, tal como los sistemas sanitarios insuficientes ó la falta de acceso a los mismos, la desnutrición, el bajo grado de alfabetización de las niñas, la falta de agua potable, las condiciones de higiene mínimas y la falta de posibilidades para combatir esta situación.⁹

A pesar de que existen tratamientos y medidas prácticas que podrían salvarlos, millones de niños mueren cada año. El 99 por ciento de las muertes se presentan en países en

⁷ UNICEF. Amenaza para la infancia. [en línea]. [Citado el 05 de marzo de 2010]. Disponible en internet: <http://firgoa.usc.es/drupal/node/24190>

⁸ Organización mundial de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [en línea]. [Citado el 29 de junio de 2009]. Disponible en internet: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

⁹ Save the Children. Boletín embajadores. Julio de 2010. [en línea]. [Citado el 20 de junio de 2009]. Disponible en internet: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/242/boletin_emb_1.pdf

desarrollo. África subsahariana es la región que más aporta, 4,8 millones de muertes de niños al año, representando sólo 11 por ciento de la población mundial. En segundo lugar se encuentra el sudeste asiático con 3,1 millones de muertes. A escala mundial, seis países: India, Nigeria, República Democrática del Congo, Etiopía, Pakistán y China aportan 50 por ciento del total de muertes de menores de 5 años. De las muertes en neonatos, 2/3 partes (2,7 millones) de éstas ocurren en diez países, y la mitad de ellas se producen sólo en cuatro países (India, China, Pakistán y Nigeria).

Se ha estimado que más de la mitad de las muertes de menores de cinco años a nivel mundial son atribuibles a cinco problemas: diarrea, neumonía, sarampión, VIH-SIDA y malaria (Caulfield y Black, 2002). La desnutrición está asociada a un 60% de esas muertes. La tasa de mortalidad promedio para menores de cinco años en los países industrializados es actualmente de 6 por 1.000 nacidos vivos, pero se eleva a 274 por 1,000 en el mundo en desarrollo por causas y afecciones relacionadas con el medio ambiente, aguas contaminadas, la falta de saneamiento adecuado, los riesgos de toxicidad, los vectores de enfermedades y la radiación ultravioleta,(OMS, 2005). Más aún, la brecha en la tasa de mortalidad para menores de cinco años entre ricos y pobres al interior de los países se ha incrementado en menos cuatro de los países de ALC entre 1986 y 2000 (OMS,2005).¹⁰ La mortalidad y la morbilidad infantiles debidas a causas como la pobreza y la malnutrición también van asociadas a modalidades insostenibles de desarrollo y a la degradación del medio ambiente urbano o rural.¹¹

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) estima que todos los años aproximadamente medio millón de niños y niñas mueren en América Latina antes de alcanzar los cinco años de edad y que aproximadamente el 27% de estas muertes se

¹⁰ ACOSTA O. y Ramírez J.C. "Las redes de protección social: modelo incompleto" Documento 141 CEPAL, 2004. [en línea]. [Citado el 07 de octubre de 2009]. Disponible en internet: www.eclac.org/publicaciones/xml/8/20928/IED-2004.v.word.pdf.

¹¹ Organización Mundial de la Salud: el medio ambiente y la salud para los niños. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/es/index.html>

debe a enfermedades infecciosas y a trastornos nutricionales, lo que representa más de 150.000 defunciones anuales de niños y niñas menores de cinco años en todo el continente, causadas especialmente por enfermedades respiratorias e intestinales principalmente la neumonía, y diarrea¹². Aunque los esfuerzos realizados a nivel mundial han dado buenos resultados se percibe que no es posible cumplir con algunos de los objetivos de desarrollo del milenio sino se establecen medidas que permitan mejorar la situación de salud de la población infantil.

1.1 POBLACIÓN INFANTIL COLOMBIANA

Aunque Colombia ha venido presentado a escala global una mejoría en cuanto a sus indicadores, estos a primera vista muestran que tras esa mejoría global, al interior del país hay diferencias importantes de una región a otra; en la encuesta nacional de demografía y salud (ENDS) de 2005, la tasa de mortalidad infantil disminuyó a la mitad en los últimos 20-24 años, desde 41 por mil en el quinquenio 1980-1985 a 19 por mil en el quinquenio 2000-2005. Pero se encuentran fuertes diferencias entre la zona rural y la zona urbana. La mortalidad infantil sigue siendo más alta en la zona rural 24 por mil frente a 17 por mil de la zona urbana; esto posiblemente se encuentre relacionado con niveles de educación de la madre y acceso a los servicios de salud entre otro¹³.

Según la mortalidad en menores de 5 años, Colombia ocupa el puesto número 77 de un total de 192 países, lo cual es preocupante, aunque la reducción es muy buena se necesita llegar a niveles inferiores para lograr el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

¹² Organización mundial de la salud. Sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). 2009. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>

¹³ Profamilia. Capítulos – Mortalidad infantil y en la niñez. ENDS 2005 resultados. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.profamilia.com/encuestas/02consulta/09mortalidad/01niveles.htm>

Dentro de la constitución nacional se enmarcan los derechos de todas las personas entre estos uno de los más importantes es el de la salud y educación, y hace referencia a garantizar los derechos de los niños en todas sus dimensiones.

Según los Indicadores de la Situación de Salud en Colombia 2008. OPS- OMS entre las 5 principales causas de mortalidad en la población menor de 1 a 4 años se encuentra que en los hombres las enfermedades respiratorias ocupan el primer lugar, las enfermedades infecciosas intestinales el 4to lugar y las deficiencias nutricionales el 5to lugar, la diferencia radica en el grupo de las mujeres en las cuales las enfermedades respiratorias ocupan el primer lugar, las deficiencias nutricionales ocupan el segundo lugar y la enfermedades intestinales ocupan el 5to puesto lo cual nos muestra que aunque las condiciones han mejorado en cuanto a discriminación por sexo en el país todavía se presentan estas diferencias que son bastante preocupantes que se relacionan directamente con la oportunidad que tienen las niñas para una adecuada nutrición y cuidado integral.

En cuanto a la enfermedad diarreica aguda (EDA) en Colombia se ha presentado una reducción de la mortalidad pasando de 23 muertes por cada 100.000 menores de 5 años en el año 2000, a una tasa de 11.8 en el año 2006. El parasitismo intestinal en población preescolar es del 42.8% y el 33.2% niños de 1 a 4 años y 44.7% de mujeres gestantes tienen anemia por deficiencia de Hierro¹⁴.

Otra situación que ha influido en la situación de salud es que la duración mediana de la lactancia materna total en Colombia es de 14,9 meses y de la lactancia materna exclusiva 2,2 meses, considerándose como deficientes al compararlos con otros países, en cuanto al estado nutricional aunque se ha avanzado la desnutrición en >5 años es

¹⁴ FONSECA, Luz Amparo y Villamarín, Octavio. Propuesta de estrategia e instrumentos para mejorar la seguridad alimentaria en Colombia. Octubre, 2004. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.scribd.com/doc/5271770/Seguridad-alimentaria-y-estrategias>.

más grave en la zona rural, en familias pobres de muchos miembros, con poco intervalo inter genésico entre los hijos y cuyas madres tienen poca educación, el 12% de los menores de 5 años presenta desnutrición crónica (baja estatura para la edad) y el 7% de los menores de 5 años presenta desnutrición global (bajo peso para la edad) según la ENDS de 2005¹⁵.

En lo referente a vacunación se ha mantenido las coberturas por encima del 90%, pero hace falta para lograr a los objetivos propuestos que son coberturas por encima del 95%, es muy importante mencionar que en muchos departamentos estas coberturas están por debajo del promedio nacional.

Entre otros datos de relevancia que influyen directamente sobre la situación de la población infantil se encuentran: Los niveles de pobreza han aumentado de una manera indiscriminada, concentrándose en el sector rural (68.2%), además los problemas con la inseguridad alimentaria que ascienden a 40.8% de las familias del país, el conflicto armado y el proceso de concentración de propiedad rural ha desplazado a más de tres millones de personas.

En el departamento del Cauca la situación no deja de ser preocupante, el departamento en cuanto a mortalidad en la población infantil ocupa el puesto número 23 encontrándose con niveles de mortalidad muy por encima del promedio nacional que es de 15,43 por cada 1000 nacidos vivos; en el Cauca la tasa de mortalidad infantil es de 18.8 muertes por cada 1000 nacidos vivos. En cuanto a la tasa de mortalidad en menores de 5 años para el Cauca esta en 25,3 por cada 1000 nacidos vivos que revela que la reducción ha sido muy deficiente al compararla con departamentos como Santander con una tasa de tan solo 13.3, y con el promedio nacional que se encuentra

¹⁵ GAMBOA, Edna Magaly et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista chilena de nutrición. Vol. 35, Nº1, Marzo 2008 pags: 43-52. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100006

en 18,8. En cuanto a la EDA el departamento se encuentra con una tasa de mortalidad de 29,5 por cada 1000 nacidos vivos ocupando el puesto número 31 entre 33, teniendo como promedio nacional una tasa de 11.8, y departamentos como Cundinamarca con tasas de mortalidad de tan solo 2.63, lo que representa un grave problema y sin duda una situación que debe ser mejorada.

Para el año de 1991, a través de la Ley 12 de 1991, el Congreso de la República aprobó la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. En donde se reconoce que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, ya que él niño y la niña debe estar plenamente preparado (a) para una vida independiente en sociedad y ser educado (a) en un espíritu de paz, dignidad, tolerancia, libertad, igualdad, y solidaridad¹⁶.

El actual conflicto que vive Colombia ha determinado en su gran mayoría diferentes situaciones entre estas se encuentran el desempleo, la pobreza que asciende a cifras difíciles de imaginar siendo Colombia una de las naciones más ricas en recursos naturales de nuestro continente, otra situación que produce un gran problema es el desplazamiento, actualmente se calcula que la cifra de desplazados alcanza los 3 millones de habitantes, los departamentos con mayor número de hogares con predios abandonados por personas desplazadas son Tolima, Putumayo, Chocó, Antioquia, Caquetá, Cauca, Norte de Santander, Guaviare, Cesar y Bolívar, los principales municipios expulsores en nuestro departamento son El Tambo, Cajibío, López de Micay

¹⁶ Congreso de la República. Ley 12 de 1991. Convención sobre los derechos del niño. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/Inter/NL1291.htm>

y Piamonte. En el año 2003 según esos registros, hubo 3700 desplazados. El principal municipio receptor en el Departamento es Popayán¹⁷.

Referente a los conflictos armados de Colombia los niños son utilizados como armas directas de guerra, teniendo como ejemplo el caso del niño utilizado para conducir una bicicleta bomba en Arauca en abril de 2003¹⁸.

Según la organización estadounidense WATCHLIST ON CHILDREN AND ARMED CONFLICT, en su informe “Colombia, Guerra contra los niños y niñas”, publicado en febrero de 2004, los niños de Colombia han sido señalados como “objetivos en asesinatos y mutilaciones, tomados como víctimas de violencia sexual, engañados y obligados a integrarse en las filas de los combatientes». De acuerdo a este documento, los menores también son usados como informantes, arrancados de sus hogares, privados de acceso a asistencia y educación (muchas escuelas fueron atacadas por los grupos armados y entre el 70 y el 85% de los niños desplazados no van a la escuela. y devastados por décadas de conflicto.

En cuanto a la explotación sexual infantil se encuentran diferentes tipos como la prostitución infantil, el tráfico de niños y niñas, la pornografía, las cuales se constituyen en formas de lucro y las personas que se benefician económicamente de esta actividad deberían ser castigadas con todo el peso y rigor de la ley¹⁹.

¹⁷ NARVÁEZ, Álvaro Iván. Niñez. Conflicto Armado y Desplazamiento Forzado. Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca. Volumen 6 / No. 3 / Septiembre 2004. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/septiembre/Ni%C3%B1ez,%20Conflicto%20Armado.html>.

¹⁸ UNICEF. Acción humanitaria de UNICEF 2004. Caribe y la región de las Américas. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.UNICEF.org>.

¹⁹ Instituto Colombiano de Bienestar familiar y fundación FES. Investigados principal: Sonia Mejía de Camargo. Bogotá, agosto de 1997. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.monografias.com/trabajos14/explosexinf/explosexinf.shtml>

Mediante la Ley 1098 del 2006 se expidió el código de la infancia y la adolescencia, cuyo principal objetivo es establecer normas para la protección integral de los niños, las niñas y los adolescentes, garantizar el ejercicio de sus derechos y libertades consagrados en los instrumentos internacionales de Derechos humanos, en la Constitución Política y en las leyes, así como su restablecimiento, siendo dicha garantía y protección obligación de la familia, la sociedad y el Estado²⁰.

1.1.1. Abuso sexual.

La guía para la atención al menor maltratado del desaparecido ministerio de salud, en su resolución 412 de 2000, define el abuso sexual desde el punto de vista médico-social, como, "contacto o interacción entre un niño o niña y un adulto, en que el niño-a es utilizado para la satisfacción sexual del adulto o de terceros desconociendo el desarrollo psicosexual del menor de edad".

Estos actos sexuales abusivos se encuentran contemplados en la legislación actual vigente como una vulneración de la libertad y formación sexuales: "existen varias formas de delitos sexuales, según la víctima y el daño que se la haga a la persona, se tiende a creer que solo la penetración sexual es un delito, pero esto no es totalmente cierto: cualquier acto sexual que se practique con el uso de la fuerza o de amenaza es delito haya o no penetración".²¹

²⁰ Ministerio de la Protección Social: Sentencia de Constitucionalidad de Corte Constitucional nº 149/09, de 11 de Marzo 2009. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://co.vlex.com/vid/57771569>

²¹ APONTE, Mauricio y García, Carlos Iván. Explotación sexual infantil en Bogotá. Bogotá D.C.: Universidad Externado de Colombia. Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), 2002. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/1095/6/Anexo%205.pdf>

1.1.2. Explotación sexual y comercial de niños y niñas.

En Colombia estos delitos son consagrados en la ley 599/00 por el Código Penal con penas que van de 3 a 20 años de prisión se prohíbe su excarcelación y se garantiza protección a los derechos de las víctimas de delitos sexuales²².

A continuación se darán algunas conductas físicas y delictuosas contempladas en el Código Penal y en la Guía para el diagnóstico de Maltrato infantil, publicado por el Instituto Nacional de Medicina Legal y ciencias Forenses: Penetración de miembro viril, objeto o segmento corporal diferente al miembro viril, coito vulvar o inter glúteo, caricias sexuales, sexo oral, besos, masturbación, observación morbosa, desnudez exhibicionista, mostrar pornografía tener relaciones sexuales frente al niño y/o niña, usar lenguaje sexual explícito, implicar a infantes en la producción de pornografía.

Los derechos a los cuales puede acceder las personas víctimas de abuso sexual, son: distinta índole, ya que los traumas que generan las personas son distintos, cuando el delito ha sido denunciado, es un deber del funcionario al que se le dirigió la queja, buscar las acciones complementarias dirigidas al restablecimiento de los derechos vulnerados.

Como en el caso de los derechos humanos en general, la voluntad de la defensa de los Derechos del niño nace siempre de una voluntad política. Sin ella, el trabajo de organizaciones oficiales y no gubernamentales es en general infructuoso.

Si bien la legislación de un país no es la total garantía para el desarrollo de una situación problemática, sí es un punto de apoyo que sirve de plataforma para toda acción en beneficio de la población en riesgo, en este caso los menores de edad. Esta

²² Congreso de Colombia. Ley 599 de 2000. Por la cual se expide el Código Penal. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.antisecuestro.gov.co/marco_juridico/leyes_decretos/Ley%20599%20de%202000,%20C%C3%B3digo%20Penal.pdf

red de organizaciones ha contribuido en este caso a una preocupación más eficiente en materia de garantías legislativas de los derechos.

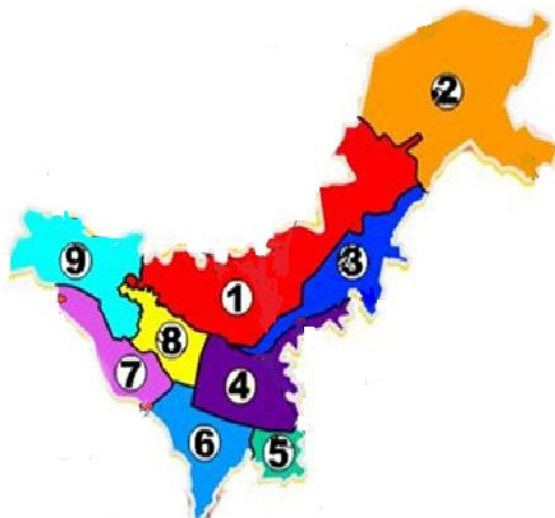
1.2 DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRAFICA

La ciudad de Popayán capital del Departamento del Cauca fue fundada un 13 de enero de 1537, por Sebastián de Belalcázar, es conocida como la "ciudad blanca" y se distingue por ser una joya arquitectónica de la Colonia. A una altura de 1.760 msnm y con una temperatura de 18 grados centígrados, con 230.137 habitantes. Popayán se conserva como patrimonio histórico-arquitectónico y una de las ciudades más tradicionales de Colombia²³.

El municipio se encuentra dividido en la parte rural en 23 Corregimientos, y la parte urbana está conformada por 9 Comunas, de las cuales la comuna numero 2 consta de 41 barrios en un área de 701 km², económicamente es una ciudad eminentemente agrícola, los principales sectores económicos son: Sector agrícola, sector pecuario, sector ambiental entre los productos agrícolas y pecuarios que más se producen están La caña, Café, Hortalizas y frutales, pollo de engorde, gallinas ponedoras, La porcicultura, piscicultura y ganadería, La ciudad en los últimos años se ha caracterizado por los altos índices de desempleo y el aumento del desplazamiento.

²³ Colombia link. Popayán. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.colombialink.com/01_INDEX/index_turismo/destinos/popayan.html

Zona urbana del municipio de Popayán



Fuente: DAZA, Sotelo, Jorge. Coord P y P Popayán

1.3 DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.

La infancia temprana es el periodo de desarrollo más rápido en la vida humana. A pesar de que los niños se desarrollan individualmente a su propio ritmo, todos los niños pasan por secuencias identificables de cambio y desarrollo físico, cognitivo y emocional. El enfoque del Desarrollo Infantil Temprano se basa en el hecho comprobado de que los niños pequeños responden mejor cuando las personas que los cuidan usan técnicas diseñadas específicamente para fomentar y estimular el paso al siguiente nivel de desarrollo²⁴.

²⁴ MUSTARD, Frase Desarrollo del cerebro basado en la experiencia temprana y su efecto en la salud, el aprendizaje y la conducta. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.oas.org/udse/dit2/relacionados/archivos/desarrollo-cerebral.aspx>

Se debe tener en cuenta y aplicar estos conceptos de desarrollo infantil: aprovechar los primeros años para formar mejores ciudadanos, enfatizando en los tres pilares de la educación en la primera infancia: afectividad, lenguaje, matemáticas, también brindando estimulación temprana y la atención en un ambiente sano, siendo que potenciar el talento, la innovación y la creatividad bajo una base sólida de valores en tanto que perder potencial estudiantil puede afectar el desarrollo social del país.

Diversas investigaciones han señalado: "Que las bases del desarrollo humano se cimentan en los primeros años y la adecuada atención de los niños y niñas en la primera infancia, por parte de la familia, la comunidad y las instituciones, se convierte, no sólo en una estrategia esencial de lucha contra la pobreza, ya que contribuye a superar el círculo vicioso que la reproduce, la diversifica y la hace más compleja, sino que es al mismo tiempo una estrategia para el desarrollo humano y social de un país y una estrategia para luchar contra los factores que niegan los derechos sociales y políticos"²⁵. La intervención temprana en los años preescolares puede reducir la brecha de desarrollo entre los niños pobres y los ricos, logrando que los niños pobres ingresen a la escuela primaria con la misma preparación para aprender que los otros niños.

El rápido desarrollo del cerebro durante los años preescolares es crucial y depende del ambiente en el que el niño se desarrolle. La nutrición, el cuidado y la lactancia materna afectan directamente las conexiones que se originan en el cerebro durante este período. Cuando el recién nacido recibe cuidado adecuado, estará mejor preparado para ingresar a la escuela y a tiempo para aprender.

Al entrar los niños a la escuela, el desarrollo temprano determinará si tendrán éxito en ésta y en la vida futura. El efecto del aprendizaje en la escuela depende

²⁵ CANTILLO, Linares Beatriz y Quijano Pedro. Nueva Ley para la Infancia y la Adolescencia en Colombia. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://search.conduit.com/ResultsExt.aspx?ctid=CT1351364&SearchSource=2&q=CINDE.UNICEF+2001%29>

fundamentalmente de la competencia social y emocional desarrollada en los primeros años. El niño social y emocionalmente saludable y preparado para la escuela, es seguro de sí mismo y amigable, lleva buenas relaciones con los demás, persiste ante las tareas desafiantes, posee un buen desarrollo del lenguaje y puede comunicarse bien, escucha instrucciones y está atento.

Los programas de DIT para tener éxito, dependen del apoyo de los padres, las comunidades, los centros de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONGs), y otras instituciones locales. Al formar parte de programas nacionales más amplios, necesitan a su vez el apoyo de las instituciones sociales – para la capacitación, intercambio de información, control de calidad y evaluación.²⁶

La educación infantil de calidad es un camino efectivo para aliviar la pobreza en las áreas más inaccesibles y pobres, aumentando las posibilidades de inclusión de los niños en la sociedad y la economía. Amplía, igualmente el papel educativo de la familia, y sensibiliza a las madres sobre su importante rol para asegurar buena nutrición y cuidado oportuno de la salud de sus hijos pequeños. Adicionalmente, las mujeres que participan en estos programas se benefician de una mejor situación socioeconómica.

Mary Young concluye: "Al permitir que programas de desarrollo infantil temprano sean accesibles a todos los niños e interviniendo a edades más tempranas (antes de los seis años e inclusive desde los cero a los tres años) los gobiernos y defensores del desarrollo infantil podrán ofrecerles a todos los niños la posibilidad de beneficiarse plenamente de la escuela e inclusive tener éxito dentro del mercado laboral a futuro. Los programas en desarrollo infantil temprano pueden nivelar el campo de juego para

²⁶ KIRPAL, S. Las Comunidades pueden hacer la diferencia: Cinco casos atravesando los Continentes. En M.E. Young, ed., Desde el Desarrollo Infantil temprano hasta el Desarrollo Humano. Amsterdam: Elsevier Science.

todos los niños y pueden ayudar a reconciliar a un país con sus objetivos de equidad y eficiencia”²⁷.

Es importante hacer referencia al Programa Arranque Parejo cuyo propósito se centra en mejorar la salud reproductiva de la población femenina y la salud de las niñas y niños, contribuyendo de esta manera a lograr una mayor equidad en las condiciones de salud en la población²⁸.

Este programa se vincula estrechamente con los Programas de Acción de Salud Reproductiva, Prevención y Control de Cáncer Cérvico Uterino, Prevención del Control del Cáncer Mamario, Mujer y Salud, VIH/SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual, Comunidades Saludables, Infancia y Adolescencia, entre otros.

La suma de esfuerzos de todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, de las instituciones del sector privado y, de manera particular, de las organizaciones no gubernamentales es fundamental para alcanzar los objetivos y metas de este Programa de La salud de las madres y de sus descendientes ha ocupado un lugar prioritario en el sistema de salud mexicano desde sus orígenes. La salud materno-infantil constituye un objetivo básico de desarrollo porque en ella descansa la reproducción biológica y social del ser humano, es condición esencial del desarrollo de las familias y constituye un elemento clave para reducir las desigualdades y la pobreza.

El programa de Arranque Parejo en la Vida (APV) ha sido diseñado para contribuir a ampliar las capacidades y oportunidades de las mujeres para cursar el embarazo, el

²⁷ Desarrollo infantil en situación de desplazamiento forzado . Julia Elsa Solano y Claudia Gallego. Corporación infancia y desarrollo

²⁸ Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez México, D.F. Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida” [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://search.conduit.com/Results.aspx?q=El+programa+de+Arranque+Parejo+en+la+Vida+&meta=all&hl=es&gl=co&SearchSourceOrigin=>

parto y e puerperio de forma segura y saludable, y para que sus hijos nazcan y se desarrollen con salud.

Durante el período de embarazo y los primeros años de vida de un ser humano suelen ser duraderos y en algunos casos, permanentes. Durante el último trimestre de la gestación y hasta los 3 años de vida se desarrollan muchas de las estructuras del cerebro y se establece todo un sistema de interconexiones esenciales para su correcto funcionamiento y el de todo el sistema nervioso central. Componentes tan fundamentales como la confianza, la curiosidad, la capacidad para relacionarse con los demás y la autonomía, dependen del tipo de atención y cuidado que reciben los niños por parte de ambos padres y de las personas encargadas de cuidarlos. Lo que niños y niñas aprenden durante los primeros años va a determinar en gran medida tanto su desempeño en la escuela primaria como los logros intelectuales, sociales y laborales a lo largo de su vida. El terreno perdido en materia de aprendizaje y desarrollo durante los primeros tres años de vida nunca se recupera. Esto en términos prácticos quiere decir que los niños que no reciben lo que necesitan durante este período, no van a poder desarrollar todo su potencial. Por ello, la ventana de oportunidades para invertir en el desarrollo de la primera infancia se limita a este corto periodo de la vida, decisivo para obtener importantes retornos sociales y económicos que se traducen en desarrollo humano y social. Las inversiones que promueven el desarrollo integral en la primera infancia se justifican, en primer lugar, desde la óptica de los derechos, ya que el desarrollo truncado de un niño o una niña, cuando pudiera haberse evitado, viola un derecho humano fundamental. También hay un fuerte argumento de equidad y justicia social, ya que los niños y niñas que se enfrentan a ambientes o factores negativos pueden quedar permanentemente rezagados en su desarrollo. También hay razones económicas que justifican la inversión durante la primera infancia, ya que ésta conlleva a un aumento en la educación y la productividad a lo largo de los años y a un mejor nivel de vida cuando el niño o niña llega a la edad adulta.

Estimaciones para América Latina indican que en promedio, un trabajador que ha alcanzado la primaria completa logra un ingreso 50% superior en su primer empleo al que habría obtenido de no haber estudiado. Este porcentaje asciende a 120% si se trata de secundaria completa. También se ha demostrado que los programas preventivos pueden producir ahorros al Estado y a la sociedad, al reducir la necesidad de atención de salud curativa; al mejorar la eficacia de los sistemas educativos; al reducir las tasas de deserción y repitencia escolar; y al reducir la incidencia de otros problemas sociales. No existe un país en el mundo que haya logrado un nivel significativo y sostenible de desarrollo sin garantizar al menos la educación básica universal para su población. La evidencia empírica y los análisis teóricos han demostrado que una población educada no solamente contribuye al desarrollo económico, sino que es un requisito del mismo.

Por lo anterior se puede afirmar que el Desarrollo Infantil Temprano es la vía más poderosa que tiene una sociedad para sentar bases de equidad. Favorecer el inicio parejo de la vida es un deber del Estado y de la sociedad en su conjunto, con lo cual se garantiza a todos los niños y niñas sin excepción el mejor comienzo para sus vidas.

Un aspecto fundamental que merece ser resaltado es la importancia que revisten las condiciones sociales y económicas de la mujer para el bienestar de los niños y las niñas, especialmente durante su primera infancia. La supervivencia, el crecimiento y el desarrollo en la primera infancia están íntimamente relacionados con la supervivencia, la salud, la educación, la autonomía y el bienestar de las mujeres, así como con la edad de éstas en su primer parto y su estado nutricional antes del embarazo. En consecuencia, es necesario apoyar la salud, la nutrición, la educación y el bienestar psicosocial de la mujer durante el embarazo y la lactancia para que puedan tomar decisiones sobre su salud y la de sus hijos e hijas.

En el transcurso de los últimos años, el desarrollo infantil temprano se ha venido posicionando progresivamente en la agenda internacional y nacional, gracias a los avances en el conocimiento científico sobre el papel clave de esta etapa para el desarrollo humano y el desarrollo social y también debido a la creciente voluntad política de los gobernantes y tomadores de decisión.

En Colombia se ha avanzado significativamente en la expedición de leyes, normas y herramientas procedimentales, planes, programas y proyectos institucionales que buscan promover y proteger los derechos de la primera infancia. Entre estos se pueden mencionar la Ley 1098 de 2006 o Ley de Infancia, la Política de Primera Infancia, el CONPES 109 de Primera Infancia, los lineamientos de política del Ministerio de Educación Nacional para la educación inicial y el Plan Nacional de Salud Pública, que establecen la prioridad en la primera infancia²⁹.

Paralelo a estos logros en materia normativa, también se han registrado avances en algunos de los indicadores relacionados con la salud, la nutrición y el desarrollo de los niños y niñas menores de 6 años. No obstante, es preciso reconocer la persistencia de indicadores nacionales y subnacionales, que reflejan las grandes inequidades del país y la grave situación de vulneración de los derechos de las niñas y niños, como son entre otros, las tasas de desnutrición en varios departamentos y regiones, la prevalencia de anemia como un problema de salud pública, las todavía bajas coberturas de vacunación, la mortalidad neonatal y las bajas coberturas de atención integral en el componente de educación inicial.

²⁹ Consejo Nacional de Política Económica Social, Republica de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: UNICEF/Colombia. Fondo de las naciones unidas para la infancia.2007.

Por otra parte, la salud materna y neonatal está estrechamente relacionada, ya que cuando una mujer pierde la vida casi siempre muere el niño o la niña recién nacida. En Colombia se ha logrado una notable reducción de la mortalidad infantil en las últimas décadas, pero infortunadamente la mortalidad neonatal que ocurre en el primer mes de vida, sigue soportando el mayor peso. Según cifras del DANE en el año 2005 ocurrieron 11.520 muertes de menores de 1 año, 63% de las cuales se presentaron en el primer mes de vida, esto es 8.640 niñas y niños recién nacidos.³⁰

La gravedad de estos datos contrasta con el conocimiento de que las causas de la mortalidad materna son en su mayoría evitables; en ella intervienen factores relacionados directamente con los servicios del sector de la salud, pero igualmente con la educación, el agua y el saneamiento, la comunicación, el transporte, los ingresos, la cultura, la discriminación y la violencia contra las mujeres, la falta de poder para tomar decisiones sobre sus cuerpos y sus vidas, para señalar solo las más importantes.

Las causas de las muertes derivadas de la maternidad son por lo general las mismas en todos los países: trastornos de la hipertensión, hemorragias, retención fetal y abortos practicados en condiciones inseguras e infecciones, pero en los países pobres las mujeres son más vulnerables debido a la negación permanente de sus derechos fundamentales y a la falta de poder para exigirlos. De hecho, se puede constatar que existe una estrecha asociación entre diversos aspectos de la situación de la mujer y el riesgo de contraer una enfermedad derivada de la maternidad o incluso de morir por eventos asociados a la misma. Por ejemplo, las condiciones nutricionales, educativas y sociales de la mujer determinan en gran medida los riesgos que corre durante el embarazo y el parto. Las consecuencias de la mortalidad materna son graves para la familia y la comunidad, por cuanto la familia se desestabiliza y disgrega, por lo general el neonato también fallece en el curso del primer año de vida, las niñas y niños pequeños no reciben los cuidados necesarios para su óptimo desarrollo, y la sociedad

³⁰ UNICEF/Colombia. Fondo de las naciones unidas para la infancia.2007.

se ve privada de un recurso humano cuya labor remunerada y no remunerada es fundamental para el desarrollo humano.

1.4 CUIDADO DEL NIÑO

Todos los niños se benefician del cuidado: la salud, la nutrición y el bienestar general florecen en un buen ambiente de atención. Para los niños pequeños, la relación entre el cuidado y la nutrición es muy importante. En este capítulo, se da especial atención al niño pequeño y cómo el cuidado que recibe puede influir en su nutrición. Los bebés y los niños pequeños hasta los tres años de edad dependen casi totalmente de otros para recibir alimentos y por lo tanto para obtener una buena nutrición. Los niños de tres a cinco años de edad pueden contar con cierta habilidad para conseguir alimentos, seleccionar una dieta y alimentarse a sí mismos, pero en la mayoría de las sociedades los niños de alrededor de seis años o en edad escolar, también deben ser considerados como personas que necesitan que se les alimente. De allí en adelante, la atención o cuidado es recomendable pero no esencial para la supervivencia. Sin embargo, una buena atención siempre influirá positivamente sobre el estado nutricional y el bienestar.

De las tres causas que determinan la desnutrición, a saber alimentos, salud y cuidados, la que ha sido menos investigada y cuya función es menos entendida es el cuidado o atención. Desde hace tiempo se sabe que la seguridad alimentaria y la salud tienen una relación importante con la nutrición. Hay unos pocos programas diseñados para mejorar la nutrición, incluyen un conjunto de acciones dirigidas a los problemas que se relacionan con el cuidado o atención.

La palabra inglesa «cuidado» es un verbo y un sustantivo. En *The Oxford English Dictionary* hay definiciones sobre el verbo que incluyen: sentir preocupación o interés, suministrar alimentos o asistencia (niños inválidos, etc.), buscar y proveer, y los significados correspondientes al sustantivo incluyen: solicitud, ansiedad, atención

responsable, cuidado, precaución, custodia y protección. Engle (1992) estableció una definición de trabajo que se relaciona con el cuidado de los niños pequeños: «el cuidado se refiere a comportamientos como la lactancia, diagnóstico de enfermedades, determinación de cuándo el niño está listo para recibir alimentación suplementaria, estimular su lenguaje y otras capacidades cognoscitivas y brindarle apoyo emocional»³¹.

En casi todos los países en desarrollo, es por lo general la madre quien cuida a la criatura y al niño muy pequeño, como lo hace la familia allegada, como abuelas, hermanos, el padre, otros miembros de la familia y personas fuera de la familia que con frecuencia contribuyen al cuidado del niño. A medida que el niño crece, el cuidado se brinda cada vez más fuera del ámbito del hogar, por ejemplo, en guarderías infantiles. Un cuidado efectivo es importante no sólo para la supervivencia del niño sino también para su óptimo desarrollo físico y mental, y para una buena salud. El cuidado igualmente contribuye al bienestar general y a la felicidad del niño, que en otras palabras es una buena calidad de vida. El cuidado influye en el niño y éste influye en el cuidado.

Un nivel inadecuado de alimentos, salud y atención, que llevan a la malnutrición, pueden ser factores en los ámbitos internacional, nacional, local y familiar. El cuidado del niño puede estar influido por factores internacionales, como guerras, bloqueos u otros determinantes que mantienen a las naciones en la pobreza; factores nacionales, como asuntos relacionados con la equidad y disponibilidad de buenos servicios de salud y educación; factores locales como distribución de la tierra, clima, abastecimiento de agua y atención primaria de salud; y factores familiares, como presencia de otros

³¹ LATHAM, Michael. Human nutrition in the developing world. Documento de la FAO. 2005. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.fao.org/docrep/W0073E/W0073E00.htm>

miembros de la familia, tipo de hogar, disponibilidad de agua, higiene del hogar y conocimientos de la madre.

1.4.1. Protección, apoyo y promoción de buenas prácticas de cuidado

Los comportamientos que se relacionan con el cuidado y que contribuyen a la buena nutrición, la salud y el bienestar del niño, varían mucho de una sociedad a otra y entre las diferentes culturas. Un primer supuesto es que casi todas las sociedades valoran a los niños y desean verles crecer para convertirse en adultos saludables, inteligentes y productivos. Una segunda consideración más debatible, es que las sociedades, en general, tienen prácticas de cuidado tradicional o culturalmente determinadas, cuya mayoría son buenas y contribuyen al desarrollo del niño.

Además de estas dos presunciones, se piensa que en África, como en la mayoría de los países de Asia y América Latina, en la década de 1990, los problemas relativos al buen cuidado de los niños se pueden relacionar más con un deterioro de las prácticas tradicionales de cuidado, que con el hecho de que estas prácticas de cuidado en la sociedad hayan sido erróneas o inapropiadas, o determinantes importantes de malnutrición. Existen excepciones: por ejemplo, una práctica tradicional de cuidado que ha sido un importante factor de malnutrición es favorecer, en términos de dieta, salud y cuidado, a los varones sobre las niñas en algunas áreas del Asia meridional. Las prácticas tradicionales de cuidado en su término más amplio se han alterado, frecuentemente en el peor sentido, como consecuencia de la modernización, la occidentalización y el aumento de la urbanización y sobre lo que más se ha escrito, es el descenso de la lactancia materna, que era una excelente práctica tradicional en casi todo el mundo. Este descenso se debe en parte a las ideas modernas, y las prácticas médicas de profesionales de la salud que se orientan hacia occidente³².

³² Food And Agriculture Organization Of The United Nations. Cuidados y nutrición. Capítulo 36. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s14.htm>

1.4.2. Identificación de buenas prácticas de cuidado

Las madres, los padres, las familias y las comunidades realizan acciones permanentes que influyen en la nutrición. Estas acciones se presentan en el área de los alimentos, la salud o el cuidado. Se basan en, o surgen de, decisiones cotidianas. Pueden tener una influencia positiva o negativa, o pueden ser neutras.

El primer paso para tomar decisiones que lleven a acciones para proteger, apoyar y promover un buen cuidado de los niños es evaluar las prácticas de cuidado actuales que pueden influir en la nutrición. Para muchos países, donde existe un conocimiento bastante bueno sobre la situación alimentaria y sobre el estado de salud y atención de salud, puede haber muy pocas experiencias publicadas sobre el cuidado de los niños, sobre todo con respecto a la nutrición. En general se contará con alguna información sobre la lactancia natural y prácticas de destete, pero a menudo hay muy pocos datos o incluso descripciones con respecto a las prácticas de cuidado que influyen sobre el desarrollo psicosocial y motor, factores maternos como la autoestima de las madres y sus creencias y actitudes sobre el cuidado de su bebé, o factores del hogar y comunitarios que tienen una gran influencia en el cuidado de los niños.

Un enfoque útil para identificar las prácticas de cuidado a los niños que parece ser deseable podría ser investigar «desviaciones positivas» en una comunidad. Las desviaciones positivas son los niños pequeños que cuentan con un estado nutricional bueno aunque vengan de hogares muy pobres, tengan madres no educadas, cuenten con acceso limitado a los alimentos y a los servicios de salud y vivan en una comunidad donde casi todos los niños presentan malnutrición. Se ha encontrado que las madres y las familias con desviaciones positivas cuentan con un grupo de prácticas de cuidado que no son generalmente las utilizadas por otras familias y, por lo tanto, se puede suponer que todas o algunas de estas prácticas son buenas y merecen protección,

apoyo y promoción. También puede ser útil hacer una comparación de desviaciones negativas y positivas.

1.4.3. Acciones en pro de un adecuado cuidado para asegurar buena nutrición

Las acciones en favor de un buen cuidado se pueden dividir en tres grupos: oferta de servicios, desarrollo de capacidad y fortalecimiento del individuo. Estos grupos pueden operar en diversos niveles en una sociedad (desde el nivel nacional hasta el familiar) y cada uno contribuye a los otros.

La oferta de servicios en apoyo al cuidado del niño puede abordar las causas más inmediatas y algunas veces puede ser curativo en vez de preventivo; ejemplos de ello son la rehidratación oral por diarrea, desparasitación y alimentación infantil con énfasis en los niños malnutridos. En otros casos, la prestación de servicios puede tratar problemas de arriba hacia abajo y pueden ser preventivos hasta cierto punto; como por ejemplo la vacunación y las guarderías organizadas. Se debe aceptar que la oferta de servicios puede no ser sostenible o, si es sostenible, se deben mantener durante un largo período, a menos que otros cambios prevengan o curen definitivamente el problema en la sociedad, no solamente en el niño individual. La rehidratación oral previene la muerte en un niño y trata la deshidratación, pero no reduce la prevalencia o incidencia de la diarrea en la sociedad.

El siguiente nivel de acción, el desarrollo de capacidad, enfoca no las causas inmediatas sino las subyacentes de la desnutrición. Por lo tanto, en general las acciones a este nivel son preventivas en vez de curativas y tienen la probabilidad de ser más sostenibles. Estas acciones además tienden a contar con más éxitos y trabajan sobre todo desde la base hacia arriba, y no desde la cúpula hacia abajo. El desarrollo de capacidades se considera de vital importancia para contar con un mejor cuidado con respecto a la nutrición y puede incluir protección, apoyo y promoción. Los ejemplos incluyen prácticas de alimentación infantil que permitan la fácil transición de una

lactancia exclusiva a una alimentación mixta, alimentándolos exclusivamente con alimentos caseros; prácticas de cuidados a los niños que son estimulantes e influyen en un buen desarrollo psicosocial; educación en salud para brindar conocimientos sobre la protección contra las enfermedades, y la higiene y saneamiento del hogar para prevenir la diarrea y las infecciones intestinales por parásitos.

El tercer nivel, o sea el fortalecimiento individual, va más allá de las fronteras de la oferta de servicios y sobre todo del desarrollo de capacidad. Sin embargo, las acciones que fortalecen a las madres tratan generalmente sobre las causas fundamentales de la malnutrición infantil. El fortalecimiento de las mujeres implica garantizar que muchas mujeres tengan derechos que en algunas sociedades no tienen. Cada mujer, en todas partes, debe tener derecho a tener ingresos; a no estar agobiada de trabajo; a amamantar libre y fácilmente; y a tener un acceso razonable a servicios y recursos y actividades para el desarrollo de su capacidad. Las acciones posibles de fortalecimiento incluyen las que mejoran los ingresos de la madre, o el control de los ingresos de la familia; ofrecer un buen acceso a servicios de salud para las mujeres y sus niños; un manejo del suministro de agua para disminuir la carga en las mujeres; y muchas otras actividades que reduzcan la pobreza y aumenten la equidad.

El apoyo de buenas prácticas de cuidado es indudablemente una acción importante también, pero quizás no es una alta prioridad de investigación, aunque se requiera hacer algunas investigaciones al respecto.

Se sabe relativamente poco sobre las buenas prácticas de cuidado familiar que no son en la actualidad la norma y que deben promoverse o buscar medios para promoverlas. Dondequiera que las prácticas de cuidado sean inadecuadas y sean causa de malnutrición, es necesario realizar estudios sobre alternativas apropiadas, cómo se podrían promover y su posible impacto en la nutrición infantil.

Se han publicado algunas investigaciones sobre distribución intrafamiliar de alimentos, protección alimentaria dentro de la familia, frecuencia de las comidas, densidad energética de los alimentos y algunos otros temas prácticos; pero se sabe muy poco sobre varios temas importantes que se relacionan con el cuidado y cómo éste influye sobre la nutrición. Algunas de las preguntas que todavía no se han contestado son:

- ¿Cómo influyen las características psicológicas maternas y la salud mental en la alimentación del niño?
- ¿Cómo influye la modernización, occidentalización, urbanización y madres que trabajan lejos del hogar, en el cuidado del niño y su nutrición?
- ¿Cuál es el impacto de una nutrición y salud deficientes de la madre en el desarrollo del niño?
- ¿Cuál es la importancia de las estrategias para que las madres y otros miembros de la familia asignen más tiempo al cuidado del niño que a otras necesidades?
- ¿Qué impacto tienen los factores relacionados con una lactancia exclusiva o prolongada sobre la salud y nutrición del bebé?
- ¿Qué tipo de prácticas maternas y familiares ayudan a proteger a los niños de las enfermedades?
- ¿Cuál es la magnitud y las causas de la anorexia infantil y cómo responden las madres a la falta de apetito en diversas culturas?

Los niños del mundo, nacidos y aún por nacer, dependen de que se encuentren respuestas a estas preguntas³³.

1.5. ORGANIZACIONES QUE PROTEGEN LOS DERECHOS DE LOS NIÑOS

En los últimos años la humanidad por medio de las organizaciones que protegen los derechos de los niños como la OPS, OMS, UNICEF, ONGS Internacionales, el ICBF, el

³³ Ibid., pág. 37.

programa de Acción Social de La República de Colombia entre otros, han vuelto su mirada y centrado su interés en la búsqueda de programas que contribuyan a garantizar el buen desarrollo de los niños y niñas del mundo en especial de aquellos que viven en las regiones de mayor vulnerabilidad.

Hasta el momento se tiene como resultado diferentes acuerdos, políticas, estrategias y programas como ICDP (International Children Disease Promotion), Estrategia IAMI, AIEPI, la política SAN con los programas de Recuperación Nutricional, Desayunos Infantiles, Restaurantes Escolares, la declaración de los Objetivos del Milenio, la ley de Infancia y Adolescencia y las demás estrategias que pretenden disminuir la morbilidad y la mortalidad de la población infantil.

A continuación se abordan los programas que se desarrollan en Colombia o los apartes de los mismos y que tienen como finalidad mejorar la situación actual de los niños y niñas de nuestro país.

1.6 OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO

En la búsqueda de un compromiso universal y firme para alcanzar el desarrollo, Colombia y 188 Naciones más acordaron en la Cumbre del Milenio de septiembre de 2000 en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, ocho Objetivos de Desarrollo de largo plazo, con la coordinación de la Organización de las Naciones Unidas ONU, el Banco Mundial de Desarrollo BMD, el FMI y la OCDE. Cada país se comprometió a definir unas metas Nacionales que puedan ser alcanzadas para el año 2015, para cada uno de los Objetivos del milenio.

A continuación se presenta cada uno de los objetivos acordados por los países en la Cumbre anteriormente mencionada, precisando para el caso del presente trabajo los

que se relacionan directamente con la población infantil en Colombia así como las principales estrategias que es necesario implementar o fortalecer para su consecución. Consecuentes con el presente trabajo:

1.6.1. Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

La magnitud del desafío de erradicar la pobreza, depende no solamente de la cantidad de personas pobres en el mundo, sino también de cuán lejos están de la línea de pobreza. Considerando una línea de pobreza de \$1,25 por día. Los conflictos y persecuciones son las razones principales por las cuales las personas abandonan sus hogares, trasladándose dentro o fuera de las fronteras de sus países. Generalmente carecen de empleo y vivienda permanentes y sin el apoyo de redes de protección social caen fácilmente en la pobreza.

La nutrición infantil, especialmente en las poblaciones vulnerables, debería recibir una mayor prioridad en el desarrollo nacional. Esto requiere la iniciación del amamantamiento dentro la primera hora después del nacimiento, la lactancia materna como método de alimentación exclusivo durante los primeros seis meses, una alimentación complementaria oportuna y adecuada a partir de los seis meses de edad, y la continuación del amamantamiento hasta los dos años por lo menos. La prevención del bajo peso al nacer también es importante. El estado nutricional de la madre antes y durante el embarazo es un determinante clave del peso del bebé al nacer. Este último, además, tiene una influencia crítica en las posibilidades de supervivencia del recién nacido, su crecimiento, salud a largo plazo y desarrollo psicosocial.³⁴

Una nutrición adecuada es vital para la formación del sistema inmunitario de los niños y para su desarrollo motor y cognitivo. Sin embargo, casi uno de cada cuatro niños en las

³⁴ Pan American Health Organization. "Informe de terminación de proyecto (Programa de asignación familiar)" Washington DC Octubre 2006. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=doc...

regiones en desarrollo padece insuficiencia ponderal. Las consecuencias de esto pueden ser fatales: más de un tercio de las muertes infantiles en el mundo son atribuibles a la subnutrición.

En pro de éste objetivo el gobierno nacional creó el Programa de Restaurantes Escolares, también en el Departamento del Cauca, cuyo objetivo es contribuir al acceso, a la asistencia regular y evitar la deserción del sistema escolar de niños que pertenecen a familias con vulnerabilidad social y económica matriculados en establecimientos educativos del sector público.

1.6.2. Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal.

Tener acceso a la educación es solamente una parte de la solución. Para lograr la enseñanza primaria universal se requiere completar todo el ciclo de instrucción primaria. Millones de niños que se matriculan cada año abandonan los estudios con el tiempo. En cobertura podría decirse que Colombia ya está cerca de alcanzar los objetivos en educación básica primaria, así que los grandes retos en este campo están en extender las coberturas en preescolar y en educación básica secundaria y media, especialmente para la población más pobre y dispersa.

Por otra parte, a la par con la cobertura, los esfuerzos deben concentrarse muy especialmente en la calidad de la educación, en la pertinencia de los contenidos y en la continuidad de los menores en escuelas y colegios.

1.6.3 Objetivo 3 Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.

El mundo sigue avanzando hacia la paridad de género en la enseñanza, así lo demuestra la evolución de la razón entre la tasas bruta de matriculación de niñas y niños. En todo el mundo, las mujeres están comenzando a ocupar una mayor variedad de cargos de liderazgo político. A enero del 2009, en 31 cámaras parlamentarias las

mujeres lograron ocupar el más alto cargo parlamentario, el de presidenta. Dicha cifra se ha mantenido más o menos constante en los últimos diez años.

Las desigualdades de género asociadas con la pobreza y con el hecho de residir en zonas rurales son incluso más pronunciadas en el contexto de la enseñanza secundaria. Las costumbres y prácticas culturales que promueven el matrimonio a edad temprana, el aislamiento de las jóvenes, o que atribuyen más valor a la enseñanza de los varones que a la de las mujeres pueden crear enormes obstáculos a la paridad de género.

A pesar de que el país desde hace unos años cuenta con un sólido marco constitucional y de que existe un sistema institucional que pretende garantizar los derechos de la mujer, estos mecanismos todavía son insuficientes para proteger a la población femenina de la violencia de pareja, alcanzar su plena participación política y crear condiciones para su total inserción económica, a pesar de su mayor nivel educativo.

1.6.4 Objetivo 4 reducir la mortalidad infantil

Entre 1980 y 2000, la mortalidad en menores cinco años se redujo más de la mitad. En el 2007, la tasa de mortalidad de menores de cinco años era de 67 por cada 1.000 nacidos vivos, una mejora respecto a la cifra de 93 registrada en 1990. Sin embargo, muchas de las causas de esas muertes son evitables con las herramientas técnico-científicas de bajo costo que existen en la actualidad para prevenir, detectar y resolver los problemas de salud. Por ejemplo, es vergonzoso que el 13% de las muertes en infantes sean por causa de desnutrición. Así mismo, la vacunación en vez de avanzar en coberturas retrocede.

La proporción de hijos fallecidos es mayor en las mujeres sin control prenatal y entre aquellas que terminan sus controles antes del séptimo mes. Cuando la madre ha tenido

control prenatal la mortalidad infantil es de 15 por mil NV, en tanto que cuando no ha tenido controles esa cifra se triplica hasta 44 por mil NV.

1.6.5 Objetivo 5 mejorar la salud materna.

Medir la mortalidad materna es una tarea difícil, ya que es común y la sistemática notificación incompleta o errónea de la información y que las estimaciones presenten amplios intervalos de incertidumbre.

Las madres muy jóvenes tienen probabilidades más altas de morir o sufrir complicaciones durante el embarazo y el parto que las adultas. El embarazo en adolescentes en Colombia llega al 19%. Además, los hijos de madres muy jóvenes corren también un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. Las embarazadas menores de 15 años tienen 5 veces más posibilidades de morir durante el parto que las mujeres entre 20 y 30 años.

Colombia ha logrado después de la expedición de la Ley 100 del 93 un importante aumento en las tasas de cobertura en la salud, tanto en régimen contributivo como en el solidario, ese incremento se ha visto reflejado en atención institucional a mujeres en gestación y en controles prenatales; no obstante, no deja de ser contradictorio que muchos de los embarazos en adolescentes o la mayoría de las muertes por cáncer de cuello uterino se den en población afiliada al sistema de salud.

En salud sexual y reproductiva en el departamento del Cauca (SSR), el MPS ha implementado un proyecto de Información, Educación y Comunicación masiva e interpersonal para la promoción de la SSR y prevención de la fecundidad en adolescentes bajo el lema “Derechos convertidos en hechos”. Igualmente, se han

desarrollado campañas publicitarias, de información y comunicación para la reducción del embarazo en adolescentes y de la mortalidad materna.³⁵

1.6.6. Objetivo 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

El número de nuevas infecciones por VIH en el mundo alcanzó su nivel máximo en 1996 y desde entonces ha ido disminuyendo hasta 2,7 millones en el 2007.

El conocimiento acerca de la transmisión del VIH y formas de prevención aumenta lentamente entre los jóvenes. Sin embargo, en la mayoría de los países todavía es demasiado escaso y está muy por debajo del objetivo fijado en el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, que proponía para el 2010 un 95% de la población con conocimiento amplio sobre el VIH.

El sector de la educación es una vía fundamental para la prevención del VIH. Tanto a los niños como a los adolescentes en edad escolar de primaria y secundaria, es esencial brindarles información específica sobre cómo prevenir el VIH, la misma debería estar adaptada para cada sexo y adecuada para su edad y les proporcionará la capacidad para la solución de problemas, negociación y toma de decisiones necesarias para poner sus conocimientos en práctica.

Muchos de los niños afectados por el SIDA tienden a concentrarse en hogares pobres y con bajos niveles de educación. Por ello, asistir a todos los niños vulnerables es una estrategia inteligente y económica para llegar a los niños afectados por el VIH y el

³⁵ Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación 91. "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015" Bogotá. 2005. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/.../Conpes%20Sociales/091.pdf

SIDA. Seleccionar sólo a niños que han perdido a su madre o padre a causa del SIDA no solo los estigmatiza, sino que es prácticamente imposible.

La feminización de la epidemia está ocurriendo en forma gradual en todo el país y con mayor intensidad en algunas regiones. La razón de casos hombre-mujer ha descendido de 20/1 hombres por cada mujer al comienzo de la epidemia, a 3:1 hombres por cada mujer entre 2000 y 2004.

1.6.7 Objetivo 7 Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Las emisiones de dióxido de carbono contribuyen al efecto conocido como los gases de efecto invernadero, que es un aumento de la temperatura mundial que actualmente ya está afectando a la población, las plantas y los animales del planeta.

Incorporar los principios del desarrollo sostenible a las políticas y los programas nacionales, y propender por la reducción del agotamiento de los recursos naturales y de la degradación de la calidad del medio ambiente y la eliminación del consumo de sustancias agotadoras de la capa de ozono (SAO) y la reducción de las emisiones de CO₂.

Colombia crece sin asegurar todavía la sostenibilidad ambiental en las áreas rurales (con problemas como la expansión de la frontera agrícola, la colonización, destrucción de parques, reservas naturales y bosques e insuficiencia en el saneamiento básico), con problemas heredados en las áreas urbanas (asentamientos precarios, cobertura incompleta de acueducto y alcantarillado) y carga con otros nuevos (cultivos ilícitos, emisiones de CO₂, sustancias que agotan el ozono y demandas de grupos de población desplazada).

De 114 millones de hectáreas de extensión continental Colombia posee alrededor de 55 millones cubiertas por bosque naturales. De mantenerse la actual tasa promedio anual

de deforestación (0,15%) y ante la debilidad de incrementar la cobertura, la superficie boscosa del país pasaría del 48,7% en 2001 al 46,95% en 2025.

1.6.8. Objetivo 8. Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

En su reunión de abril del 2009, los dirigentes del Grupo de los 20 acordaron aportar 50 mil millones de dólares para financiar servicios de protección social, impulsar el comercio e incentivar el desarrollo de los países de bajos ingresos. También acordaron, durante los próximos dos a tres años, proporcionar a los países más pobres 6 mil millones de dólares en concesiones y financiación adicional flexible.

El uso de Internet y de la telefonía móvil están aumentando a un ritmo constantemente, cerca de la quinta parte de los habitantes del mundo, tenía acceso a Internet a finales del 2007. En las regiones en desarrollo, el acceso a Internet puede ayudar a lograr los objetivos de desarrollo del Milenio, en particular en las áreas de salud, educación y la eliminación de la pobreza.³⁶

También se espera que los países más desarrollados cooperen con los países en desarrollo en el progreso de asuntos nacionales como la inserción laboral de los jóvenes (meta 16), a proporcionar acceso a medicamentos esenciales y al aprovechamiento de los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular, las de información y comunicaciones. Por consiguiente, hay que poner manos a la obra desde ahora. También debemos aumentar la asistencia para el desarrollo a nivel mundial en más del doble durante los próximos años, pues sólo así se podrá contribuir al logro de los objetivos."³⁷

³⁶ Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA) – Julio del 2009.

³⁷ La Palma...Tierra de Mucha Bondad hacia las metas de milenio. Municipio de la Palma, Cundinamarca. línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. [en línea]. [Citado el 15 de noviembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.lapalma-cundinamarca.gov.co/odm.shtml>

Los ODMs para el departamento del Cauca no son más que unas metas que espera cumplir el municipio para asegurar mejoras significativas y sostenibles en el cubrimiento de las necesidades básicas a toda la población, en especial a aquella que se encuentra en condiciones de pobreza extrema o mendicidad, el acceso a servicios básicos, salud, educación, y una mejor nutrición y medio ambiente, dando especial énfasis a las poblaciones más desprotegidas y vulnerables de nuestro municipio. Igualmente, espera mostrar las estrategias y vínculos con los planes de desarrollo para cumplir entre los años 2015 y 2019.

Los objetivos de desarrollo del milenio para el cauca se enmarcan dentro de los programas desarrollados a nivel regional con lo cual aunque el avance no ha sido lo esperado en cuanto a situación de salud de la población infantil como lo muestran las cifras mencionadas anteriormente, se está fortaleciendo una gran cohesión social entre los diferentes estamentos como universidades, asociaciones y organismos estatales así como ONG que han efectuado una mayor inversión sobre esta población tan afectada por la situación del conflicto, para Popayán se siguen los mismos lineamientos y se espera fortalecer la situación de la salud infantil y disminuir los índices de pobreza y hambre de la población a través de la generación de empleo, aunque se presentan muchas dificultades los esfuerzos han sido enormes pero hace falta de compromiso estatal.

Según la quinta conferencia mundial de promoción de la salud —*Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad*— celebrada en junio del año 2000, se apoyó en los logros de las cuatro Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, haciendo hincapié en particular en las prioridades de la última Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud celebrada en Yakarta, Indonesia, en 1997, en la cual se identificaron cinco prioridades: 1. Promover la responsabilidad social en materia de salud; 2. Ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo; 3. Ampliar y consolidar las formación de alianzas en pro de la salud; 4. Aumentar la inversión en el desarrollo de la

salud y 5. Asegurar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud. Además se formuló la persistencia de dos retos en el siglo XXI, como son: demostrar y comunicar de mejor forma que las políticas y las prácticas de promoción de la salud pueden marcar una diferencia en la salud y la calidad de vida; y alcanzar una mayor equidad en la salud³⁸ que están íntimamente relacionados con los objetivos de desarrollo del milenio.

1.7. HOGARES COMUNITARIOS DEL BIENESTAR.

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) inició en 1987 el programa no convencional de los Hogares Comunitarios de Bienestar (HOBIS), como parte de la política del gobierno del presidente Virgilio Barco, que definió como uno de los programas específicos el Bienestar y Seguridad Social. Era la primera vez que se planteaba en el país el establecimiento de un servicio masivo no formal para atender a los niños.

Este programa planteó como objetivo principal propiciar el mejoramiento de las condiciones de vida de las familias y el desarrollo armónico de los niños menores de 7 fortalecer la unidad familiar, contribuir al mejoramiento de la salud de la población infantil, mejorar las condiciones de las viviendas familiares que serán Hogares y favorecer actividades que contribuyan al mejoramiento de los ingresos familiares en los sectores de extrema pobreza.

HOBIS es un trabajo conjunto del Estado y la comunidad encaminado a fomentar el desarrollo del niño mediante procesos de socialización, mejoramiento del estado nutricional y de sus condiciones de vida.

³⁸ Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2010]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/5thGlobalConf.htm>

El ICBF y las comunidades ubican las zonas donde se requiere el inicio de Hogares Comunitarios. Previo diagnóstico, se agrupan los padres de familia interesados en Asociaciones de Padres con su personería jurídica, quienes determinan los hogares a crear, coordinan, administran los Hogares y seleccionan a las madres comunitarias.

El ICBF proporciona presupuesto para alimentación, dotación y mejoramiento de la vivienda que servirá como Hogar. Selecciona las madres comunitarias y cada una atiende a 15 niños por Hogar en un horario promedio de ocho horas diarias con remuneración equivalente a más de medio salario mínimo.

Las madres seleccionadas, las asociaciones y los proveedores son capacitados en desarrollo, salud y nutrición del niño, organización, programación de actividades, administración, identificación de necesidades y conocimiento del programa HOBIS. Mensualmente la Asociación provee al Hogar de material didáctico, equipos de aseo, combustible, mercado y la beca de la madre (poco más de medio salario mínimo), aporte que hacen los padres a la Asociación. El financiamiento es compartido entre el ICBF, ejecutor del programa, otras instituciones del Estado que colaboran con él, el sector empresarial, el sindical, los organismos no gubernamentales y la comunidad.

El programa ha sido evaluado por el Banco Mundial, en 1992, quien deduce: el bajo nivel educativo de las madres comunitarias; exagerado número de niños en algunos Hogares; poco apoyo con trabajo hacia las madres comunitarias por la misma comunidad; alto índice de maltrato intrafamiliar, según reportes de las madres comunitarias; deficientes condiciones físicas de los hogares y de los servicios públicos³⁹.

³⁹ Organización de los estados iberoamericanos para la educación ciencia y cultura. Hogares Comunitarios de Bienestar – HCB. Educación Inicial experiencias no escolarizadas. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2010]. Disponible en internet: <http://www.oei.es/inicial/colombiane.html>.

Teniendo en cuenta que los hogares tradicionales tienden a la humanización de la vida infantil, familiar y comunitaria; es de vital importancia que la madre tradicional que sea el modelo directivo que brinde seguridad, confianza y sobre todo sea el eje que genere acciones educativas dirigidas hacia una enseñanza y apropiación de actitudes tendientes al mejoramiento y optimización de las condiciones de vida , higiene y saneamiento, tratando que dichas acciones y practicas sean asimiladas al máximo por parte del niño y de la familia para que puedan ser trasmitidas y conservadas en la nueva generación⁴⁰.

El número de niños y niñas por hogar familiar es entre 12 y 14 menores de 5 años de edad, de los cuales solo 2 niños (as), pueden tener entre edades entre 6 meses y 2 años quienes se atenderán previa comprobación de desprotección transitoria. Sólo 1 un niño(a) puede ser discapacitado en cuyo caso solo se podrá atender 1 niño(a) menor de 2 años

1.7.1. Madre comunitaria / tradicional.

Es la persona encargada de brindarle protección y asistencia integrales al menor vulnerable mediante un Contrato de Servicios con la entidad estatal oferente (el Instituto Colombiano de Bienestar familiar, ICBF). La Madre debe cumplir ciertos requisitos como son: debe ser alfabetizada, mayor de 18 años y menor de 45, tener habilidad, disponibilidad, tiempo y espacio para atender a los niños, y asistir cumplidamente a las capacitaciones programadas por el ICBF. Las funciones de una Madre Tradicional o Comunitaria son fomentar de la recreación o actividades lúdicas, inculcar adecuados hábitos de aseo e higiene personales, valorar y vigilar el estado nutricional y de salud de los niños, proporcionar dieta balanceada empleando medidas correctas para la

⁴⁰ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Bogotá: Primera Encuesta Sistema de Evaluación de Impacto de Hogares Comunitarios de Bienestar, 1997

preparación y conservación de los alimentos, fomentar actividades que permitan estimular el buen desarrollo Intelectual y social del niño.

1.8. INSTITUCIONES AMIGAS DE LA MUJER Y LA INFANCIA (IAMI).

En 1.989 la OMS y El UNICEF a partir de la Declaración Conjunta de los “Diez pasos hacia una feliz lactancia materna” propone los Criterios Globales para los Hospitales Amigos de los niños, que son un conjunto de estándares acordados a nivel internacional para evaluar los logros obtenidos en la aplicación de los Diez Pasos.⁴¹

IAMI se inicia en Colombia en el año de 1991 con el Plan Nacional de Lactancia Materna, en respuesta a los compromisos adquiridos por el país en la Cumbre Mundial de la Infancia. Constituyó la estrategia eje del Plan con el propósito de recuperar la beneficiosa práctica de la lactancia materna y disminuir las altas tasas de morbilidad y mortalidad infantil.⁴² Los diez pasos hacia una lactancia exitosa fueron diseñados para promover, proteger y apoyar la lactancia materna, su puesta en marcha en las instituciones de salud con atención materna e infantil, fue demostrando la gran potencialidad de la estrategia como integradora de los procesos de gestación, parto, puerperio y crecimiento y desarrollo infantil, lo cual necesariamente condujo a plantear el tema de la calidad de la atención⁴³.

Algunos atributos de la Calidad que mejoran cuando se implementa la Iniciativa IAMI:

- Oportunidad: Las gestantes y madres en lactancia, sus hijos o hijas y sus familias, son atendidos con facilidad y rapidez en el momento en que demandan el servicio.

⁴¹ BLÁZQUEZ, María Jesús. Bases científicas de los Diez pasos IHAN. Curso de Medicina Naturista-2003. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/DIEZ%20PASOS.pdf

⁴² UNICEF. Instituciones amigas de la mujer y la infancia. 2004. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm>

⁴³ Ibid., pág 51.

- Atención humanizada: Se favorece la participación familiar durante la gestación, el nacimiento y el amamantamiento.
- Atención personalizada: “Cada ser humano es único e irrepetible”⁴⁴ Cada madre y familia tiene fortalezas y debilidades diferentes que el personal de salud.
- Pertinencia: La atención oportuna, con calidad y calidez en la gestación, el parto y el puerperio, son intervenciones altamente costo efectivas para la salud y la vida de madres, niñas y niños que permiten dar respuesta oportuna y acertada a sus necesidades.

La iniciativa IAMI se desarrolla a través de una metodología que le permite al personal de salud prestar un servicio integral con calidad y calidez. Consiste en cumplir 10 pasos que contemplan:

PASO 1 Disponer de una política en favor de la salud y nutrición materna e infantil con enfoque de derechos y perspectiva de género que incluya los Criterios Globales de la iniciativa IAMI, garantice la calidad, calidez e integralidad de los servicios y programas dirigidos a la mujer y a la infancia y se ponga sistemáticamente en conocimiento de todo el personal de la institución tanto profesional como de apoyo logístico y administrativo.

PASO 2 Capacitar a todo el personal que atiende a mujeres, niñas, niños, adolescentes, en aspectos básicos de derechos humanos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, los Derechos del Niño y los 10 pasos de la iniciativa IAMI, de tal forma que estén en condiciones de poner en práctica la política institucional en favor de la mujer y la infancia.

PASO 3 Brindar a las mujeres gestantes educación, atención oportuna y pertinente para que puedan vivir satisfactoriamente su gestación y prepararse para el parto, el

⁴⁴ RAMÍREZ, Humberto et al. «El Niño Sano», Editorial Universidad de Antioquia, 1997.

puerperio y la lactancia materna, incluyendo la adecuada nutrición, y la preparación para el cuidado de sus hijas e hijos, favoreciendo el ejercicio de sus derechos, la participación familiar y en especial la corresponsabilidad del padre en el desarrollo familiar y social.

PASO 4 Garantizar la atención del trabajo de parto y el parto con calidad y calidez, en compañía de una persona significativa para la madre, dentro de un ambiente de respeto y libre de intervenciones profesionales innecesarias, favoreciendo el contacto piel a piel y el inicio temprano de la lactancia materna dentro de la media hora siguiente al parto.

PASO 5 Brindar orientación y ayuda a las madres y familiares acompañantes sobre el cuidado de las niñas y niños recién nacidos, lactantes, la adecuada nutrición de la madre durante la lactancia, mostrar a las madres la forma de colocar correctamente el niño al seno, enseñar las técnicas para mantener una lactancia exitosa incluso en caso de separación forzosa (hospitalización) y dar orientación sobre alimentación y cuidados en niñas y niños con condiciones especiales. Así mismo facilitar el registro civil al nacimiento, garantizar la consulta del recién nacido dentro de los 7 días siguientes al nacimiento, la consulta posparto, la remisión al control de crecimiento y desarrollo y a los grupos comunitarios de apoyo.

PASO 6 Promover y facilitar a las madres y sus familias la práctica de la lactancia materna en forma exclusiva y a libre demanda hasta los seis meses de vida, y educar sobre cómo continuar amamantando con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad y más.

No suministrar a los niños y niñas amamantados chupos ni biberones y cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las normas nacionales que lo adoptan.

PASO 7 Favorecer el alojamiento conjunto de la madre y el recién nacido y crear condiciones para mantener la lactancia materna incluso en situación de hospitalización de la madre y/o de su hijo o hija y permitir la presencia permanente de un familiar en los casos de hospitalización de niños y niñas de cualquier edad.

PASO 8 Proveer atención integral a niñas y niños menores de seis años, asegurando el seguimiento dinámico del crecimiento y desarrollo, la intervención oportuna de las alteraciones detectadas y la orientación a madres y sus familias sobre cuidados de alimentación y salud respetando la diversidad étnica y cultural.

PASO 9 Garantizar entornos protectores y espacios amigables en toda la institución, en los que se respeten los derechos a la salud, la alimentación y nutrición, la información, la educación, la no discriminación, la participación y el trato digno, partiendo para ello del reconocimiento de las y los usuarios de los servicios como sujetos de derechos que obligan a las instituciones al cumplimiento de los mismos.

PASO 10 Diseñar estrategias y mecanismos de apoyo comunitario e institucional a las madres, los padres y las familias, que aseguren la continuidad de las acciones desarrolladas en las instituciones prestadoras de salud con los cuidados que las familias y los grupos de apoyo brindan en el hogar y en la comunidad, a fin de promover la salud de madres, niñas y niños, prevenir la enfermedad, y favorecer el desarrollo infantil temprano y la atención integral de niñas y niños desde la gestación hasta los seis años.

IAMI con un enfoque integrador hacia la primera infancia que busca “asegurar que las niñas, los niños y las mujeres tengan una buena alimentación y atención de la salud durante toda su vida iniciando desde la gestación y el parto, ya que el bienestar de los niños y las niñas es inseparable del de sus madres, ofrecer a los niños el mejor

comienzo en la vida para que sobrevivan y se desarrollen, lo cual permite sentar las bases para el cumplimiento de todos sus demás derechos"⁴⁵

1.9. SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL (SAN)

En el mundo la tendencia es inevitable: más y más personas del mundo en desarrollo viven en las ciudades. En el año 2020, el número de habitantes de los países en desarrollo aumentará de 4.900 millones a 6.800 millones. Un 90% de este incremento se producirá en las ciudades y los pueblos en rápido crecimiento. Por lo tanto, incluso en países con extensas zonas rurales, la pobreza, la inseguridad alimentaria y la desnutrición urbanas son problemas de hoy, no de mañana. Por el bien de los millones de personas con hambre y desnutrición que viven hoy en día en las ciudades y del de los millones de seres que pueden verse obligados a vivir en ellas mañana, los gobiernos, los organismos de desarrollo y las comunidades han de actuar ahora. Tienen que trabajar con energía, confianza y acierto para promover políticas, incluso las de fomento del desarrollo rural, para enfrentar al creciente fantasma de la pobreza, el hambre y la desnutrición urbanas y de ese modo lograr el objetivo de seguridad alimentaria y nutricional.

Desde sus inicios, las Naciones Unidas han establecido el acceso a una alimentación adecuada como derecho individual y responsabilidad colectiva. La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 proclamó que "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación..." Casi 20 años después, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1996) elaboró estos conceptos más plenamente, haciendo hincapié en "el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y

⁴⁵ UNICEF. Instituciones amigas de la mujer y la infancia. 2004. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm>

su familia, incluso la alimentación...", y especificando "el derecho fundamental de toda persona a estar protegida contra el hambre".

En Colombia la Seguridad Alimentaria Nacional se refiere a la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. El problema nutricional y alimentario de la población, en términos de morbilidad y mortalidad por enfermedades nutricionales propiamente dichas y por otras enfermedades asociadas a ellas; ejecutar los programas de nutrición y alimentación, ajustándolos a las necesidades, condiciones y recursos de cada región.

En Colombia mediante la ley 449 de 1998, se pretende garantizar el acceso a una alimentación adecuada a los menores de edad, cuando el acreedor de alimentos tenga su domicilio o residencia habitual en un Estado Parte y el deudor de alimentos tenga su domicilio o residencia habitual, bienes o ingresos en otro Estado Parte⁴⁶. Mientras que la ley 471 DE 1998, por medio de la cual se aprueba la "Convención sobre la obtención de alimentos en el extranjero", considerando que es urgente la solución del problema humanitario originado por la situación de las personas sin recursos que tienen derecho a obtener alimentos de otras que se encuentran en el extranjero, y que el ejercicio en el extranjero de acciones sobre prestación de alimentos o la ejecución en el extranjero de decisiones relativas a la obligación de prestar alimentos suscita graves dificultades legales y de orden práctico, se suscita la creación de los medios conducentes a resolver ese problema y a subsanar éstas dificultades⁴⁷

⁴⁶ Congreso de la republica de Colombia. Ley 449 de 1998. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1998/Ley_449.pdf.

⁴⁷ Diario Oficial No. 43.360. 11 de Agosto de 1998. LEY 471 de 1998. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: [http://search.babylon.com/home?q=LEY+471+DE+1998+\(agosto+5\)&babsrc=home&s=web](http://search.babylon.com/home?q=LEY+471+DE+1998+(agosto+5)&babsrc=home&s=web)

En el Cauca planteó una propuesta metodológica de SAN, la cual se ha venido desarrollando en el nivel local desde 1995. Durante este período se ha trabajado principalmente en municipios fronterizos, los cuales por regla general, resultan ser en aquellas áreas, más vulnerables y de mayor pobreza. Durante estos ocho años las acciones de las comunidades, sus municipalidades, las instituciones gubernamentales y no gubernamentales y el papel facilitador del INCAP/OPS han ido sembrando esfuerzos en favor de SAN.

El proyecto pretende lograr que los individuos y las familias en sus diversidades múltiples y en territorios multidimensionales de Bogotá gocen de seguridad alimentaria y nutricional, contando para ello con una disponibilidad suficiente y estable de los suministros de alimentos a nivel local, a precios justos, sin barreras al acceso oportuno y permanente por parte de todas las personas a los alimentos que se precisan, en cantidad, calidad e inocuidad, un adecuado consumo y utilización biológica de los mismos, y acceso a los servicios básicos de saneamiento y a la atención en salud, articulados a procesos integrales de desarrollo, y bienestar económico, político, social, cultural, jurídico y ambiental, compromete la realización de los principios y valores fundamentales asociados con el derecho a la vida y la dignidad humana, incorporados en la Declaración Universal de Derechos Humanos⁴⁸.

En el año 2005, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), hace una reflexión alrededor de la importancia de reconocer el derecho a la alimentación y la responsabilidad del Estado en su garantía, asumiendo un concepto integrador de SAN que contemplara *“la disponibilidad suficiente y estable en los suministros de alimentos, así como el acceso oportuno y permanente de todas las personas a los alimentos necesarios en cantidad, calidad e inocuidad y el adecuado consumo y utilización*

⁴⁸ Acción Social. Agencia Presidencial para la Acción Social y la Cooperación Internacional. Bogotá D.C. 2008.

biológica de los mismos”, para lo cual es indispensable el acceso a los servicios básicos de saneamiento y de atención en salud.

Por la anterior reflexión y gracias al análisis profundo del tema, en octubre de 2005 el ICBF realizó en la ciudad de Bogotá el primer *Congreso Internacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional*, cuya temática central fue el derecho a la alimentación, entendido como un desafío para el desarrollo humano. En el Congreso se revisaron diferentes temas y problemáticas colombianas relacionadas con la seguridad alimentaria y su abordaje como: capital social, hambre y desarrollo, tratado de libre comercio, agricultura urbana y periurbana, mapas de hambre, recomendaciones de consumo de energía y nutrientes, canasta básica de alimentos, nuevos patrones de referencia de crecimiento de niños y niñas menores de cinco años, tabla de composición de alimentos nacional, deficiencias de micronutrientes, SAN y grupos étnicos, SAN en emergencias y desastres y situación alimentaria y nutricional del país, entre otros.

De la misma manera, mediante documento Conpes Social 91 de 2005 “Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio – 2015” el país se compromete, en el objetivo 1 (erradicar la pobreza extrema y el hambre) reducir la desnutrición global en los niños menores de cinco años.

Finalmente, en el Plan Nacional de Desarrollo 2006 - 2010 se reconoce la importancia de formular una política de seguridad alimentaria y nutricional como una de las estrategias para lograr la garantía de los derechos fundamentales, económicos y sociales; el fortalecimiento del capital humano, de las condiciones regionales de desarrollo y paz, de la institucionalidad del Estado y la reducción de la pobreza.

Se puede decir también que una persona es susceptible de padecer hambre y/o malnutrición no sólo por un problema de disponibilidad o acceso a los alimentos, sino

también por los factores de riesgo asociados a sus dotaciones, que impiden que pueda obtener una canasta de bienes que le garantice una alimentación suficiente y adecuada. Para esto el Estado, la sociedad y la familia deben adoptar mecanismos para manejar socialmente los riesgos que puedan afectar la seguridad alimentaria y nutricional.⁴⁹

1.10. ATENCION INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA INFANCIA (AIEPI)

En el mundo cada día millones de padres acuden a hospitales, centros de salud, farmacéuticos, médicos y sanadores que aplican prácticas tradicionales en busca de atención sanitaria para sus hijos enfermos. Los estudios indican que en muchos casos estos dispensadores de salud no evalúan ni tratan adecuadamente a los niños, y que los padres tampoco reciben asesoramiento adecuado.

El costo anual por niño de la atención a los menores de cinco años en los distritos con AIEPI fue de US\$ 11,19, un 44% inferior al costo en los distritos sin AIEPI (US\$ 16,09). Gran parte de la diferencia se debió a las mayores tasas de hospitalización registradas entre los menores de 5 años en los distritos sin AIEPI. No toda esa diferencia puede atribuirse a la AIEPI, pero, aun excluyendo las diferencias en las tasas de hospitalización, el costo por niño fue un 6% inferior en los distritos con AIEPI.

En Colombia según el Perfil de Salud País (OPS-OMS- Actualización 2001) “La mortalidad por enfermedades transmisibles era tres veces mayor en las áreas en las cuales entre 90 y 100% de la población tienen necesidades básicas insatisfechas (NBI), comparada con las áreas en las cuales el porcentaje de población con NBI era menor

⁴⁹ Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/conpes.pdf>

que 20%. Según la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) entre 1995 y 2000, la tasa de mortalidad infantil fue de 21 por mil, la mortalidad neonatal 15 por mil y la mortalidad durante los primeros cinco años 25 por mil. Las tasas más altas se encontraron en la zona rural.

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue ideada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los niños menores de 5 años de edad y mejorar la calidad de la atención que estos reciben en los servicios de salud y en el hogar.

Las distintas estrategias para el control de determinadas enfermedades y problemas de salud se incorporaron para permitir la evaluación integrada de la salud de un niño cuando éste entra en contacto con un proveedor de asistencia sanitaria, ya sea en una institución o en la comunidad. La estrategia de AIEPI, por otro lado, incluye actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud, y en ella la consulta se utiliza como una oportunidad de mejorar los conocimientos, las actitudes y las prácticas relacionadas con el cuidado del niño en el hogar. Al integrar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades más frecuentes, las medidas preventivas y la promoción de la salud en una misma secuencia de evaluación.

La prevalencia de la desnutrición crónica en el 2000 era de 14% en menores de cinco años. El grupo más afectado era el de los niños de 12 a 23 meses. Además de los daños específicos, hay en Colombia problemas tales como la orfandad a causa de los

conflictos armados, la participación de los niños en estos conflictos y el trabajo infantil que afectan a la salud de los niños.⁵⁰

Los componentes para la implementación de la estrategia son tres:

1. Mejorar el desempeño del personal de salud para la atención de los menores de cinco años y sus familias (componente de personal de salud).
2. Mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud para brindar una atención eficiente y de calidad adecuada (componente de servicios de salud).
3. Mejorar los conocimientos y las prácticas de las familias para el cuidado y atención de las niñas y niños en el hogar (componente comunitario).

Para mejorar el desempeño del personal de salud AIEPI brinda un conjunto de **instrumentos prácticos** entre los que pueden mencionarse:

- Cuadros para la evaluación, clasificación y tratamiento de los menores de cinco años y materiales de capacitación sobre los cuadros.
- Guías para el seguimiento del personal de salud para apoyarlo en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI.
- Materiales de capacitación para mejorar la comunicación con los padres durante la evaluación de sus hijos, para brindar las indicaciones de tratamiento de los problemas, y para promover prácticas de crecimiento y desarrollo saludables.

Para mejorar la organización y el funcionamiento de los servicios de salud, AIEPI también dispone de un conjunto de instrumentos prácticos entre los que pueden mencionarse:

⁵⁰ Organización Panamericana de la Salud. Niños sanos: la meta del 2002. Declaración regional en apoyo a la estrategia AIEPI. OPS/OMS Washington Dc, Dic. 1999. [en línea]. [Citado el 10 de enero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-clinico2.pdf>

- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.
- Materiales de capacitación para la elaboración de planes locales para implementación, seguimiento y evaluación de AIEPI.
- Curso de capacitación para mejorar la disponibilidad de suministros y medicamentos para la aplicación de AIEPI.
- Protocolos de investigación epidemiológica y operativa sobre AIEPI.
- Guías para la evaluación de resultados de la aplicación de AIEPI.

Para mejorar los conocimientos y prácticas de los padres respecto del cuidado y atención de los menores de cinco años, AIEPI dispone de distintos *instrumentos prácticos*, entre los que pueden mencionarse:

- Dieciséis prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables.
- Guía para el desarrollo de proyectos comunitarios AIEPI.
- Guías para la evaluación de la atención de menores de cinco años en servicios de salud del primer nivel y en hospitales de referencia.

Contenidos

En su versión inicial, la estrategia AIEPI incluía un conjunto básico de enfermedades transmisibles y la condición nutricional de los niños como el foco central de su atención. Pero progresivamente, la estrategia se ha ido ampliando y en la actualidad se está finalizando la elaboración de cuadros complementarios para la atención de la mayoría de los problemas de salud y enfermedades que afectan a los menores de cinco años.⁵¹ La información disponible sobre enfermedades durante los primeros cinco años de vida también muestran que las enfermedades infecciosas y los trastornos nutricionales continúan siendo la principal razón para la pérdida de la condición de salud, y por esta

⁵¹ ROSES M. AIEPI: avanzando en la implementación. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS/AIEPI No. 2 Dic. 1999.

razón resultan determinantes en cuanto a las posibilidades de crecimiento y desarrollo saludables de los niños y niñas desde que nacen y hasta los cinco años de edad.

La mayoría de las enfermedades infecciosas que continúan afectando la salud de la niñez y que son responsables de más de 150.000 muertes anuales en el continente americano, puede ser prevenida o efectivamente tratada mediante la aplicación de intervenciones sencillas y de bajo costo. Sin embargo, miles de familias aún no disponen de acceso a estas intervenciones, o carecen de los conocimientos y de la práctica que les permitiría aplicarlas en el hogar y la comunidad.

Con base en esta situación, durante los primeros años de la década de los 90, OMS y UNICEF trabajaron en conjunto para diseñar una estrategia que integre todas las intervenciones de prevención, de tratamiento y de promoción de la salud que pueden contribuir a reducir la mortalidad y la morbilidad en la niñez y a fomentar mejores condiciones para la salud y el desarrollo de los niños y niñas durante sus primeros cinco años de edad: AIEPI—Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

Avances regionales

Hasta fines de 2001, diecisiete países de América Latina y el Caribe habían adoptado e implementado la estrategia *AIEPI—Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia*. En estos países, se concentra el 52% de la población menor de cinco años del continente; pero en ellos ocurre el 75% de las muertes anuales en este grupo de edad.

El componente comunitario está dirigido a madres comunitarias, promotores rurales de salud, comités de participación comunitaria, parteras, auxiliares de enfermería, auxiliares de consultorio y busca fortalecer las habilidades para la toma de decisiones en la familia y en la comunidad; ya que, se ha observado que hay numerosos problemas en relación con las prácticas de cuidado del niño.

El otro objetivo es brindar herramientas al agente comunitario para que sea partícipe de la gestión, lo cual creemos que es clave para su desempeño.

¿Cuáles son algunos de los beneficios del componente Comunitario de AIEPI?

- Contribuye al desarrollo e implementación de un proceso sostenido de promoción y preconización de prácticas saludables en el ámbito local que benefician a los menores de cinco años en todas sus fases de crecimiento y desarrollo.
- Facilita la coordinación de acciones en pro de la salud infantil entre las organizaciones de base, los agentes comunitarios de salud, los líderes locales, las autoridades, los maestros, las ONGs, las familias, y otros actores locales.
- Fomenta cambios en las actitudes y el comportamiento, dentro de las familias y entre los miembros de la comunidad local, que benefician las condiciones de salud del niño.

En el mundo cada año mueren alrededor de doce millones de niños antes de cumplir los cinco años de edad. Más de un 70% de estas muertes, que en su mayoría ocurren en países en desarrollo, se deben a enfermedades agudas de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas, paludismo, sarampión desnutrición, y con frecuencia a una combinación de varias.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, han unido sus esfuerzos para apoyar la implementación de la estrategia en los diferentes países de la Región de las Américas.⁵²

AIEPI Comunitario es el componente de atención integrada a la población infantil que vincula a los servicios de salud con la comunidad y la familia, para, en primer lugar, efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes de la infancia; en

⁵² Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de enfermedades. OMS y UNICEF.2006.

segundo lugar, realizar un tratamiento apropiado y completo; y en tercer lugar efectuar acciones de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud.

Enfocar la atención en los niños y no en la enfermedad, incorporando la prevención y la promoción a cargo de la comunidad evita las oportunidades perdidas y maximiza recursos, personal y resultados, contribuyendo a reducir la mortalidad y las enfermedades evitables en la infancia, mejorando también el crecimiento y desarrollo de los niños.

La aplicación de la estrategia AIEPI mejora los conocimientos y prácticas de la familia para el tratamiento y cuidado en el hogar, además que con la aplicación de la Estrategia de AIEPI Comunitario se vincula en una forma más cercana y sostenida todos los actores de la sociedad que de una u otra forma tienen que ver con la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

1.10.1 AIEPI Comunitario

Es el componente de atención integrada a la población infantil que vincula a los servicios de salud con la comunidad y la familia, para:

1. Efectuar un diagnóstico precoz de las enfermedades prevalentes de la infancia.
2. En segundo lugar, realizar un tratamiento apropiado y completo.
3. Efectuar acciones de prevención de las enfermedades y de promoción de la salud.

Enfocar la atención en los niños y no en la enfermedad, incorporando la prevención y la promoción a cargo de la comunidad evita las oportunidades perdidas y maximiza recursos, personal y resultados, contribuyendo a reducir la mortalidad y las enfermedades evitables en la infancia, mejorando también el crecimiento y desarrollo de los niños.

La Estrategia de AIEPI Comunitario se vincula en una forma más cercana y sostenida todos los actores de la sociedad que de una u otra forma tienen que ver con la salud, el crecimiento y el desarrollo del niño.

Con lo anterior, se pretende brindar una verdadera atención integral a todos los niños, que no se limite al aspecto curativo y que incluya a los padres de familia como agentes activos en el auto cuidado de la salud, y que se establezcan mecanismos de evaluación, seguimiento y fortalecimiento de la atención en salud infantil.

La Estrategia AIEPI tiene como objetivos principales los siguientes:

- Reforzar el concepto de integralidad de la atención de la salud del niño en los servicios de salud, cambiando el foco de atención, hasta ahora puesto en la enfermedad (motivo de consulta), hacia la atención global de la condición de salud del niño, permitiendo así identificar los principales problemas que le afectan (diagnósticos asociados).
- Fortalecer la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño.
- Lograr una mayor equidad en el acceso a la atención
- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, debida en particular a desnutrición, EDA, IRA, malaria y sarampión.
- Reducir la ocurrencia y gravedad de casos de EDA, IRA y sarampión.
- Mejorar la calidad de atención del niño en los servicios de salud, disminuyendo el uso inadecuado y excesivo de tecnología de diagnóstico y tratamiento.

- Introducir aspectos de promoción y prevención de la salud infantil en la rutina de la atención de los servicios de salud.
- Extender la atención integrada al nivel comunitario.

Las Dieciséis Prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludables contribuyen a estimular el crecimiento físico y el desarrollo mental, prevenir enfermedades, brindar la mejor asistencia domiciliaria, e Identificar precozmente cuándo buscar atención fuera del hogar.

Las primeras 8 prácticas se encaminan a apoyar el crecimiento físico y el desarrollo mental al incentivar la lactancia materna exclusiva por lo menos seis meses, a introducir a partir de los seis meses de edad, suministre a los niños alimentos complementarios recién preparados, de alto contenido nutricional y energético, continuando al mismo tiempo con la lactancia materna hasta los dos años o más.

1.11. MODELO TIAS

El cumplimiento de los programas propuestos en todos los niveles y relacionados con el mejoramiento de la situación de la salud infantil requiere del compromiso interinstitucional, se hace necesario de que todos estos programas funcionen de una manera coordinada ofreciendo continuidad en los procesos con la finalidad de garantizar una adecuada atención.

El modelo las “TIAS”, una propuesta de enfoque diferente pero a la vez integrador de tres estrategias en Salud Pública: IAMI (Instituciones Amigas de la Mujer y la Infancia), AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia), y SAN (Seguridad Alimentaria y Nutricional), a través de sus dos ejes integradores: El Enfoque de derechos y la Responsabilidad social con participación ciudadana, quiere contribuir al inicio parejo de la vida y el desarrollo infantil temprano de todos los niños de la

Comuna 2 de la ciudad de Popayán, buscando una mayor equidad en las condiciones de salud de la población, el acceso a servicios de calidad para satisfacer las necesidades fundamentales básicas, pero ante todo la integralidad de la atención de cada individuo, familia y comunidad del área de influencia de la comuna.

Se requiere entonces el uso de aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo con el desarrollo del modelo que nos permita enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria en comunidad, dichas aptitudes se conocen como Habilidades para la vida. (OPS, 2001).

1.11.1. IAMI

Tiene un enfoque integrador hacia la primera infancia:

“Asegurar que las niñas, los niños y las mujeres tengan una buena alimentación y atención de la salud durante toda su vida iniciando desde la gestación y el parto, ya que el bienestar de los niños y las niñas es inseparable de sus madres, ofrecer a los niños el mejor comienzo en la vida para que sobrevivan y se desarrollen, lo cual permite sentar las bases para el cumplimiento de todos sus demás derechos”

1.11.2. AIEPI

La condición integral significa que el niño sea abordado más allá de la sobrevivencia. Un niño sobreviviente y además sano, con potencialidades de desarrollarse plenamente será parte del esfuerzo constructivo y duradero para su familia y la sociedad.

1.11.3. SAN

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

1.11.4. FUNDAMENTACION DEL MODELO DE TIAS:

1. Desarrollo infantil temprano
2. Visión integral de Capital
3. Las capacidades ciudadanas y el fortalecimiento del tejido social
4. La Universidad integradora de los servicios de salud y la comunidad

1. Desarrollo infantil temprano.

La primera infancia se considera la etapa de desarrollo más importante de la vida. El 80% del cerebro de una persona se desarrolla entre los 0 y 3 años de edad. Los pensamientos, las sensaciones, los atributos de la personalidad y las capacidades motrices se forman durante este período. Las habilidades de comunicación: habla y lenguaje entre los 3 y 6 años.

En los niños de menos de 3 años se retrasa el desarrollo neurológico a causa de un cuidado prenatal inadecuado, desnutrición o falta de estimulación. Sus repercusiones negativas se tendrán el resto de la vida.

Los niños pequeños responden mejor cuando las personas que los cuidan usan técnicas diseñadas específicamente para fomentar y estimular el paso al siguiente nivel de desarrollo.

La habilidad del niño para pensar, para establecer relaciones y desarrollarse al máximo de su potencial está directamente relacionado con el efecto de la buena salud, una buena nutrición y una interacción social apropiada.

Garantizar el desarrollo infantil saludable es una inversión en la futura población activa del país y en su capacidad de progresar económicamente.

Las alternativas para favorecer el DIT pueden ser: brindar adecuados servicios (salud); formar a los maestros; formar a los padres y cuidadores; educar a través de los medios de comunicación; promover la participación de la comunidad, pactar agendas de ciudadanía y políticas públicas; favorecer la nutrición y el agua; favorecer un medio ambiente sano y la higiene; el aprendizaje temprano; y la protección.

2. Visión integral de Capital

La riqueza de las naciones la conforman distintos tipos de capital:

- Capital Humano: las personas, su potencialidad, funcionalidad y capacidad de generar nuevos recursos.
- Capital Financiero: recursos físicos y de dinero.
- Capital Social: relaciones que se tejen entre las personas para construir sus condiciones de vida.
- Capital Tecnológico: capacidad de sistematización productiva, de resolver problemas y agregar valor a distintos productos.

De la concepción integral de Capital se busca contribuir a construir riqueza y a disminuir pobreza. El Capital Humano desarrollado desde la infancia, el Capital Social promovido y mantenido en la comunidad y el Capital financiero y Tecnológico gestionados por ciudadanos con responsabilidad social.

3. Las capacidades ciudadanas y el fortalecimiento del tejido social.

Las capacidades ciudadanas entendidas como los conocimientos y habilidades que poseen las personas y que les permiten desarrollar sus distintos roles o funciones, se manifiesta de manera asertiva y eficiente.

Se llaman ciudadanas porque se relacionan con las condiciones y posibilidades de existencia y mantenimiento de la vida social en un territorio determinado.

El fortalecimiento del tejido social a partir de las comunidades y sus organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales, donde se entrelaza la trama que articula el interés público y el privado.

4. La Universidad integradora de los servicios de salud y la comunidad

Proponiendo con participación, la investigación y la acción –PIA-

La Universidad para investigar e integrar posibilitando mejorar la salud

La investigación desde la Universidad, aportando a la solución de nuestros problemas de salud, que ocasionan impacto social y económico

1.11.5. Competencias promotores TIAS

1. Motiva a las madres y sus familias sobre la importancia de la Lactancia Materna exclusiva hasta los 6 meses.
2. Orienta a las familias y a la comunidad sobre el correcto lavado de manos.
3. Vela por los derechos de la infancia y de la mujer.
4. Fomenta en la comunidad la responsabilidad en el cuidado y protección de la infancia y la participación ciudadana.
5. Promueve la participación de las familias y la comunidad en programas de seguridad alimentaria

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

El estudio es de tipo cualitativo etnográfico el cual describe aspectos culturales, de conocimiento y prácticas de cuidado de los niños, por parte de las madres de los hogares tradicionales de la comuna 2.

2.2 POBLACION SUJETO DE INVESTIGACIÓN:

25 madres tradicionales que cuidan a los niños y niñas de 2 a 5 años de edad que asisten a los hogares tradicionales del ICBF la comuna 2 del municipio de Popayán.

2.3 DELIMITACION DEL AREA DE ESTUDIO.

El estudio se realizo en 24 hogares tradicionales del Instituto Colombiano De Bienestar Familiar, ubicado en la comuna dos de Popayán, de los cuales participaron 24 madres que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

2.4 CRITERIOS DE INCLUSION:

- Las madres tradicionales inscritas en los hogares tradicionales del ICBF de la comuna 2 de la ciudad de Popayán.
- Madres tradicionales que acepten participar en el estudio.

2.5 CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Madres tradicionales que cambien de domicilio.

2.6 CATEGORIAS

A partir de la recolección de la información emergieron categorías como: Momentos pedagógicos de los niños y niñas, rol de la madre comunitaria con la alimentación del

niño, Enfermedades infantiles prevalentes de los niños y niñas y Vulneración de los derechos del niño en su casa.

2.7 VARIABLES:

En el presente estudio se tuvo en cuenta variables sociodemográficas y de salud para determinar el perfil sociodemografico de los niños y niñas que asisten a estos hogares , tales como: con los indicadores de edad, sexo, régimen seguridad social, registro civil, zona de residencia, condición de desplazamiento, tipo de vivienda, material de la vivienda, alcantarillado, número de personas que viven con el (la) niño (a), personas que duermen con el niño, modo de corregir, hermanos que cuidan al (la) niño (a) , en cuanto a las variables de salud se tuvo en cuenta los siguientes indicadores: esquema de vacunación, asistencia a control de crecimiento y desarrollo y enfermedades presentadas por los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales del ICBF.

2.8 METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Para determinar el perfil sociodemografico se tomó información a través de la ficha integral del niño y la niña donde tenían consignados los datos las madres comunitarias del ICBF. La información fue obtenida aleatoriamente al seleccionar tres fichas integrales del niño y la familia de cada uno de los 24 hogares tradicionales para un total de 72 fichas integrales de los niños que asisten a los hogares tradicionales pertenecientes al ICBF de la comuna 2 de la ciudad de Popayán.

2.8.1 DIARIO DE CAMPO.

Cada investigador llevo un registro personal en el cual anoto datos importantes, que permite relacionar por escrito aspectos tanto observados como referidos directamente por los informantes.

2.8.2 OBSERVACION.

Cada investigador pudo hacer observaciones directas en el hogar visitado para comprobar lo que manifestaron las informantes con lo que se observaba

2.8.3 GRUPOS FOCALES

Se realizaron tres grupos focales de 8 personas cada grupo, donde con cada grupo se tuvo una sesión de una hora aproximadamente, se llevo un formulario prediseñado para guiar la entrevista, de lo cual se tomo registro escrito, gravado y fotográfico de tal forma que se lograra la saturación de la información, durante el mes de junio del 2009.

2.9 ANALISIS DE LA INFORMACION

El análisis de la información cuantitativa se realizó atreves de la ficha integral del niño la información se tabuló utilizando la base de datos Epi-info 2007, información representada por medio de graficas tablas diseñadas en Excel 2008.

Para el análisis de los datos cualitativos se predeterminaron las categorías y luego se sistematizaron las respuestas dadas por las participantes en Word 2008 las cuales posteriormente se analizaron determinando las subcategorías pertenecientes a cada una de las categorías.

Para facilitar el análisis de la información y tener una estructura organizada de los datos se realizaron matrices, tomando como categorías Momentos pedagogicos de los niños y niñas, Papel de la madre comunitaria con la alimentación del niño, Enfermedades infantiles.

2.10 ASPECTOS ÉTICOS

La presente investigación se realizó basándose en los principios éticos que favorecen al investigado, los cuales consisten en el respeto hacia las personas, el cual implica la confidencialidad de la información, también involucra la **autonomía** que hace alusión a la libertad de elegir y decidir si se desea o no participar en el estudio. Se tiene en

cuenta también el principio ético de **beneficencia** al cual implica los riesgos y los beneficios de la investigación por lo tanto se realizó bajo consentimiento informado y se le explicó a las madres tradicionales que no tendrían riesgo de ningún tipo y que probablemente se presentarían algunas incomodidades por parte de ellas ya que la investigación requiere disponibilidad de tiempo y espacio, lo anterior las hizo merecedoras de gratitud por parte del grupo investigativo.

3. RESULTADOS

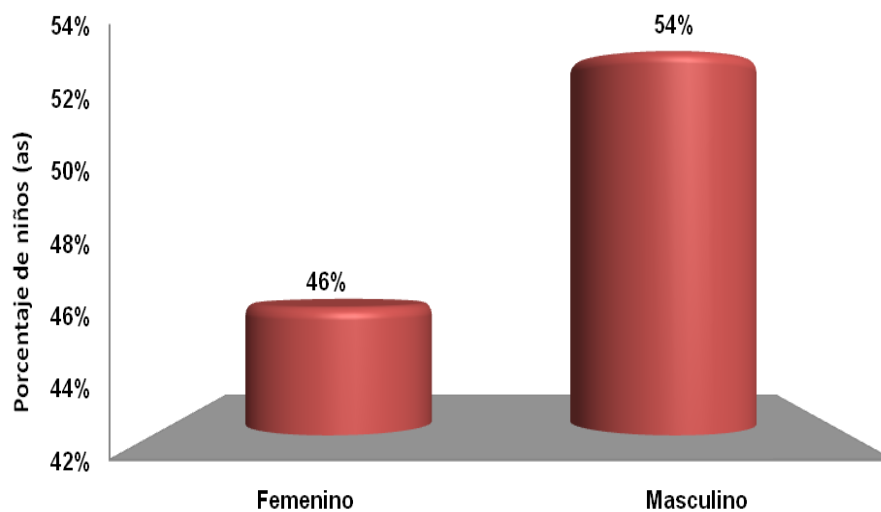
3.1 PERFIL SOCIODEMOGRAFICO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LOS HOGARES TRADICIONALES DEL ICBF DE LA COMUNA 2 DEL MUNICIPIO DE POPAYÁN.

Los niños y niñas tienen el siguiente perfil: la edad oscila entre 2 y 5 años, el 44% tienen edades entre 25 a 37 meses; el 54% correspondió al sexo masculino y el 46% al género femenino; (ver grafica N° 1) el 70% pertenecían al área urbana viviendo allí entre 1 y 5 años, el 29% al área rural; Los niños y niñas tenían régimen de seguridad social de tipo subsidiado en un 71%, seguido del régimen contributivo que correspondió a un 11%, un 4% del régimen vinculado y se encontró un 14% sin información (ver grafica N° 2) ; referente al programa ampliado de inmunizaciones se encontró que el 97% de los niños y niñas tenían completo el esquema de vacunación y el 3% con esquema incompleto; en cuanto a la asistencia a control de crecimiento y desarrollo el 82% cumple con este requisito y 18% eran inasistentes.

De acuerdo a la constitución de la familia se encontró que el 44% de los niños y niñas son hijos únicos, el 31 % tenían 2 hermanos, el 15% tenían 3 hermanos y el 10% tenían 4 hermanos (ver grafica N°3); en cuanto a la forma de corregir al niño el 64% lo hacen por medio del diálogo, el 20% por castigo verbal, el 15% por el método de sanción y el 1% por castigo físico; en los hogar los responsables de tomar decisiones significativas del hogar fueron los madre y padres juntos en un 47%, seguido de un 24% que correspondió a la madre únicamente, el 21% al padre únicamente, 6% a otros miembros de la familia, 1% prima y 1% abuelo; en cuanto a la vivienda el 58% de las residencias donde viven los niños son arrendadas, el 34% es propia, el 6% es cedida, un 1% invasión y otro 1% pertenece a inquilinato, en cuanto al material de construcción el 70% correspondió a ladrillo, 17% cemento, el 8% madera, 4 adobe y un 1% es de bareque; en contando que la estructura del techo el 74 % son de eternit, el 14% zinc, el 11% teja y un 1% otros; las características de los pisos de las viviendas fue 61% de

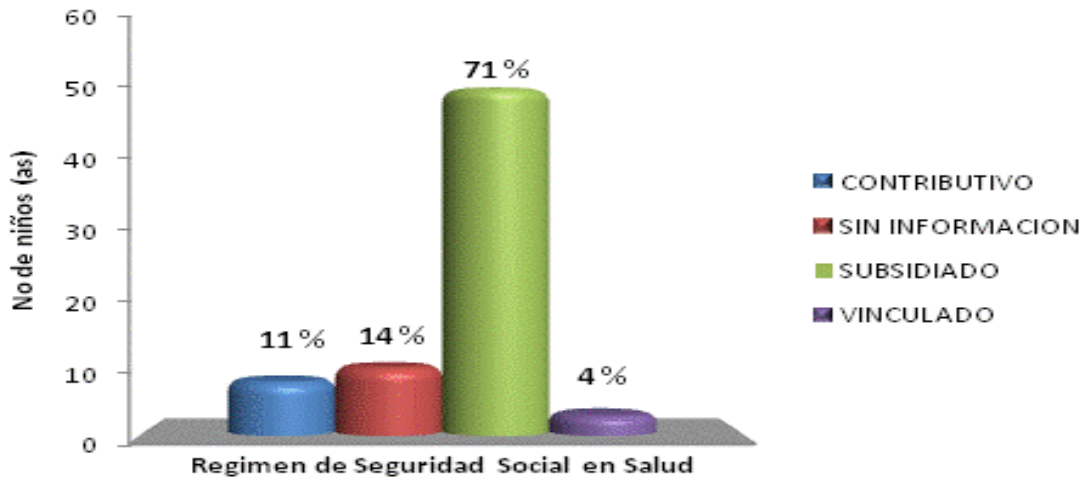
cemento, seguido del 33% que correspondió a baldosa y un 6% a tierra; la eliminación de excretas y aguas negras correspondió al 86% al alcantarillado, 11% poso séptico y 3% letrina. Las condiciones de algunas viviendas no son las más adecuadas ya que la infraestructura no ofrece las comodidades necesarias para sus habitantes

Gráfica 1. Distribución porcentual según sexo de los niños y niñas de hogares tradicionales ICBF. Comuna 2 de Popayán.



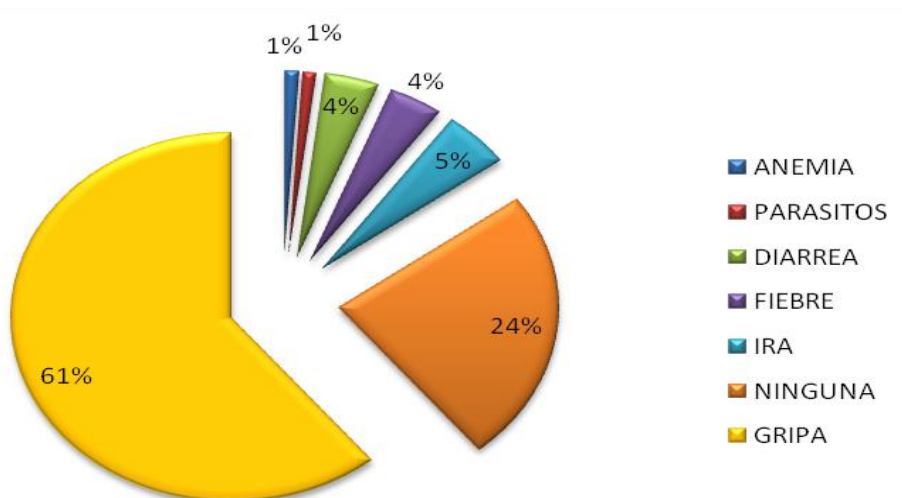
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 2. Distribución porcentual según seguridad social de los niños y niñas hogares tradicionales ICBF. Comuna 2 de Popayán.



Fuente (CNHCICBF.C2.P 2009 - 2010)

Gráfica 3. Distribución porcentual según enfermedades presentadas por los niños y niñas en los últimos tres meses, de los niños y niñas hogares tradicionales ICBF. Comuna 2 de Popayán.



Fuente(CNHCICBF.C2.P 2009 - 2010)

3.2 HOGARES TRADICIONALES DEL ICBF DE LA COMUNA 2 DE POPAYÁN.

El Programa de Hogares Comunitarios del Instituto Colombiano del Bienestar Familiar se trata de un trabajo conjunto del Estado y la Comunidad encaminado a fomentar el desarrollo del niño creando el inicio de Hogares Comunitarios.

El ICBF proporciona presupuesto para alimentación, dotación y mejoramiento de la vivienda que servirá como Hogar. Selecciona las madres comunitarias y cada una atiende a 15 niños por Hogar en un horario promedio de ocho horas diarias y con remuneración equivalente a más de medio salario mínimo. Brindando a los niños cariño y protección, alimentación y actividades pedagógicas que les ayuden a crecer sanos, a ser felices y a compartir con los demás. Las actividades que realiza el niño y la niña se inician tras la llegada del menor al hogar y están dirigidas por las madres tradicionales que participaron en el estudio al relatar la cotidianidad del menor.

3.3 PRÁCTICAS Y HÁBITOS DE ASEO EN EL HOGAR

Son prácticas que favorecen ambientes sanos para el adecuado cuidado de los niños y niñas, evitando la transmisión de infecciones a través de fómites. En general las madres tradicionales conocen las normas mínimas de aseo y realizan la limpieza de la cocina y los juguetes de los niños y niñas que asisten al hogar.

Madre # 5

“Acá el aseo de barrer, trapear, limpian mesas y cocina se hace diario con un poquito de limpió y agua, antes de que lleguen los niños y después de terminada la jornada”

Madre # 2

“Los implementos de aseo los ponemos nosotros, y el aseo que se hace el día viernes es: lavar o desinfectar con límpido o con Fab todas las mesas, juguetes, sillas, sanitario, patio, cocina y demás espacios donde se asiste al menor” .

3. 4 MOMENTOS PEDAGÓGICOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS CON LAS MADRES COMUNITARIAS DEL INSTITUTO COLOMBIANO DEL BIENESTAR FAMILIAR

El I.C.B.F, plantea dentro de su proyecto pedagógico, la organización de las actividades a partir de los momentos pedagógicos, entendidos éstos como la distribución de las acciones en el tiempo y en el espacio, mediada por una ssecuencia lógica, donde los niños construyen la noción del tiempo y que las actividades se dan en un orden establecido⁵³, los momentos pedagógicos son seis: *la bienvenida, vamos a jugar, vamos a explorar y vamos a comer, vamos a crear y vamos a casa.*

3.4.1 BIENVENIDA

Permite identificar a la madre comunitaria aspectos relacionados con la salud, el estado físico, el estado de ánimo del niño o niña y decidir si el niño se debe quedar o no en el jardín dependiendo si está bien de salud o está enfermo, la práctica de observación la realiza con el fin de detectar signos de maltrato físico en los niños revisándoles su cuerpo, su estado de higiene y por último se realiza una oración.

Madre # 1

“Algunos padres son descuidados con la higiene personales del menor y entregan al niño en lamentables condiciones, por eso acá le revisamos desde uñas en adelante y si encontramos algún desaseo le avisamos al familiar que a la próxima no se lo recibe”

⁵³ Instituto Colombiano de bienestar familiar. Organización y desarrollo de hogares comunitarios de bienestar. Primera edición. Bogotá. 1990. Pág. 41.

La deficiencia en el aseo es un factor que afecta negativamente la salud de los niños y niñas y entra en contradicción con las buenas prácticas llevadas a cabo por las madres tradicionales.

Madre # 3 *“Cuando llegan en la mañana se revisa cada uno de los niños y se le pregunta cómo les fue el día anterior luego doy un saludo muy especial para que ellos se sientan contentos de llegar al hogar, luego hacemos una oración a Dios”.*

Frente a este tema las madres comentan que solo una de ellas es de religión cristiana, lo cual no afecta en la creencia de los niños inculcada por los padres.

Madre # 7

“yo soy la única madre cristiana y nunca he intentado inculcarles a los niños mi religión yo simplemente a la llegada, antes del almuerzo y a la despedida de los niños le hago una oración normal que no es el padre nuestro, es más los padres me han referido que los niños hacen la oración en la casa y eso les gusta a ellos”

Madre # 4

“Yo soy católica y yo tampoco le hago rezar el padre nuestro porque tengo niños que son cristianos y católicos entonces para no tener inconvenientes, simplemente les rezo una oración que dice: querido Dios yo te amo mucho, amo a mi padres a mis amigos, gracias por la salud por los alimentos y gracias por este día”

Madre # 2

“En la bienvenida trato de ver el estado del niño y si veo que tiene algún malestar se lo comunico a su familiar para que lo atiendan en su casa”

Madre # 8.

“Durante la bienvenida, observamos al niño físicamente y de una manera rápida, se le pregunta qué hizo el día anterior”

Madre # 6

“Uno se da cuenta de cómo llega el niño por el color, el ánimo o cambio en el comportamiento y escribe la observación en la lista de asistencia”

3.4.2 VAMOS A JUGAR.

Es una actividad simbólica e imaginativa mediada por las normas y reglas, donde el niño es el protagonista entorno a lo que siente, piensa y hace; lo que las madre comunitarias quieren es brindar ambientes en los que cada niño pueda encontrar un sano y vigoroso desenvolvimiento de su singularidad, además que reconozca el juego y la formación de la confianza básica como ejes fundamentales del desarrollo infantil.

Este momento pone en despliegue la iniciativa, imaginación y creatividad de los niños para el juego, es conveniente que los niños queden motivados para nuevas realizaciones lúdicas.

Madre # 4

“Mensualmente programamos diferentes temas que sea de agrado para los niños y entorno a él tema escogido, les hacemos cantar por ejemplo el carrito viejo, los pollitos o la vaca lechera”.

Madre # 2

“Por ejemplo yo el día viernes les digo a los niños que para la semana siguiente cada uno tiene que pensar en un juego que quiera realizar en el jardín”

3.4.3 VAMOS A EXPLORAR.

Es la oportunidad pedagógica de relacionar al niño con la vida familiar, comunitaria y ecológica del sector donde vive.

Madre # 5

“Les enseñamos el respeto con la familia y la comunidad por medio del saludo ya que es muy importante en la casa y fuera de ella: por ejemplo saludar a los vecinos, sus amigos y a sus padres a la hora de levantarse y el respeto por las personas mayores”

Madre # 3

“En este momento se incluye el cuidado con la ecología y les enseñamos a no votar basura en los pisos, a ahorrar energía apagando luces a no desperdiciar el agua y cositas así del medio ambiente”

3.4.4 VAMOS A COMER.

Esta actividad constituye un momento de encuentro entre los niños y niñas, y es importante para impulsar los hábitos culturales alimentarios: brindándoles un espacio específico para el momento de la comida, evitar pararse de la mesa hasta no haber terminado para que puedan gozar de la comida en relación social.

Madre # 4

“Reunimos las mesas en círculos para que ellos en la comida se sientan acompañados de sus compañeros y así también motivarlos para que coman y ellos comen por mirar que el otro niño come”

Madre # 7

“Yo mantengo pendiente de que el niño coma y si el niño ya no quiere comer se le busca, estrategias como jugándole o contándole cuentos para que coma”

Madre # 5

“se realiza la degustación del refrigerio a la media mañana, que consiste en chocolate o colada que puede ser acompañada con galletas o pan con mantequilla”

3.4.5 VAMOS A CREAR.

Es un método de estimulación para los niños que les permite desarrollar las capacidades creativas y la conciencia, es en esta actividad donde se desarrollan actividades que facilitan el inicio de la escritura.

Madre # 8

“Al comienzo de la semana se planea escogiendo un tema por ejemplo: el lunes el tema son los animales y escogemos a la vaca este día se les explica la importancia de la existencia de estos animales, el martes se le explica que la vaca es la que da la carne, el miércoles se les explica que produce la leche, el jueves se les explica que por medio de la leche se hacen los quesos, y el viernes se les hace dibujar la vaca y pintar”

Madre # 4

“Se le pasa al niño una hoja, para que dibuje lo que hizo el día anterior, luego que pinten o que rellenen lo que dibujaron con granos o papeles”

Madre # 6

“Yo con los niños de mayor edad como son los de 4 y 5 años los coloco a que agrupen objetos dependiendo de su color y de su forma”

3.4.6 VAMOS A CASA.

Es el momento más esperado tal vez por lo niños, y consiste en la preparación del niño para ser encontrado por su núcleo familiar.

Madre # 5

“Arreglamos a los niños para salir, recuerdan lo aprendido y se dan recomendaciones para la relación del niño en su familia; durante la entrega del niño o niña a la madre o al acudiente se comenta el comportamiento que tuvo el niño en transcurso del día y sus tareas pendientes”

3.5 EL PAPEL DE LA MADRE COMUNITARIA CON LA ALIMENTACION DEL NIÑO

Algunas madres comunitarias preparan los alimentos antes de la llegada del niño y otras pagan una empleada para que les ayuden de esta forma las madres tradicionales

tratan de optimizar el tiempo para poder brindar un cuidado directo y así evitar accidentes de los niños y niñas.

Madre # 7

“Mire, a mí personalmente en lo que tiene que ver con la alimentación me gusta darme cuenta si realmente los niños comen o no o si no me invento algo para que coman pero no me gusta que se quede sin comer”

Madre # 1

“Por ejemplo a mí me gusta llevar un buen control en lo que es el peso y pelear para que llegue la nutricionista hacer valoración”.

3.6 HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS.

Lo fundamental en la preparación de los alimentos son las prácticas encaminadas a realizar la preparación de los alimentos de forma higiénica (La mayoría de las madres dan gran importancia a la higiene personal y de las instalaciones a la hora de preparar los alimentos) además los alimentos son conservados de acuerdo a su clasificación y preparados, de manera que sean aprovechados en forma higiénica y adecuada. Aunque en la observación no todas las madres aplicaban una buena higiene personal para preparar los alimentos al tener las uñas largas y en mal estado de higiene.

Madre # 2

“lo primordial para preparar los alimentos es el aseo personal y de la cocina, porque yo creo que uno sin bañarse y sin utilizar los elementos como el gorro, el delantal, el tapabocas, las uñas bien recortaditas y la cocina bien limpia puede contaminar los alimentos”

Madre #1

“La mayoría de las madres tradicionales somos conscientes de que debemos estar aseadas y bañadas antes del inicio de las actividades cotidianas. También lavarnos las manos antes de manipular cualquier alimento o cuando estamos en contacto con el niño”

Madre # 6

“Yo como Presidenta junto con la Tesorera de las madres comunitarias de la comuna 2 pedimos colaboración a los proveedores de las tiendas, de las carnicerías y al lechero para tener acceso a gorros, tapabocas, delantales y posteriormente entregarle a cada una de las madres tradicionales”

Pudimos observar las buenas prácticas de preparación de los alimentos.

3.7 MENU DE LOS HOGARES TRADICIONALES.

El menú diario es elaborado por la nutricionista del ICBF. La dieta consta de 10 categorías de menús y se sirve una diariamente; El tener diez tipos de minutas, evita la monotonía en la alimentación incentivando en los niños y niñas el deseo de alimentarse y además permite incluir en el menú gran variedad de alimentos y por consiguiente de nutrientes.

En este menú también se incluye la colada de Bienestarina como una tradición ya institucionalizada. En cada hogar se prepara así: Se hierve el agua, en agua fría se adiciona el producto y se mezcla, se deja enfriar a temperatura ambiente, se sirve acompañada con pan o galletas de dulce con mantequilla.

Los componentes del menú son: plátano maduro y verde, papas, maíz, arroz, verduras como: habichuela, repollo, espinaca, huevos, pastas, granos como: lentejas y frijoles, jugo de frutas en agua hervida y productos cárnicos (carnes de res y de pollo) todos estos alimentos varían en cada comida.

Madre # 5

“Yo me levanto a las 5 am a preparar los alimentos y cuando el niño llega a las 8 am los alimentos ya están preparados, para poder estar más pendientes de ellos, algunas de las compañeras pagan a otra persona para que les ayuden en la preparación de los alimentos, algunas madres de familia también nos colaboran”

Madre # 2

“La minuta diaria consta de carbohidratos, proteínas, y vitaminas, se dividen en dos: la primera minuta a la quinta se ofrece durante la primera semana, de la sexta a la décima en la segunda semana y se repite la de la primera en la tercera semana y la segunda se repite en la cuarta semana y así sucesivamente”.

3.8 COMPRA DE LOS ALIMENTOS Y ALMACENAMIENTO.

Para la obtención de los alimentos el ICBF nacional gira un cheque a nombre de la presidente o tesorera de las madres comunitarias de la comuna 2, encargadas de localizar a un solo proveedor de confianza cuyo establecimiento comercial ofrece óptimas condiciones de organización, calidad e higiene de presentación del producto y características especiales como buena refrigeración, almacenamiento de los alimentos para su manipulación segura.

Madre # 6

“Como presidenta, los alimentos semanales los compro en la galería a esto es a lo que le colocamos más atención en cuanto a la higiene porque ahí encontramos la carne, verduras y frutas; el grano lo compro en una despensa y se hace mensualmente y hasta el momento nos ha ido bien especialmente con la carne porque está en un cuarto frío y todo se mantiene muy limpio”.

Madre N° 4

“Semanalmente se adquieren los alimentos de consumo rápido, o perecederos, en las plazas de mercado como carnes, frutas, legumbres y verduras. Mensualmente se adquieren los alimentos no perecederos representados en granos, polvos y en sólidos como la panela”.

Madre # 7

“Nosotras aprendemos a seleccionar los alimentos perecederos y los no perecederos, y sabemos que los alimentos perecederos se deben mantener bien refrigerados para que no se descompongan y para evitar la contaminación de los alimentos perecederos por la presencia de ratones, moscos, cucarachas, se almacenan de manera segura colocándolos en un recipiente con tapa” Además la mayoría de las madres tradicionales cuentan con un refrigerador para la conservación de los productos cárnicos”.

3.9 SEGUIMIENTO POR PARTE DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar a través de la nutricionista elabora el menú diario, evalúa y además controla y realiza seguimiento de la talla y peso por medio del carnet de crecimiento y desarrollo del menor cada 90 días y evalúa los casos agudos de enfermedades causadas por deficiencias de la dieta u otra enfermedad asociada.

Madre # 6

“Pero yo creo que estas acciones no son suficientes para mejorar el peso de los niños o el problema que las nutricionista le encuentre, por la situación económica, las crisis que tengan las familias uno nunca sabe, la verdad es que no solo basta con el seguimiento de la nutricionista”

Madre # 3

“Hay algunos niños que al reingreso de las vacaciones tienen una gran pérdida de peso y talla, ella dice que pareciera que los niños en su casa consumen alimentos que no cumplen las expectativas nutricionales que requiere el niño”

3.10 ENFERMEDADES INFANTILES PREVALENTES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS

Según lo referido por las madres comunitarias y lo encontrado en las fichas de Identificación de cada niño inscrito en la institución se encontró que los niños y niñas se enferman más frecuentemente de: diarrea, IRA, desnutrición y fiebre.

Madre # 3

“El daño estomacal sucede cuando el menor inicia su asistencia al Hogar y consume por primera vez la Bienestarina, también se produce por alergias alimentarias al consumir alimentos no habituales en su dieta, ante esta dolencia lo que yo he optado es dar la Bienestarina muy aguada, a la leche le hecho poquitas cucharadas de Bienestarina y a medida que el niño la va asimilando voy aumentando la cantidad”.

3.11 LAS MADRES COMUNITARIAS MANEJAN LAS DIFERENTES ENFERMEADES ASI:

Madre # 8

“Mientras dura la diarrea le doy al niño suero oral en papeletas que lo tenemos en el botiquín que es dotado por el ICBF, le doy más líquido de lo normal, aromáticas de manzanilla o apio estamos pendientes de los signos de alarma (ojos hundidos labios reseca, piel reseca) y llamamos a sus padres”

Madre # 5

“Cuando algún niño del hogar está desnutrido o bajo de peso me comunico con sus padres y con la nutricionista del ICBF y les informo la situación y la nutricionista pues a veces viene hacerle seguimiento o a veces no y pues los padres algunos hacen caso otros no”

Madre # 2

“El momento en que alguna madre tradicional percibe que alguno de sus niños tiene fiebre le brindan los siguientes cuidados: “En caso de tener fiebre algún niño yo le doy limonada y si no le pasa le doy Acetaminofen suspensión una cucharada cada 8 horas”.

(Madre # 4).

“Cuando un niño presenta tos, dificultad al respirar o ronquidos, yo prefiero llamar a los padres de familia para que ellos los lleven a un centro de salud”

3.12 VACUNACIÓN

Respecto a la vacunación, las madres tradicionales afirman que la mayoría de los padres de familia tienen su carnet de vacunación completo pues además está establecido que se debe exigir a la madre del menor la exhibición del carné de las vacunas infantiles de manera periódica y en especial al ingreso al Hogar por primer vez.

Madre # 4

“Si llegara a carecer de alguna de las vacunas, no se recibe al menor hasta tanto no lo haga vacunar su madre”

3.13 VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

3.13.1 ABUSO SEXUAL

Sobre el abuso sexual al menor, las madres comunitarias informaron sobre dos casos presentados dentro de algunos hogares:

Madre # 4

“En mi hogar hay una madre de familia que es soltera y tiene varios novios a la vez y ella deja a su hija sola con alguno de ellos a su suerte por eso es que estos casos se presentan, ella dice que no lo denuncia por que el transgresor es el que las mantiene”

Madre #7

“Yo también he tenido casos de abuso sexual de una niña de tres años”.

(Madre #7)

“Uno informa al ICBF pero ellos no hacen nada, ellos no hacen un seguimiento a estos casos, a mi me da miedo de que digan que es en el hogar de uno no en la casa de ella donde ocurre el abuso, hay cosas que se nos salen de las manos”

3.13.2 MALTRATO INFANTIL

Las madres comunitarias informaron sobre el maltrato infantil que los niños no lo expresan por temor a sus padres, pero si lo expresan por medio del dibujo dentro del hogar.

Madre # 3

“El menor representa el maltrato a través de gráficos y letras dado que no puede expresarlo verbalmente por temor a ser castigado nuevamente por sus padres”

Madre # 6

“Esos gráficos irregulares me llaman la atención, también por medio de la revisión del cuerpo del niño en manos, brazos, espalda encuentra las señales del maltrato físico”

3. DISCUSIÓN

El Instituto Colombiano Bienestar Familiar como organismo del estado con la creación de los Hogares tradicionales ha permitido que muchos niños y niñas reciban atención integral. En la investigación realizada se encontraron situaciones relacionadas con la primera infancia que deterioraron considerablemente su desarrollo potencial; la cuarta parte de su población se encuentra en situación de desplazamiento problema que afecta a la familia y a la población infantil, similar a lo mencionado por Naranjo Angela quien menciona que el desplazamiento es un dato recurrente y cuasi permanente de la historia colombiana lo cual hace parte de la memoria de las familias y de las poblaciones infantiles⁵⁴.

Cabe resaltar que el 71% de los niños y niñas pertenecían al régimen subsidiado y el 58% viven en arrendo representando una carga adicional económica para las familias al igual que el estudio de Londoño Ángela, donde la mayoría de las personas pertenecían al régimen subsidiado de salud⁵⁵. Los niños seleccionados en su mayoría pertenecen al género masculino en un 54% y el 46% al género femenino, coincidiendo con lo hallado por Londoño, Ángela donde la proporción de niños es de 51 % y niñas es de 48 %⁵⁶. El mayor porcentaje de los niños que asisten a estos hogares son de sexo masculino desconociendo si las niñas se encuentran en la casa, otros hogares infantiles o en la escuela.

⁵⁴ NARANJO Angela Giraldo, el desplazamiento forzado en Colombia, revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, agosto 2001. [en línea]. [Citado el 16 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-37.htm>

⁵⁵ Ibid.,

⁵⁶ LONDOÑO Ángela, Mejía Shirley y Gómez Jorge. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. Revista de Salud Pública scielo public health Print version ISSN 0124-0064. Rev. salud pública vol.11 no.1 Bogotá Jan./Feb. 2009. [en línea]. [Citado el 02 de febrero de 2010]. Disponible en internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000100008&script=sci_arttext

En cuanto a la constitución de la familia se encontró que el 44% de los niños y niñas son hijos únicos contrastando con lo referido por Frias, Dolores donde solamente el 10% de las familias tenían hijo único⁵⁷. La mayoría de las familias se encuentra en hacinamiento, coincidiendo con lo hallado por Loit Lázaro donde la mayoría de las familias presento condiciones de hacinamiento en sus hogares⁵⁸.

Las madres comunitarias refieren contratar servicios de otras personas para la elaboración de las minutas al igual que lo referido en el estudio de Gutiérrez, Yamileth et al refiriendo que algunas de las madres comunitarias han necesitado contratar a personas para que se encarguen de la cocina y limpieza del hogar y así poder ellas atender a los menores⁵⁹.

Las madres tradicionales del ICBF son las llamadas a propiciar el desarrollo psicosocial, moral y físico de los niños y niñas, mediante el estímulo y apoyo a su proceso de socialización y el mejoramiento de la nutrición y de las condiciones de vida, actividades enmarcadas en los momentos pedagógicos que hacen parte de la rutina del menor en el hogar tradicional⁶⁰, iniciando con la bienvenida en donde se saluda cariñosamente a los niños y niñas, lo cual cobra importancia pues es el saludo un elemento lingüístico indispensable dentro del conjunto de convenciones socioculturales bajo las cuales opera una colectividad⁶¹, también se ora a Dios, según Manuel Quipuscoa et al, “la

⁵⁷ FRIAS Dolores et al. Estructura familiar y depresión infantil. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.uv.es/~friasnav/estructurafamiliar.pdf>.

⁵⁸ BONILLA Lazo, Anna et al. Presentación y análisis de resultados [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/016159/016159_Cap5.pdf

⁵⁹ GUTIÉRREZ Obregón, Yamileth. Hogares comunitarios en el cuidado de la salud de la niñez en las comunidades de Alajuela centro, Escazú y Moravia. Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica. 2004 [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/448/44830102/44830102.html>

⁶⁰ Ibid., pág. 93.

⁶¹ PADILLA Cruz, Manuel. Perspectivas pragmáticas sobre los saludos. Universidad de Sevilla. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=918868>

educación religiosa aporta a los niños y niñas elementos para continuar formando su propia conciencia moral, así como propicia la vivencia de los valores y la certeza de la trascendencia de sus actos como soporte firme para una vida moral estable”⁶².

Posterior a la bienvenida se inicia con el desarrollo del segundo momento pedagógico denominado *vamos a jugar*, donde la dinámica grupal hace parte importante de la educación de la primera infancia pues es el juego una actividad simbólica e imaginativa mediada por las normas y reglas, donde el niño es el protagonista entorno a lo que siente, piensa y hace⁶³. Para Freud, un niño aprende a manejar sus emociones, su ansiedad, sus sentimientos, provocando hechos o acontecimientos mediante el juego. Piaget, a su vez, señala que el juego es un proceso de asimilación en que el niño desarrolla, fija y retiene nuevas habilidades, dándole sentido al mundo para sí mismo. Y Froebel y Dewey hablan acerca de la exploración que hacen los niños, mediante el juego, de los fenómenos físicos y sociales que los rodean. Erikson se refirió al juego como mecanismo de fortalecimiento del ego del niño a medida que éste aprende a dominar su ambiente⁶⁴.

Después se continua con el tercer momento pedagógico *Vamos a explorar*, que es la oportunidad pedagógica de relacionar la niño con la vida familiar, comunitaria y ecológica del sector donde vive siendo este tipo de actividades diferentes a las referidas por Lozano, María et al en donde las educadoras de los jardines infantiles realizaban

⁶² QUIPUSCOA, Manuel et al. La educación religiosa y la formación en valores. Universidad Nacional de Trujillo. 2008. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.scribd.com/doc/9069127/La-Educacion-Religiosa-y-la-formacion-en-valores>.

⁶³ Instituto Colombiano de bienestar familiar. Organización y desarrollo de hogares comunitarios de bienestar. Primera edición. Bogotá. 1990. Pág. 42.

⁶⁴ SALAZAR, María Cristina. Aspectos pedagógicos en algunos hogares infantiles del instituto colombiano de bienestar familiar en Bogotá. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.pedagogica.edu.co/storage/rce/articulos/16_07ens.pdf.

actividades dentro del hogar no permitiéndole a los niños y niñas interactuar con la comunidad⁶⁵.

Posteriormente, a través del momento pedagógico *vamos a comer* se propicia un momento de encuentro del grupo, importante para impulsar los hábitos culturales alimentarios y el goce de la comida como una relación social en grupo⁶⁶, además los nutrientes durante la primera infancia son un factor muy importante pues determina los mecanismos neurológicos, que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta favorable a lo largo de la vida⁶⁷. Las madres comunitarias se preocupan por el bienestar nutricional de los niños y niñas que asisten a sus hogares verificando que se coman los alimentos y aplicando estrategias para que la alimentación sea completa y adecuada al igual que lo encontrado por García, Gloria et al donde la conducta de los profesores frente al rechazo de los alimentos por parte de los niños fue la de insistir para que los consuman⁶⁸.

En cuanto a la preparación de los alimentos la mayoría de las madres dan gran importancia a la higiene personal y de las instalaciones aunque a la observación no todas las madres aplicaban una buena higiene personal para preparar los alimentos al tener las uñas largas y en mal estado de higiene, similar a lo reportado por Vázquez

⁶⁵ LOZANO, Rodríguez. Construcción de una propuesta didáctica para favorecer el desarrollo del lenguaje en su función cognitiva. [en línea]. [Citado el 05 de junio 2009]. Disponible en internet: <http://www.udistrital.edu.co/comunidad/grupos/lenidencultura/revista/enunciacion13.CV01.pdf>

⁶⁶ Instituto Colombiano de bienestar familiar. Organización y desarrollo de hogares comunitarios de bienestar. Primera edición. Bogotá. 1990. Pág. 44.

⁶⁷ UNICEF. 2006b. Primera Infancia. Invertir en la primera infancia para romper el círculo de la pobreza. [en línea]. [Citado el 03 de julio de 2009]. Disponible en internet: http://www.unicef.org/spanish/earlychildhood/index_investment.html Citado por: República de Colombia. Colombia por la primera infancia, Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, diciembre de 2006. Página web: http://www.oei.es/quipu/colombia/politica_primer_infancia.pdf.

⁶⁸ GARCÍA Londoño, Gloria et al. Caracterización de los hábitos alimentarios y estilos de vida de los niños, de la institución obra misionera Jesús y María, Jardín Sol-Solecito, localidad de Suba, Bogotá D.C. [en línea]. [Citado el 16 de marzo de 2009]. Disponible en internet: http://www.javeriana.edu.co/universitas_scientiarum/universitas_docs/vol_13_3/290-297.pdf Universitas Scientiarum, 2008, Vol. 13 N° 3, 290-297

Gloria et al, donde el estado de las uñas de los manipuladores de alimentos era inadecuado no cumplían con un lavado y secado correcto de las manos⁶⁹. Las madres tradicionales usan implementos como el gorro, el delantal y tapabocas, prácticas encaminadas a realizar una preparación de los alimentos de forma higiénica, evitando su contaminación en contraste con lo referido por Alzate Luz María y Sandino María del Carmen donde un 7% de los manipuladores contamina las ropas de trabajo y no usa gorro ni tapabocas⁷⁰.

El menú diario es elaborado por la nutricionista del ICBF. La dieta consta de 10 categorías de menús y se sirve una diariamente, al respecto se ha observado que en el niño y bebé se encuentran relaciones positivas entre la variedad o la diversidad y la adecuación de la dieta y el estado nutricional, otras características que influyen en la dieta son su contenido de frutas y hortalizas, y la proporción de fuentes animales frente a la planta de alimentos⁷¹, contrastando con lo referido por González, Aura donde las madres cuidadoras ofrecen 4 menús (uno para cada semana); Presentando beneficios un mayor número de menús pues se ha observado que en el niño y bebé se encuentran relaciones positivas entre la variedad y la adecuación de la dieta y el estado nutricional⁷².

La compra de alimentos cobra gran importancia debido a las implicaciones en la salud que conlleva el consumo de alimentos en mal estado, por ello las madres tradicionales

⁶⁹ VÁZQUEZ Gloria, Gómez Elieth y Gamboa Edna. Condiciones higiénico sanitarias de los servicios de alimentación en instituciones infantiles del instituto colombiano de bienestar familiar de Bucaramanga, Colombia. *Revista Cubana Aliment Nutr* 2007;17(1):23-33. [en línea]. [Citado el 03 de julio de 2009]. Disponible en internet: http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_17_1/Art2_23_33.pdf

⁷⁰ ALZATE Tamayo, Luz María y Sandino Restrepo, María del Carmen. Impacto social en los participantes del Programa de Educación Sanitaria en Manipulación de Alimentos y Convivencia Social. *Revista lasallista de investigación - vol. 1 no. 2*. [en línea]. [Citado el 25 de junio de 2009]. Disponible en internet: http://www.lasallista.edu.co/fxcul/media/pdf/Revista/Vol1n2/28_%2034%20Impacto%20social%20del%20programa%20de%20manipulaci%C3%B3n.pdf

⁷¹ ENNEMAN et al. Dietary characteristics of complementary foods offered to Guatemalan infants vary between urban and rural settings. *elsevier. Nutrition Research* 29 (2009) 470–479

⁷² *Ibid.*, pág 97

seleccionan los alimentos perecederos y los no perecederos manteniendo los primeros bien refrigerados y almacenados en un recipiente con tapa los segundos coincidiendo con lo reportado por Alzate Luz María y Sandino María del Carmen donde los alimentos se almacenan en condiciones adecuadas, estando conservados según el producto (refrigeración, congelación o temperatura ambiente)⁷³.

Después de un breve descanso se desarrolla el quinto momento pedagógico denominado *vamos a crear* durante el cual las madres comunitarias realizan actividades didácticas facilitando implementos que les permitan graficar los animales descritos por la madre comunitaria contrastando con lo mencionado por Lozano, María et al en donde las educadoras de los jardines infantiles durante el momento *vamos a crear* principalmente entonaban canciones y realizaban actividades encaminadas a que los niños y niñas describieran situaciones o imágenes ⁷⁴.

En cuanto a las enfermedades prevalentes entre la población sujeto de estudio se destaca la gripa sin causa aparente asociada con fiebre lo que le impedía a los niños y niñas continuar sus actividades en el hogar comunitario; para este problema las madres optan por: el uso de medicamentos sin tener en cuenta la dosis a utilizar o llamar a la madre e informarle sobre el estado de salud del niño o niña similar a lo mencionado por Hernández José donde 36% refirieron que ante esta situación llamarían a su madre, 27 lo llevarían al médico y 22 darían medicamentos para bajar la temperatura⁷⁵.

⁷³ ALZATE Tamayo, Luz María y Sandino Restrepo, María del Carmen. Impacto social en los participantes del Programa de Educación Sanitaria en Manipulación de Alimentos y Convivencia Social. Revista lasallista de investigación - vol. 1 no. 2. [en línea]. [Citado el 03 de abril de 2009]. Disponible en internet:http://www.lasallista.edu.co/fxcul/media/pdf/Revista/Vol1n2/28_%2034%20Impacto%20social%20del%20programa%20de%20manipulaci%C3%B3n.pdf

⁷⁴ Instituto Colombiano de bienestar familiar. Organización y desarrollo de hogares comunitarios de bienestar. Primera edición. Bogotá. 1990. Pág. 44.

⁷⁵ HERNÁNDEZ José M, elementos básico de salud infantil en mujeres cuidadoras de niños, Habana Sep a Dic 2004. [en línea]. [Citado el 24 de marzo de 2009]. Disponible en internet: http://scielo.sid.cu/.scielo.php?pid=So864-21252004000500004&script=sci_artext&.thing=pt

Otra enfermedad destacada es la diarrea, la cual se asocia con un aumento de la morbilidad y el retraso en el crecimiento del infante cuando persiste por 14 días o más⁷⁶. Tanto la diarrea como la desnutrición se asocian con factores de higiene y saneamiento deficientes que favorecen la aparición de infecciones parasitarias y bacterianas⁷⁷⁷⁸. Similar al estudio de Bilenko Natalia, donde menciona que los patógenos intestinales como *Giardia lamblia* se encuentra en todo el mundo sobre todo donde las condiciones sanitarias e higiénicas son deficientes⁷⁹. Para el tratamiento de la misma las madres tradicionales optan por suministrar suero oral y dar abundantes líquidos a los niños y niñas afectados (as), coincidiendo con lo encontrado por Gorter et al donde el 88% de las madres manifestaron utilizar suero de rehidratación oral para tratar los episodios de diarrea en los niños y niñas⁸⁰.

Otra enfermedad referida por las madres fue la infección respiratoria aguda de la cual identificaron algunos síntomas al igual que lo hallado por Sandra Sáenz de Tejada en

⁷⁶ PENNY Mary E, et al. Randomized, community-based trial of the effect of zinc supplementation, with and without other micronutrients, on the duration of persistent childhood diarrhea in Lima, Peru. Mosby (1999).

⁷⁷ HILL Z, Kirkwood B, Edmon K [Internet]. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Citado por: Londoño Ángela, Mejía Shirley y Gómez Jorge. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. Revista de Salud Pública scielo public health Print version ISSN 0124-0064. Rev. salud pública vol.11 no.1 Bogotá Jan./Feb. 2009. [en línea]. [Citado el 03 de julio de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S012400642009000100008&script=sci_arttext

⁷⁸ Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación [Internet]. Documento Conpes 109 Social: Política pública nacional de primera infancia "Colombia por la primera infancia". Citado por: LONDOÑO Ángela, Mejía Shirley y Gómez Jorge. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. Revista de Salud Pública scielo public health Print version ISSN 0124-0064. Rev. salud pública vol.11 no.1 Bogotá Jan./Feb. 2009. [en línea]. [Citado el 24 de marzo de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000100008&script=sci_arttext

⁷⁹ BILENKO Natalia, Tiene la co-infección por *Giardia lamblia* modular la clínica características de las infecciones intestinales en los niños pequeños, [en línea]. [Citado el 12 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: [httpproquest.umi.com/pqdwebindex=5&did=707263921&SrchMode=2&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1277735995&clientId=56447](http://proquest.umi.com/pqdweb?index=5&did=707263921&SrchMode=2&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1277735995&clientId=56447)

⁸⁰ GORTER, Ana, et al. Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales. Bol Oficina Saint Panam. 1995. [en línea]. [Citado el 22 de marzo de 2009]. Disponible en internet: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PUB/V119-P377.pdf>.

su estudio Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala⁸¹.

El abuso sexual se ha manifestado en los hogares de los niños y niñas que asisten a los Hogares Tradicionales de Bienestar Familiar, similar a lo hallado por Fernández Gladys y Perea Jesús donde se encontró varios niños víctimas del abuso sexual⁸². En cuanto a la incidencia del maltrato infantil se encontraron varios casos del mismo los cuales fueron identificados por las madres tradicionales mediante los dibujos realizados por los niños y niñas en donde plasmaban imágenes de niños escondidos o llorando semejante a lo referido por Gonzalo Oliván, donde refiere que los niños sometidos a maltrato infantil exponen evidencias sexuales en sus dibujos⁸³.

⁸¹ SÁENZ de Tejada, Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Revista Panamericana de Salud Pública. 1997. [en línea]. [Citado el 02 de noviembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49891997000400001&script=sci_arttext&tlng=

⁸² MÁRQUEZ, Juan. Maltrato infantil físico en pacientes diagnosticados en el Hospital Pediátrico, 1996-1998. [en línea]. [Citado el 03 de abril de 2009]. Disponible en internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000400002&script=sci_arttext&tlng=pt

⁸³ OLIVÁN, Gonzalo. Indicadores de Maltrato Infantil. Guías Clínicas en Atención Primaria. 2002; 2 (44). [en línea]. [Citado el 25 de abril de 2009] Disponible en internet: <http://fisterra.com/guias2/PDF/Maltrato.pdf>

CONCLUSIONES

- Las Madres tradicionales reconocen algunos de los riesgos potenciales que tiene el niño de sufrir cualquier tipo de enfermedad relacionada con la preparación de los alimentos específicamente, esto se evidencia en las normas de higiene que usan al preparar los alimentos, como ellas lo refieren, en cuanto a enfermedades relacionadas con deficiencias nutricionales las madres tradicionales realmente las desconocen pues solo saben que el niño baja o sube de peso según el seguimiento que realizan trimestralmente, no saben si el niño esta desnutrido o no.
- Un Hogar tradicional no es solamente para atender las necesidades alimentarias del menor; también lo es para formarlo integralmente en un todo, educarlo, inculcarle valores, enseñarle, llenarlo de conocimientos básicos y elementales para su socialización y desarrollo adecuados sin mayores traumatismos, para que desde su corta edad empiecen a practicar el amor por los demás y lo más importante el amor por ellos mismos, para finalmente convertirse en grandes personas que enriquezcan a la sociedad que los rodea.
- La educación para el bienestar y la salud que imparte la madre tradicional tiene un carácter y contenido empírico aunque no en su totalidad, pues si algunas de sus enseñanzas se realizan de acuerdo a su experiencia, otra gran parte de estas son realizadas según la formación que el ICBF les imparte, la cual no es de tipo empírico sino científico
- El hecho de asistir los niños y niñas a los hogares comunitarios sirve de seguimiento para los programas de promoción y prevención institucionales como crecimiento y desarrollo y vacunación

- Las madres tradicionales a pesar de que tienen un conocimiento que asido fortalecido por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, les hace falta otros conocimientos que apoyen el desarrollo infantil temprano, que tienen que ver con aspectos de salud, educación inicial y nutrición por lo tanto se ve como una necesidad de acabar de formar las madres tradicionales de la comuna 2 del municipio de Popayán

4. RECOMENDACIONES

- Las madres tradicionales requieren de un programa de actualización permanente en temas de salud, educación inicial y nutrición en la primera infancia para brindar una mejor atención a los menores que asisten a los hogares tradicionales
- Las madres tradicionales necesitan que en el programa de educación permanente se eduque en aspectos como higiene locativa, preparación de alimentos, el rol de la madre en la casa, forma de presentar los alimentos y recetas
- Es importante que los padres de familia sean incluidos en los programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar para que el cuidado de sus niños sea igual en los dos ambientes tanto en el hogar tradicional como en la familia
- En los cursos que brinde el ICBF sobre el cuidado del niño no se llame solo a las madres de familia si no que también se invite a los padres para que haya una integración familiar.
- Mejorar la red institucional del ICBF que apoye a las madres tradicionales en caso de encontrar maltrato infantil, abuso sexual, siendo necesario sensibilizar a cerca de los derechos fundamentales de los niños y niñas y realizar seguimiento a los casos de abuso sexual presentados en los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales.
- Implementar la propuesta educativa: “juntos mejoraremos el desarrollo infantil temprano” fruto de la actual investigación.

BIBLIOGRAFÍA

- ACOSTA O. y Ramírez J.C. “Las redes de protección social: modelo incompleto” Documento 141 CEPAL, 2004. [en línea]. [Citado el 07 de octubre de 2009]. Disponible en internet: www.eclac.org/publicaciones/xml/8/20928/IED-2004.v.word.pdf.
- ALZATE Tamayo, Luz María y Sandino Restrepo, María del Carmen. Impacto social en los participantes del Programa de Educación Sanitaria en Manipulación de Alimentos y Convivencia Social. Revista lasallista de investigación - vol. 1 no. 2. [en línea]. [Citado el 25 de junio de 2009]. Disponible en internet:http://www.lasallista.edu.co/fxcul/media/pdf/Revista/Vol1n2/28_%2034%20Impacto%20social%20del%20programa%20de%20manipulaci%C3%B3n.pdf
- ALZATE Tamayo, Luz María y Sandino Restrepo, María del Carmen. Impacto social en los participantes del Programa de Educación Sanitaria en Manipulación de Alimentos y Convivencia Social. Revista lasallista de investigación - vol. 1 no. 2. [en línea]. [Citado el 03 de abril de 2009]. Disponible en internet:http://www.lasallista.edu.co/fxcul/media/pdf/Revista/Vol1n2/28_%2034%20Impacto%20social%20del%20programa%20de%20manipulaci%C3%B3n.pdf
- APONTE, Mauricio y García, Carlos Iván. Explotación sexual infantil en Bogotá. Bogotá D.C.: Universidad Externado de Colombia. Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS), 2002. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/1095/6/Anexo%205.pdf>
- BILENKO Natalia, Tiene la co-infección por Giardia lamblia modular la clínica, características de las infecciones intestinales en los niños pequeños, [en línea]. [Citado el 12 de diciembre de 2009]. Disponible en internet:

httpproquest.umi.compqdwindex=5&did=707263921&SrchMode=2&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1277735995&clientId=56447

- BLÁZQUEZ, María Jesús. Bases científicas de los Diez pasos IHAN. Curso de Medicina Naturista-2003. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%20/DIEZ%20PASOS.pdf
- BONILLA Lazo, Anna et al. Presentación y análisis de resultados [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/016159/016159_Cap5.pdf
- CALDERÓN Acero, Camilo. Desnutrición en Colombia. [en línea]. [Citado el 10 de diciembre del 2009]. Disponible en internet: <http://www.universia.net.co/investigacion/destacado/desnutricion-problema-de-mortalidad-en-colombia.html>.
- CANTILLO Linares Beatriz, Quijano Pedro Nueva Ley para la Infanciay y la Adolescencia en Colombia. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://search.conduit.com/ResultsExt.aspx?ctid=CT1351364&SearchSource=2&q=CINDE.UNICEF+2001%29>
- Colombia link. Popayán. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.colombialink.com/01_INDEX/index_turismo/destinos/popayan.html
- Congreso de Colombia. Ley 599 de 2000. Por la cual se expide el Código Penal. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.antisecuestro.gov.co/marco_juridico/leyes_decretos/ Ley%20599%20de%202000,%20C%C3%B3digo%20Penal.pdf
- Congreso de la republica de Colombia. Ley 449 de 1998. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.elabedul.net/Documentos/Leyes/1998/Ley_449.pdf.

- Congreso de la República. Ley 12 de 1991. Convención sobre los derechos del niño. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.col.ops-oms.org/juventudes/Situacion/LEGISLACION/Inter/NL1291.htm>
- Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN). [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/nutricion/conpes.pdf>
- Consejo Nacional de Política Económica Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación [Internet]. Documento Conpes 109 Social: Política pública nacional de primera infancia "Colombia por la primera infancia". Citado por: LONDOÑO Ángela, Mejía Shirley y Gómez Jorge. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. Revista de Salud Pública scielo public health Print version ISSN 0124-0064. Rev. salud pública vol.11 no.1 Bogotá Jan./Feb. 2009. [en línea]. [Citado el 24 de marzo de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000100008&script=sci_arttext
- Consejo Nacional de Política Económica Social, Republica de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: UNICEF/Colombia. Fondo de las naciones unidas para la infancia.2007.
- Consejo Nacional de Política Económica y Social República de Colombia Departamento Nacional de Planeación 91. "Metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio - 2015" Bogotá. 2005. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: www.dnp.gov.co/PortalWeb/Portals/0/.../Conpes%20Sociales/091.pdf

- Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (DESA) – Julio del 2009.
- Diario Oficial No. 43.360. 11 de Agosto de 1998. LEY 471 de 1998. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: [http://search.babylon.com/home?q=LEY+471+DE+1998+\(agosto+5\)&babsrc=home&s=web](http://search.babylon.com/home?q=LEY+471+DE+1998+(agosto+5)&babsrc=home&s=web)
- ENNEMAN et al. Dietary characteristics of complementary foods offered to Guatemalan infants vary between urban and rural settings.elsevier. Nutrition Research 29 (2009) 470–479
- FONSECA, Luz Amparo y Villamarín, Octavio. Propuesta de estrategia e instrumentos para mejorar la seguridad alimentaria en Colombia. Octubre, 2004. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.scribd.com/doc/5271770/Seguridad-alimentaria-y-estrategias>.
- Food And Agricultur Organization Of The United Nations. Cuidados y nutrición. Capítulo 36. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.fao.org/docrep/006/w0073s/w0073s14.htm>
- FRIAS Dolores et al. Estructura familiar y depresión infantil. Facultat de Psicologia Universitat de Barcelona. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.uv.es/~friasnav/estructurafamiliar.pdf>.
- GAMBOA, Edna Magaly et al. Conocimientos, actitudes y prácticas relacionados con lactancia materna en mujeres en edad fértil en una población vulnerable. Revista chilena de nutrición. Vol. 35, N°1, Marzo 2008 pags: 43-52. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000100006
- GARCÍA Londoño, Gloria et al. Caracterización de los hábitos alimentarios y estilos de vida de los niños, de la institución obra misionera Jesús y María, Jardín Sol-Solecito, localidad de Suba, Bogotá D.C. [en línea]. [Citado el 16 de marzo

de 2009]. Disponible en internet: http://www.javeriana.edu.co/universitas_scientiarum/universitas_docs/vol_13_3/290-297.pdf Universitas Scientiarum, 2008, Vol. 13 N° 3, 290-297

- GORTER, Ana, et al. Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales. Bol Oficina Saint Panam. 1995. [en línea]. [Citado el 22 de marzo de 2009]. Disponible en internet: <http://www.ops-oms.org/Spanish/DD/PUB/V119-P377.pdf>.
- GUTIÉRREZ Obregón, Yamileth. Hogares comunitarios en el cuidado de la salud de la niñez en las comunidades de Alajuela centro, Escazú y Moravia. Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica. 2004 [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/html/448/44830102/44830102.html>
- HERNÁNDEZ José M, elementos básico de salud infantil en mujeres cuidadoras de niños, Habana Sep a Dic 2004. [en línea]. [Citado el 24 de marzo de 2009]. Disponible en internet: http://scielo.sid.cu/.scielo.php?pid=So864-21252004000500004&script=sci_artext&.thing=pt
- HILL Z, Kirkwood B, Edmon K [Internet]. Prácticas familiares y comunitarias que promueven la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño. Citado por: Londoño Ángela, Mejía Shirley y Gómez Jorge. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. Revista de Salud Pública scielo public health Print version ISSN 0124-0064. Rev. salud pública vol.11 no.1 Bogotá Jan./Feb. 2009. [en línea]. [Citado el 03 de julio de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S012400642009000100008&script=sci_arttext
- Instituto Colombiano de Bienestar familiar y fundación FES. Investigados principal: Sonia Mejía de Camargo. Bogotá, agosto de 1997. [en línea]. [Citado el

20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.monografias.com/trabajos14/explosexinf/explosexinf.shtml>

- Instituto Colombiano de bienestar familiar. Organización y desarrollo de hogares comunitarios de bienestar. Primera edición. Bogotá. 1990. Pág. 41, 42, 44
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar: Bogotá: Primera Encuesta Sistema de Evaluación de Impacto de Hogares Comunitarios de Bienestar, 1997
- KIRPAL, S. Las Comunidades pueden hacer la diferencia: Cinco casos atravesando los Continentes. En M.E. Young, ed., Desde el Desarrollo Infantil temprano hasta el Desarrollo Humano. Amsterdam: Elsevier Science.
- La Palma...Tierra de Mucha Bondad hacia las metas de milenio. Municipio de la Palma, Cundinamarca. línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. [en línea]. [Citado el 15 de noviembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.lapalma-cundinamarca.gov.co/odm.shtml>
- LATHAM, Michael. Human nutrition in the developing world. Documento de la FAO. 2005. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.fao.org/docrep/W0073E/W0073E00.htm>
- LONDOÑO Ángela, Mejía Shirley y Gómez Jorge. Prevalencia y Factores de Riesgo Asociados a Parasitismo Intestinal en Preescolares de Zona Urbana en Calarcá, Colombia. Revista de Salud Pública scielo public health Print version ISSN 0124-0064. Rev. salud pública vol.11 no.1 Bogotá Jan./Feb. 2009. [en línea]. [Citado el 02 de febrero de 2010]. Disponible en internet: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0124-00642009000100008&script=sci_arttext
- LOZANO, Rodríguez. Construcción de una propuesta didáctica para favorecer el desarrollo del lenguaje en su función cognitiva. [en línea]. [Citado el 05 de junio 2009]. Disponible en internet: [http://www.udistrital.edu.co/comunidad/grupos/lenidencultura/revista/enunciaci%F3n%2013/12.%20Construcci%F3n%20propuesta%20\(Lozano-Zuluaga\)enunciacion 13.CV01.pdf](http://www.udistrital.edu.co/comunidad/grupos/lenidencultura/revista/enunciaci%F3n%2013/12.%20Construcci%F3n%20propuesta%20(Lozano-Zuluaga)enunciacion%2013.CV01.pdf)

- MÁRQUEZ, Juan. Maltrato infantil físico en pacientes diagnosticados en el Hospital Pediátrico, 1996-1998. [en línea]. [Citado el 03 de abril de 2009]. Disponible en internet: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75312004000400002&script=sci_arttext&tIng=pt
- Ministerio de la Protección Social: Sentencia de Constitucionalidad de Corte Constitucional nº 149/09, de 11 de Marzo 2009. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://co.vlex.com/vid/57771569>
- MUSTARD Frase Desarrollo del cerebro basado en la experiencia temprana y su efecto en la salud, el aprendizaje y la conducta. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.oas.org/udse/dit2/relacionados/archivos/desarrollo-cerebral.aspx>
- NARANJO Angela Giraldo, el desplazamiento forzado en Colombia, revista electrónica de Geografía y Ciencias Sociales, Universidad de Barcelona, agosto 2001. [en línea]. [Citado el 16 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.ub.es/geocrit/sn-94-37.htm>
- NARVÁEZ, Álvaro Iván. Niñez. Conflicto Armado y Desplazamiento Forzado. Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad del Cauca. Volumen 6 / No. 3 / Septiembre 2004. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.facultadsalud.unicauca.edu.co/fcs/2004/septiembre/Ni%C3%B1ez,%20Conflicto%20Armado.html>.
- OLIVÁN, Gonzalo. Indicadores de Maltrato Infantil. Guías Clínicas en Atención Primaria. 2002; 2 (44). [en línea]. [Citado el 25 de abril de 2009] Disponible en internet: <http://fisterra.com/guias2/PDF/Maltrato.pdf>
- Organización de los estados iberoamericanos para la educación ciencia y cultura. Hogares Comunitarios de Bienestar – HCB. Educación Inicial experiencias no escolarizadas. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2010]. Disponible en internet: <http://www.oei.es/inicial/colombiane.html>.

- Organización mundial de la salud, Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto AIEPI. 2007. Washington, D.C. 2007. [en línea]. [Citado el 19 de diciembre del 2009]. Disponible en internet: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/CA_desarrollo_integral_11_07.pdf
- Organización mundial de la salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. [en línea]. [Citado el 29 de junio de 2009]. Disponible en internet: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de Salud. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2010]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/Spanish/HPP/5thGlobalConf.htm>
- Organización mundial de la salud. Sobre Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). 2009. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/imci-aiepi.htm>
- Organización Mundial de la Salud: el medio ambiente y la salud para los niños. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs284/es/index.html>
- Organización Panamericana de la Salud. Niños sanos: la meta del 2002. Declaración regional en apoyo a la estrategia AIEPI. OPS/OMS Washington Dc, Dic. 1999. [en línea]. [Citado el 10 de enero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-clinico2.pdf>
- Organización panamericana de la Salud. Prevención y control de enfermedades. OMS y UNICEF. 2006.
- PADILLA Cruz, Manuel. Perspectivas pragmáticas sobre los saludos. Universidad de Sevilla. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=918868>

- Pan American Health Organization. “Informe de terminación de proyecto (Programa de asignación familiar)” Washington DC Octubre 2006. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=doc...
- PENNY Mary E, et al. Randomized, community-based trial of the effect of zinc supplementation, with and without other micronutrients, on the duration of persistent childhood diarrhea in Lima, Peru. Mosby (1999).
- Presidencia de la República. Colombia por la primera infancia, Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá – Colombia [en línea]. [Citado el 10 de diciembre del 2009]. Disponible en internet: [//www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_politica2006.pdf](http://www.mineducacion.gov.co/primerainfancia/1739/articles-177828_archivo_pdf_politica2006.pdf)
- Profamilia. Capítulos – Mortalidad infantil y en la niñez. ENDS 2005 resultados. [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://www.profamilia.com/encuestas/02consulta/09mortalidad/01niveles.htm>
- Profamilia. Informe resumido de la encuesta nacional de salud pública. [En línea]. [Citado el 22 de febrero de 2010]. Disponible en internet: http://www.profamilia.org.co/encuestas/01encuestas/pdf_2005/resumen.pdf
- QUIPUSCOA, Manuel et al. La educación religiosa y la formación en valores. Universidad Nacional de Trujillo. 2008. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.scribd.com/doc/9069127/La-Educacion-Religiosa-y-la-formacion-en-valores>.
- RAMÍREZ Humberto, en Posada A, Gómez J.F. y Ramírez H (Comp), «El Niño Sano», Editorial Universidad de Antioquia, 1997.
- ROSES M. AIEPI: avanzando en la implementación. Noticias sobre AIEPI. OPS/OMS/AIEPI No. 2 Dic. 1999.
- SÁENZ de Tejada, Sandra. Manejo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en una comunidad kaqchiquel de Guatemala. Revista Panamericana de Salud

Pública. 1997. [en línea]. [Citado el 02 de noviembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49891997000400001&script=sci_arttext&lng=

- SALAZAR, María Cristina. Aspectos pedagógicos en algunos hogares infantiles del instituto colombiano de bienestar familiar en Bogotá. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: http://www.pedagogica.edu.co/storage/rce/articulos/16_07ens.pdf.
- Save the Children. Boletín embajadores. Julio de 2010. [en línea]. [Citado el 20 de junio de 2009]. Disponible en internet: http://www.savethechildren.es/docs/Ficheros/242/boletin_emb_1.pdf
- Secretaría de Salud. Lieja 7, Col. Juárez México, D.F. Programa de Acción: “Arranque Parejo en la Vida” [en línea]. [Citado el 10 de febrero de 2009]. Disponible en internet: <http://search.conduit.com/Results.aspx?q=El+programa+de+Arranque+Parejo+en+la+Vida+&meta=all&hl=es&gl=co&SearchSourceOrigin=>
- UNICEF. 2006b. Primera Infancia. Invertir en la primera infancia para romper el círculo de la pobreza. [en línea]. [Citado el 03 de julio de 2009]. Disponible en internet: http://www.unicef.org/sapanish/earlychildhood/index_investment.html
Citado por: República de Colombia. Colombia por la primera infancia, Política pública por los niños y niñas, desde la gestación hasta los 6 años. Bogotá, diciembre de 2006. Página web: http://www.oei.es/quipu/colombia/politica_primer_infancia.pdf.
- UNICEF. Acción humanitaria de UNICEF 2004. Caribe y la región de las Américas. [en línea]. [Citado el 20 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.UNICEF.org>.
- UNICEF. Amenaza para la infancia. [en línea]. [Citado el 05 de marzo de 2010]. Disponible en internet: <http://firgoa.usc.es/drupal/node/24190>

- UNICEF. Definir la pobreza infantil. La infancia amenazada, estado mundial de la infancia 2005. [En línea]. [Citado el 8 de noviembre del 2009]. Disponible en internet: En: <http://www.unicef.org/spanish/sowc05/povertyissue.html>
- UNICEF. El objetivo: reducir la mortalidad infantil.[en línea]. [Citado el 26 de agosto de 2009]. Disponible en internet: <http://www.unicef.org/spanish/mdg/childmortality.html>
- UNICEF. Instituciones amigas de la mujer y la infancia. 2004. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm>
- UNICEF. Instituciones amigas de la mujer y la infancia. 2004. [en línea]. [Citado el 05 de diciembre de 2009]. Disponible en internet: <http://www.unicef.org.co/Lactancia/IAMI.htm>
- VÁZQUEZ Gloria, Gómez Elieth y Gamboa Edna. Condiciones higiénico sanitarias de los servicios de alimentación en instituciones infantiles del instituto colombiano de bienestar familiar de Bucaramanga, Colombia. Revista Cubana Aliment Nutr 2007;17(1):23-33. [en línea]. [Citado el 03 de julio de 2009]. Disponible en internet: http://www.revicubalimentanut.sld.cu/Vol_17_1/Art2_23_33.pdf

ANEXOS

Tabla 1. PRESUPUESTO GLOBAL DEL PROYECTO

Concepto	Valor
Subtotal costos indirectos	\$ 4'442250
Subtotal costos directos	\$ 1'634800
Total presupuesto del proyecto	\$ 6'240530

Tabla 2. COSTOS INDIRECTOS

❖ **Presupuesto detallado del proyecto**

Concepto	Valor
Salario de un asesor para 80 horas semestre (\$ 40.000 hora)	\$ 3'200000
Salario de 3 estudiantes semestre salario mínimo mensual por 10 meses)	\$ 1'242250
Subtotal costos indirectos	\$ 4'442250

Tabla 3. COSTOS DIRECTOS

Concepto	Valor
Materiales y útiles de oficina	\$ 35000
Trasporte	\$ 172800
Sistematización	\$ 280000
Cámara fotográfica mas memoria expandible	\$595000
Grabadora	\$ 85000
Pilas	\$ 10000
Casetes	\$ 12000
Diario de campo	\$ 15000
Fotocopias	\$ 60000
Digitación	\$ 200000
Imprevistos 10%	\$ 163480
Subtotal costos directos	\$ 1'634800

Tabla 4. Cronograma de actividades

No	Actividad	OCT				NOV				DIC				ENE				FEB				MAR				ABR				MAY				JUN				JUL			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Selección y formulación del problema		x																																						
2	Selección del docente investigador como asesor		x																																						
3	Asesoría con docente investigador			x			x	x	x		x				x	x	x		x								x	x			x				x						
4	Elaboración de objetivos y propósito				x		x	x																																	
5	Consulta de marco de referencia							x	x																																
6	Revisión bibliográfica								x		x	x	x		X																										
7	Elaboración de marco teórico								x		x	x	x		X																										
8	Selección del diseño														X	x	x																								
9	Selección y elaboración del instrumento														X	x	x																								
10	Revisión del instrumento															x																									
11	Elaboración del cronograma y presupuesto																x																								
12	Selección de la muestra															x	x		x																						
13	Recolección de datos																		x	x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x								
14	Categorización de datos obtenidos																			x	x		x	x	x		x	x	x		x	x	x								
15	Análisis de los datos obtenidos																											x	x		x	x	x								
16	Elaboración de resultados																															x	x		x	x	x				
17	Elaboración de conclusiones																																			x	x				
18	Elaboración de estrategia pedagógica																																			x	x				
19	Elaboración de reporte investigativo																																								

ANEXO A

IDENTIFICACIÓN Y OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES CUANTITATIVAS

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA O NIVEL DE MEDICION	PREGUNTA O ITEM
Características socio demográficas de los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales del ICBF.	Aspectos personales que identifican a los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales del ICBF.	Edad	Tiempo en meses transcurridos desde el nacimiento hasta el momento del estudio.	Intervalo	12 a 24 () 25 a 37 () 38 a 50 () 51 a 63 ()
		Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina del niño o niña.	Nominal Dicotómica	Femenino () Masculino ()
		Régimen de seguridad social.	Es la vinculación o la pertenencia un régimen de salud	Nominal Politómica	Subsidiado () Vinculado () Contributivo ()

		Registro civil.	Único documento público que legalmente prueba la existencia de una persona	Nominal Dicotómica	No () Si ()
		Zona de residencia	Lugar donde habita el individuo en el momento del estudio, ya sea rural o urbana.	Nominal Dicotómica	Zona de residencia: Rural () Urbana ()
		Desplazamiento	Condición de desplazamiento forzado de la familia del niño o niña.	Nominal Dicotómica	No () Si ()

Características socio demográficas de los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales del ICBF.	Aspectos personales que identifican a los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales del ICBF.	Tipo de vivienda.	Naturaleza del lugar que habita el niño o niña	Nominal Politómica	Propia () Arrendada () Cedida () Invasión () Inquilinato ()
		Material de la vivienda.	Componente principal de las paredes de la vivienda.	Nominal Politómica	Adobe () Baque () Cemento () Ladrillo () Madera ()
		Alcantarillado.	Presencia de sistema subterráneo para recoger las aguas residuales y realizar su evacuación.	Nominal Dicotómica	No () Si ()
		Personas que duermen con el niño.	Cantidad de personas que duermen con el niño en la misma cama y/o en el mismo cuarto	Razón	0 () 1 () 2 () 3 () 4 ()

					5 ()
		Modo de corregir.	Manera que los padres emplean para reprender al niño y niña.	Nominal Politómica	Castigo físico () Sanción () Castigo verbal () Diálogo ()
		Hermanos que cuidan a los niños.	Practica de delegar el cuidado de los hermanos menores a los hijos mayores.	Nominal Politómica	No () Si () No aplica ()
Características clínicas de los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales del ICBF.	Estadio de la enfermedad y el estado de salud general de de los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales del ICBF.	Esquema de vacunación.	Documento que certifica la tenencia o no de las vacunas correspondientes a cada edad del niño y niña.	Nominal Dicotómica	No () Si ()
		Controles de crecimiento y desarrollo	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención,	Nominal Dicotómica	No () Si ()

			diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad infantil.		
		Enfermedades presentadas.	Patologías presentadas por los niños y niñas en los últimos 6 meses.	Nominal Politómica	Anemia () Parasitosis () Diarrea () Fiebre () I.R. A () Gripa () Ninguna ()

ANEXO B. MATRICES DE CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

CATEGORIAS	PROPOSICIONES AGRUPADAS POR TEMAS	SUBCATEGORIAS
<p style="text-align: center;">PRÁCTICAS Y HÀBITOS DE ASEO EN EL HOGAR</p>	<p>Barrer, trapear, limpian mesas y cocina a diario con un poquito de límpido y agua, antes de que lleguen los niños y después de terminada la jornada.</p>	<p style="text-align: center;">PRÁCTICAS Y HÀBITOS DE ASEO EN EL HOGAR</p>
<p style="text-align: center;">MOMENTOS PEDAGÓGICOS</p>	<p>Entregan al niño en lamentables condiciones Se revisa cada uno de los niños y se le pregunta cómo les fue el día anterior</p>	<p style="text-align: center;">BIENVENIDA</p>
	<p>Mensualmente programamos diferentes temas</p>	<p style="text-align: center;">VAMOS A JUGAR.</p>
	<p>Respeto con la familia y la comunidad Ecología y no botar basura</p>	<p style="text-align: center;">VAMOS A EXPLORAR.</p>
	<p>Se sientan acompañados Si el niño ya no quiere comer se le busca, estrategias como jugándole.</p>	<p style="text-align: center;">VAMOS A COMER.</p>
	<p>Al comienzo de la semana se planea escogiendo un tema Dibujar y pintar o que rellenen lo que dibujaron con granos o papeles</p>	<p style="text-align: center;">VAMOS A CREAR.</p>
	<p>Arreglamos a los niños para salir, Se dan recomendaciones para la relación del niño en su familia Se comenta el comportamiento que tuvo el niño en trascurso del día y sus tareas pendientes</p>	<p style="text-align: center;">VAMOS A CASA.</p>
<p style="text-align: center;">EL PAPEL DE LA MADRE COMUNITARIA CON LA ALIMENTACION DEL NIÑO</p>	<p>Me gusta darme cuenta si realmente los niños comen o no No me gusta que se quede sin comer Buen control en lo que es el peso Insistir en la valoración por la nutricionista</p>	<p style="text-align: center;">EL PAPEL DE LA MADRE COMUNITARIA CON LA ALIMENTACION DEL NIÑO</p>

<p align="center">HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS.</p>	<p>Aseo personal y de la cocina Utilizar los elementos como el gorro, el delantal, el tapabocas, las uñas bien recortaditas y la cocina bien limpia Puede contaminar los alimentos Lavarse las manos antes de manipular cualquier alimento</p>	<p align="center">HIGIENE EN LA PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS.</p>
<p align="center">MENU DE LOS HOGARES TRADICIONALES.</p>	<p>A las 5 am preparo los alimentos Algunas madres pagan a otra persona para que les ayuden en la preparación de los alimentos. Algunas madres de familia nos colaboran Carbohidratos, proteínas, y vitaminas Menú variado.</p>	<p align="center">MENU DE LOS HOGARES TRADICIONALES.</p>
<p align="center">COMPRA DE LOS ALIMENTOS Y ALMACENAMIENTO.</p>	<p>Semanalmente se compra la carne, verduras y frutas. El grano se compra mensualmente.</p>	<p align="center">COMPRA DE LOS ALIMENTOS</p>
	<p>Seleccionar los alimentos perecederos y los no perecederos Alimentos perecederos se deben mantener bien refrigerados Evitar la contaminación de los alimentos perecederos, se almacenan en un recipiente con tapa” Refrigerador para la conservación de los productos cárnicos”</p>	<p align="center">ALMACENAMIENTO DE LOS ALIMENTOS.</p>
<p align="center">SEGUIMIENTO POR PARTE DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR</p>	<p>No solo basta con el seguimiento de la nutricionista Al reingreso de las vacaciones tienen una gran pérdida de peso y talla, Los niños en su casa consumen alimentos que no cumplen las expectativas nutricionales.</p>	<p align="center">SEGUIMIENTO POR PARTE DEL INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR</p>
<p align="center">ENFERMEDADES INFANTILES PREVALENTES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS</p>	<p>Daño estomacal Consumo por primera vez la Bienestarina, Bienestarina muy aguada a medida que el niño la va asimilando voy aumentando la cantidad</p>	<p align="center">ENFERMEDADES INFANTILES PREVALENTES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS</p>

LAS MADRES COMUNITARIAS MANEJAN LAS DIFERENTES ENFERMEADES	Suero oral dar más líquido de lo normal, aromáticas de manzanilla o apio Pendientes de los signos de alarma (ojos hundidos labios resacos, piel reseca) y llamamos a sus padres”	DIARREA
	Comunicar a los padres y con la nutricionista del ICBF La nutricionista a veces viene hacerle seguimiento o a veces no.	DESNUTRICIÓN
	Dar limonada y si no le pasa le doy Acetaminofen suspensión una cucharada cada 8 horas”.	FIEBRE
	Llamar a los padres de familia para que ellos los lleven a un centro de salud.	DIFICULTAD AL RESPIRAR
VACUNACIÓN	No se recibe al menor hasta tanto no lo hagan vacunar	VACUNACIÓN
VULNERACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO	Estos casos se presentan No lo denuncia por que el transgresor es el que las mantiene Casos de abuso sexual de una niña de tres años Se informa al ICBF pero ellos no hacen nada, no hacen un seguimiento a estos casos Me da miedo de que digan que es en el hogar de uno no en la casa de ella donde ocurre el abuso.	ABUSO SEXUAL
	Representa el maltrato a través de gráficos Temor a expresarlo verbalmente por temor a ser castigado nuevamente por sus padres Revisión del cuerpo del niño en manos, brazos, espalda encuentra las señales del maltrato físico	MALTRATO INFANTIL

ANEXO C
FORMATO DE ENTREVISTA ABIERTA DIRIGIDA A LAS MADRES
TRADICIONALES DEL ICBF DE LA COMUNA 2 DE POPAYÁN.

EL CUIDADO QUE BRINDAN LAS MADRES TRADICIONALES A LOS NIÑOS Y
NIÑAS QUE ASISTEN A LOS HOGARES COMUNITARIOS DE LA COMUNA 2
DE POPAYAN.

Objetivo: Describir las prácticas de cuidado por parte de las madres tradicionales que se brindan en los Hogares tradicionales, donde acuden los niños y las niñas de la comuna dos de Popayán, que favorecen o limitan el desarrollo infantil temprano.

Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ de aplicación.

NUTRICIÓN

1. ¿Qué cuidados tiene en la preparación de los alimentos del niño?
2. ¿Qué criterios tiene para comprar los alimentos?
3. ¿Qué prácticas de higiene tiene en el manejo de los alimentos?
4. ¿Cómo es el consumo y almacenamiento de los alimentos?

SALUD

5. ¿Cómo sabe que un niño está sano o enfermo?
6. ¿Qué acciones realiza usted para que el niño no se enferme de diarrea o enfermedades respiratorias?
7. ¿Cuando el niño o niña se enferma de diarrea usted qué hace?
8. ¿Cuando el niño o niña presenta enfermedades respiratorias usted que hace?
9. ¿Qué prácticas de limpieza en la vivienda ayuda a evitar enfermedades?

10. ¿Qué cuidados tiene cuando hay animales domésticos para evitar enfermedades del niño?
11. ¿Qué sabe sobre el cuidado que le brindan en la casa al niño?
12. ¿Interroga a las madres de familia sobre el cuidado de sus hijos?
13. ¿Conoce los signos de alarma de EDA e IRA?
14. 1¿Cómo sabe que el niño tiene un crecimiento y un desarrollo adecuado?
11. ¿Qué creencias, ideas y experiencias tiene respecto a la vacunación?

ESTIMULACIÓN

15. ¿Cuáles son las actividades recreativas que practica con los niños?
16. ¿Cómo estimula el lenguaje entre los niños?

EDUCACIÓN

17. ¿La religión en qué le aporta en el cuidado de los niños?
18. ¿Qué programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad conoce?
19. ¿Qué creencias de medicina natural tiene referente al cuidado?
20. ¿Qué cuidados naturales conoce y practica con los niños?

ANEXO D.
FORMULARIO DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN DE VARIABLES
SOCIODEMOGRÁFICAS.
EL CUIDADO QUE BRINDAN LAS MADRES TRADICIONALES A LOS NIÑOS Y
NIÑAS QUE ASISTEN A LOS HOGARES COMUNITARIOS DE LA COMUNA 2
DE POPAYAN.

Objetivo: Caracterizar sociodemográficamente a los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales de la comuna 2 de Popayán.

Fecha: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ de aplicación.

Código _____

CARACTERISTICAS SOCIDEMOGRAFICAS:

DATOS PERSONALES:

1. Fecha de nacimiento del niño: DIA () MES () AÑO ()
2. Sexo F () M ()
3. Seguridad social: SI () NO ()
4. Registro civil: SI () NO ()
5. Zona de residencia de la familia: rural () urbana ()
6. Desplazado por la violencia: SI () NO ()

DATOS DE LA VIVIENDA

7. La vivienda es propia () La está pagando () Arrendada () inquilinato ()
Cedida () Invasión ()
8. Material de la vivienda: Paredes: ladrillo () Madera () Bloques ()
Tierra () Bareque () otros _____
9. Posee Alcantarillado SI () NO ()

RELACIONES FAMILIARES

10. Número de personas que viven en la casa con el niño: ____ ____
11. Número de personas que duermen en el mismo cuarto con el niño ____ ____
12. ¿Cómo corrige al niño Castigo físico () Sanción () Castigo verbal ()
Diálogo ().
13. ¿Los hermanos mayores cuidan de los pequeños? SI () NO ()

VIJILANCIA DE SALUD

14. ¿Lleva el niño a vacunar SI () NO () porque?_____
- Tiene esquema de vacunación completo para la edad SI () NO ()
15. ¿Asiste el niño a los controles de crecimiento y desarrollo? SI () NO ()
16. ¿De qué se ha enfermado el niño en los últimos 3 meses?

ANEXO E

**INSTRUCTIVO DEL FORMATO DE ENTREVISTA ABIERTA DIRIGIDA A LAS
MADRES TRADICIONALES DEL ICBF DE LA COMUNA 2 DE POPAYÁN.**

INTRODUCCIÓN: Mi nombre es (Viviana Muñoz, Yolima Muñoz y Juan Carlos Molina) en el día de hoy realizaremos un entrevista a ustedes con el objetivo de describir las prácticas de cuidado que se brindan en los Hogares tradicionales donde acuden los niños y las niñas que favorecen o limitan el desarrollo infantil temprano, esta información contribuirá al desarrollo infantil temprano de los niños y niñas que asisten a los Hogares tradicionales de la Comuna 2, fortaleciendo las competencias de las madres tradicionales la información proporcionada por ustedes será confidencial y en ningún momento se hará mención de alguien en particular.

Recordamos que sus opiniones acerca de la Rutina del menor en el hogar comunitario, el cuidado del niño en su nutrición y alimentación, enfermedades infantiles que más se presentan en los niños y la vulneración de los derechos del niño en su casa son importantes y esperamos que todas participen.

ANEXO F

INSTRUCTIVO DEL FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE SALUD

Objetivo: Caracterizar sociodemográfica y de salud de los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales.

Se solicita que el siguiente formulario sea diligenciado con la mayor precisión, ya que la información proporcionada será empleada en la valoración de las características sociodemográficas y clínicas los niños y niñas que asisten a los hogares tradicionales de la comuna 2 de Popayán.

Coloque la fecha el día en que se diligencia el formato, A continuación encontrará una serie de enunciados, los cuales deberá marcar una sola opción con una X, en donde se encuentre un espacio llénelo con el dato que se le pide. Si la información pedida no se encuentra contenida deje el espacio en blanco.

ANEXO G.
CONSENTIMIENTO INFORMADO

EL CUIDADO QUE BRINDAN LAS MADRES TRADICIONALES A LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE ASISTEN A LOS HOGARES COMUNITARIOS DE LA COMUNA 2 DE POPAYAN.

Objetivo del trabajo: Describir las prácticas de cuidado que se brindan las madres tradicionales en los Hogares Tradicionales de la comuna dos de la ciudad de Popayán, donde acuden los niños y las niñas con el fin de proponer un programa educativo que favorezca el desarrollo infantil temprano en los hogares tradicionales.

Yo----- identificada con CC o TI: ----- de ----- como persona responsable del niño acepto hacer partícipe del trabajo de investigación realizado por los estudiantes de octavo semestre de Enfermería de la Universidad del Cauca, declaro que he sido informada sobre el objetivo del estudio y comprendo que los datos que revele sobre mi identificación personal y la del niño no serán conocidas por personas diferentes a los investigadores.

Firma: -----

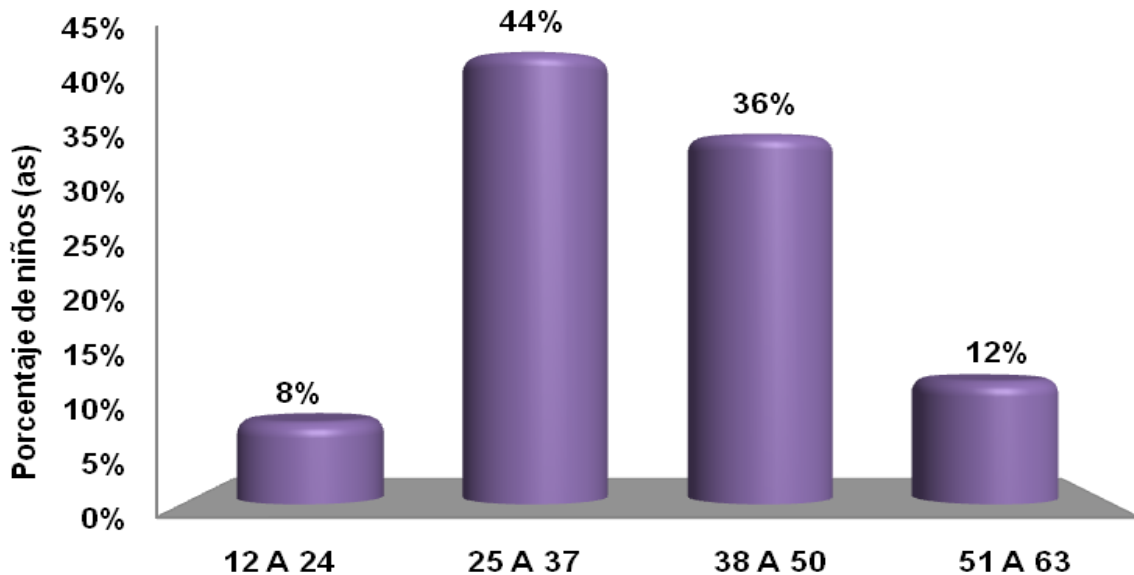
Investigadores:

-----, -----, -----

ANEXO H. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

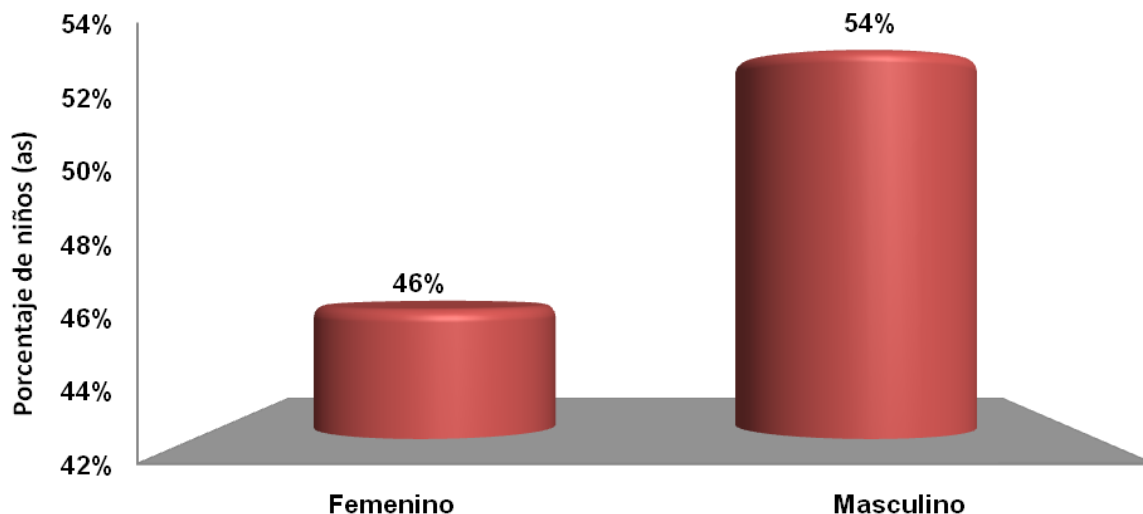
Las siguientes gráficas muestran los resultados de los datos sociodemográficos de 72 niños y niñas que acuden a los Hogares Tradicionales del ICBF, obtenidos mediante la aplicación de un formulario de recolección a la información contenida en las Ficha integrales del niño y la familia del ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar) de 24 Hogares Tradicionales del ICBF.

Gráfica 1. Distribución porcentual según edad en meses.



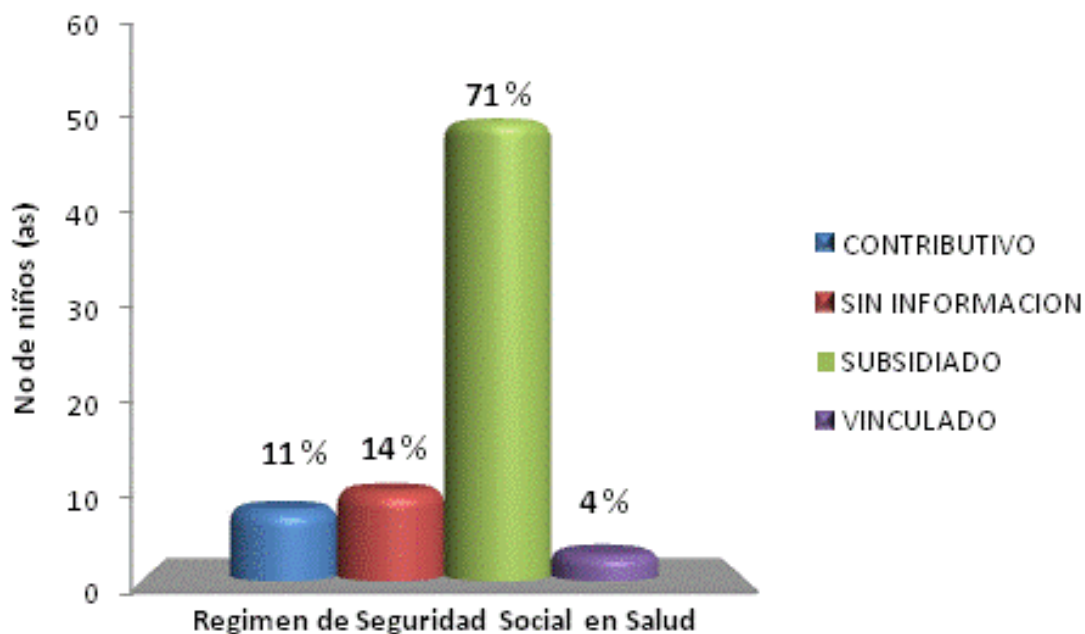
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 2. Distribución porcentual según género niños y niñas hogares tradicionales ICBF. Comuna 2 de Popayán.



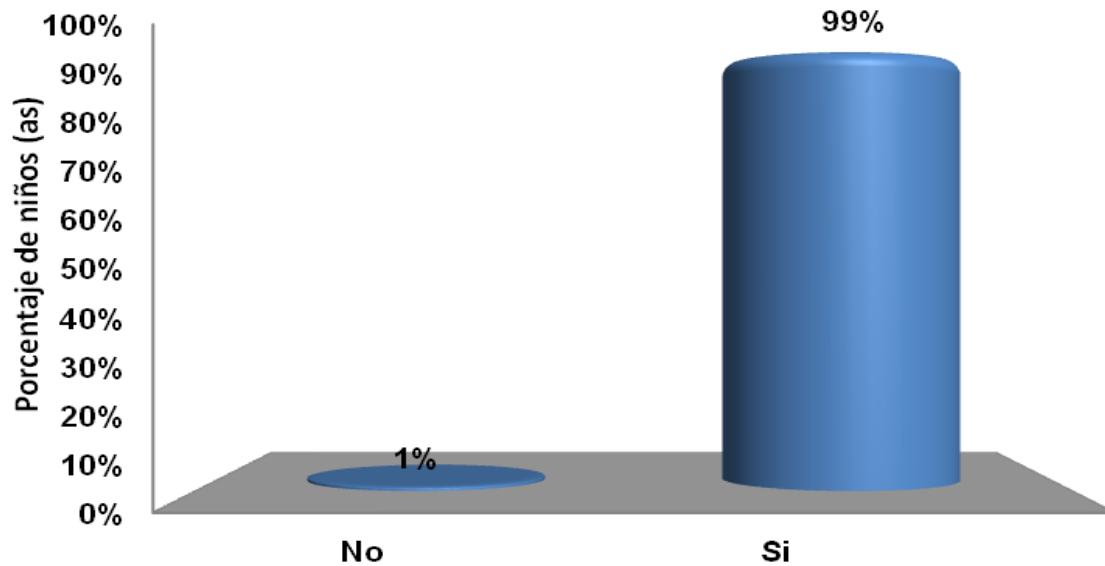
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 3. Distribución porcentual según régimen de seguridad social.



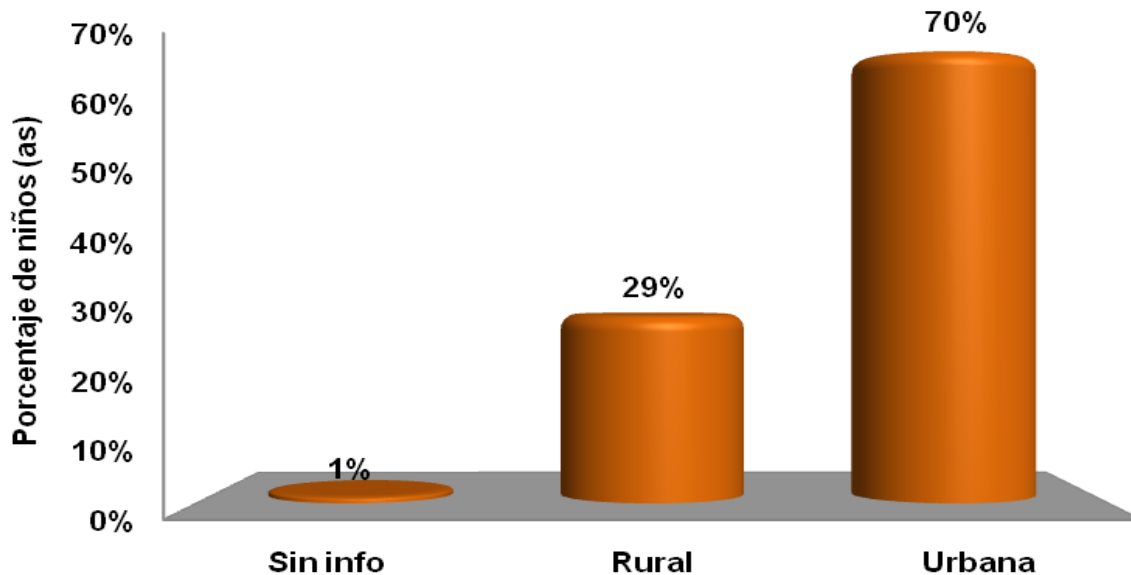
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 4. Distribución porcentual según tenencia de registro civil.



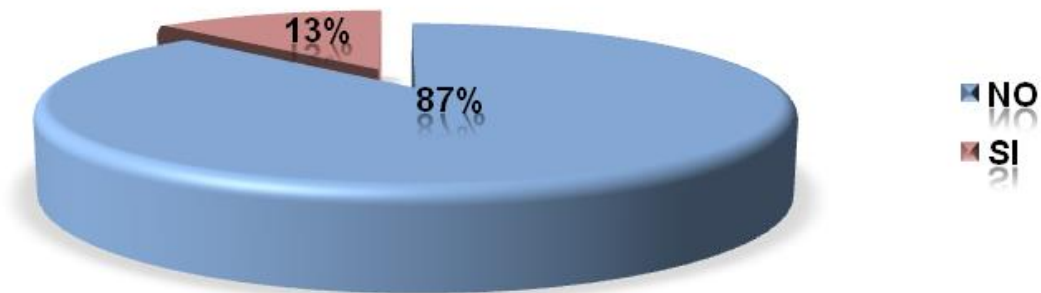
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 5. Distribución porcentual según zona de residencia.



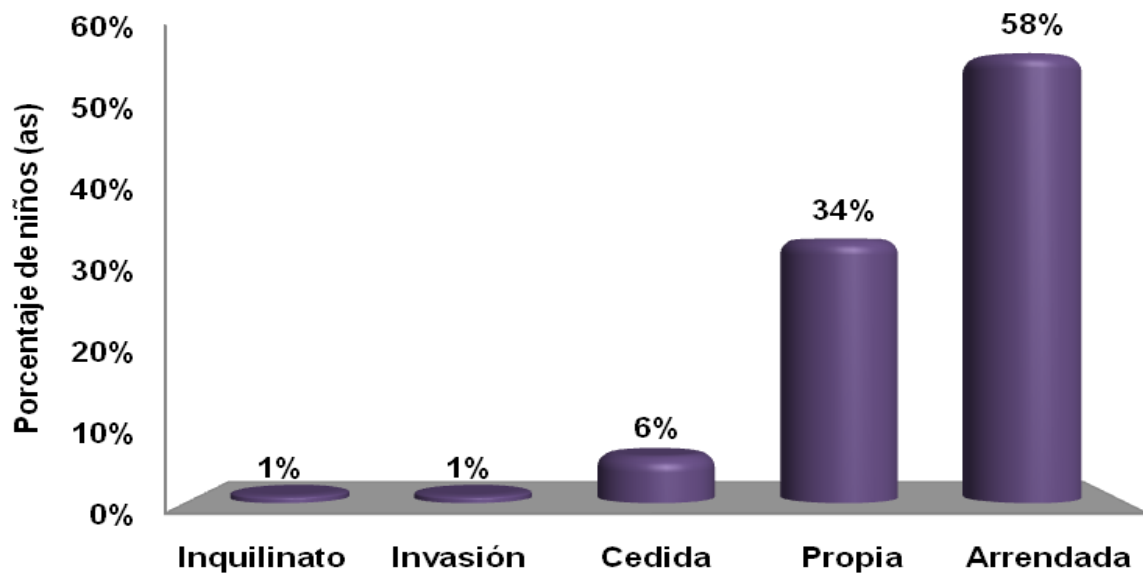
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 6. Distribución porcentual según condición de desplazamiento forzado de los niños y niñas.



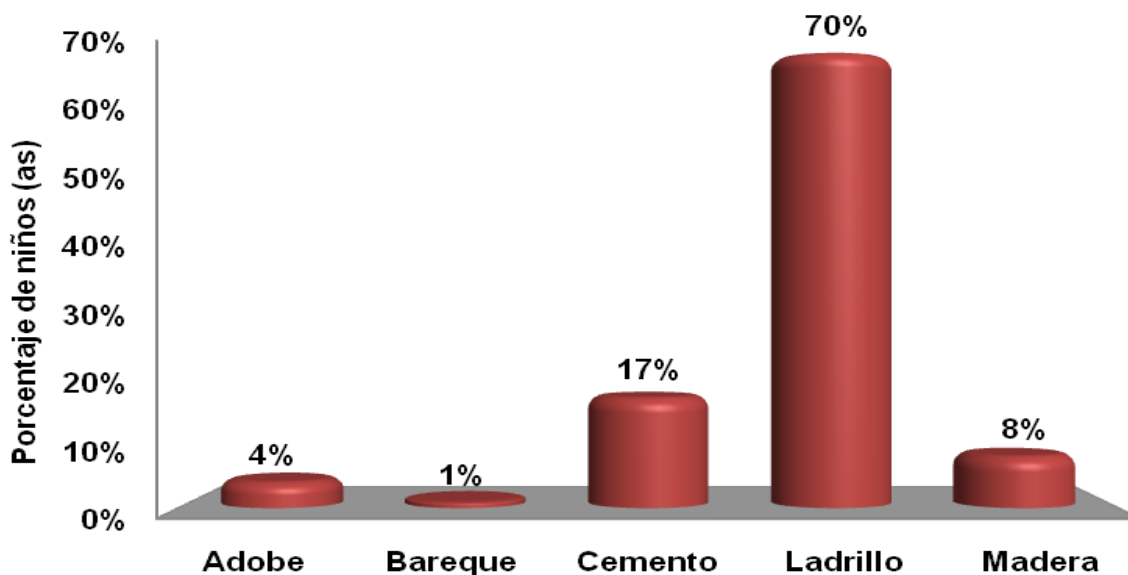
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 7. Distribución porcentual según tipo de vivienda.



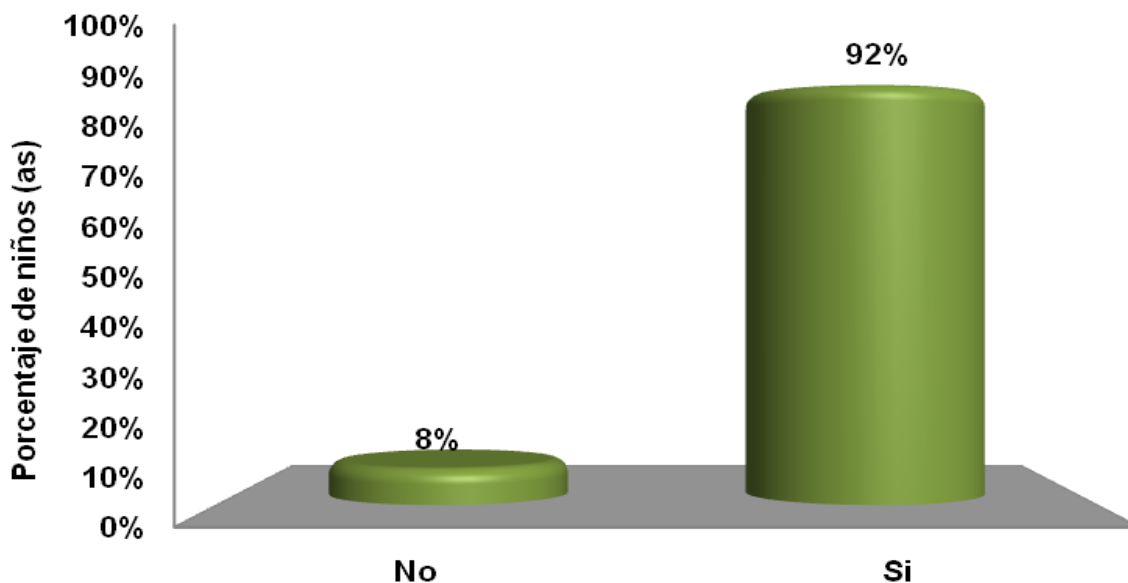
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 8. Distribución porcentual según material de la vivienda



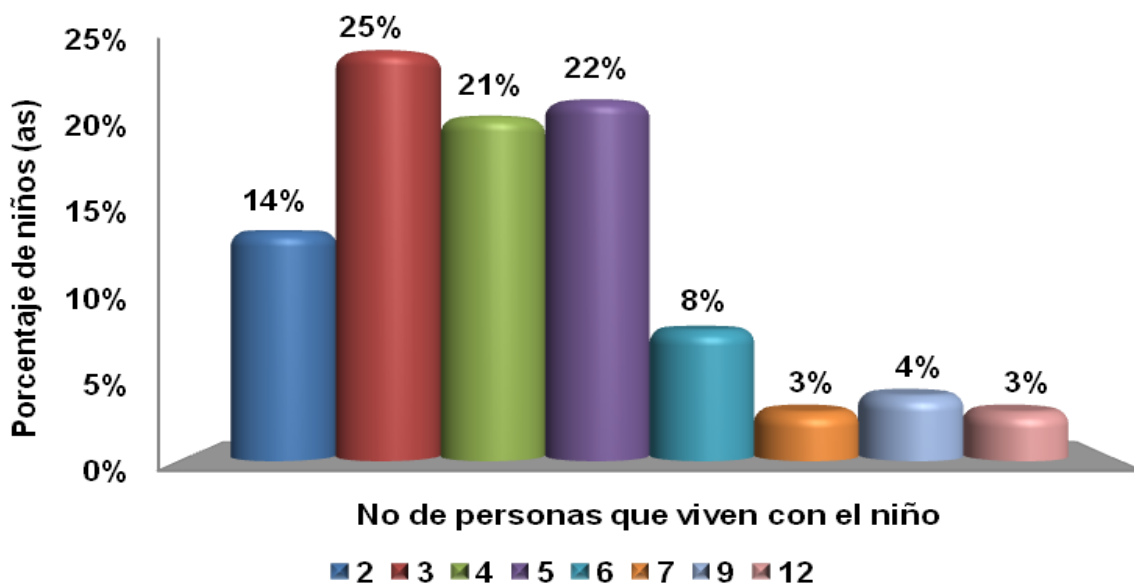
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 9. Distribución porcentual según presencia de alcantarillado en la vivienda.



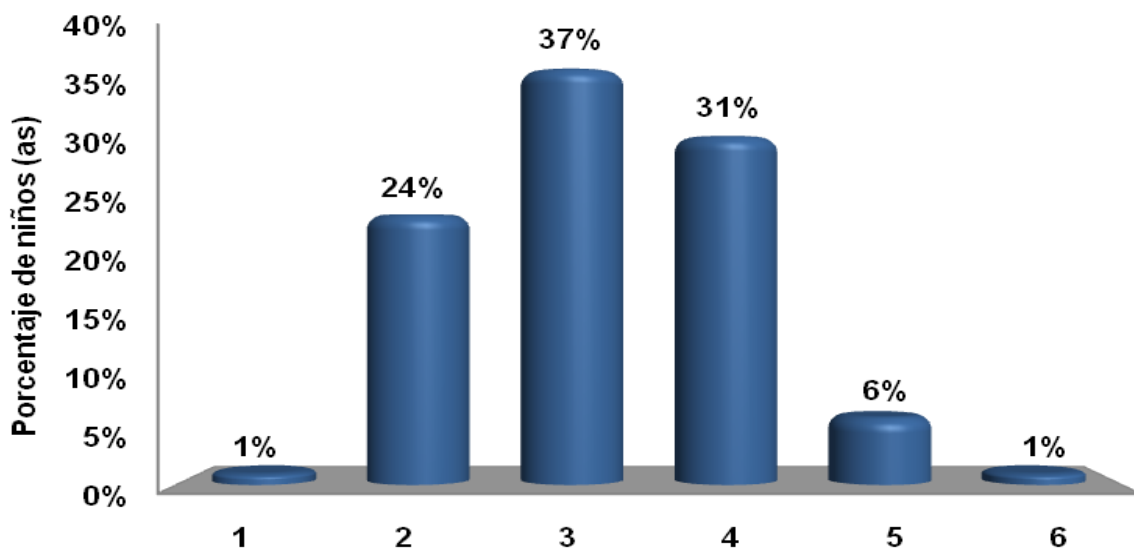
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 10. Distribución porcentual según número de personas que viven con el (la) niño (a).



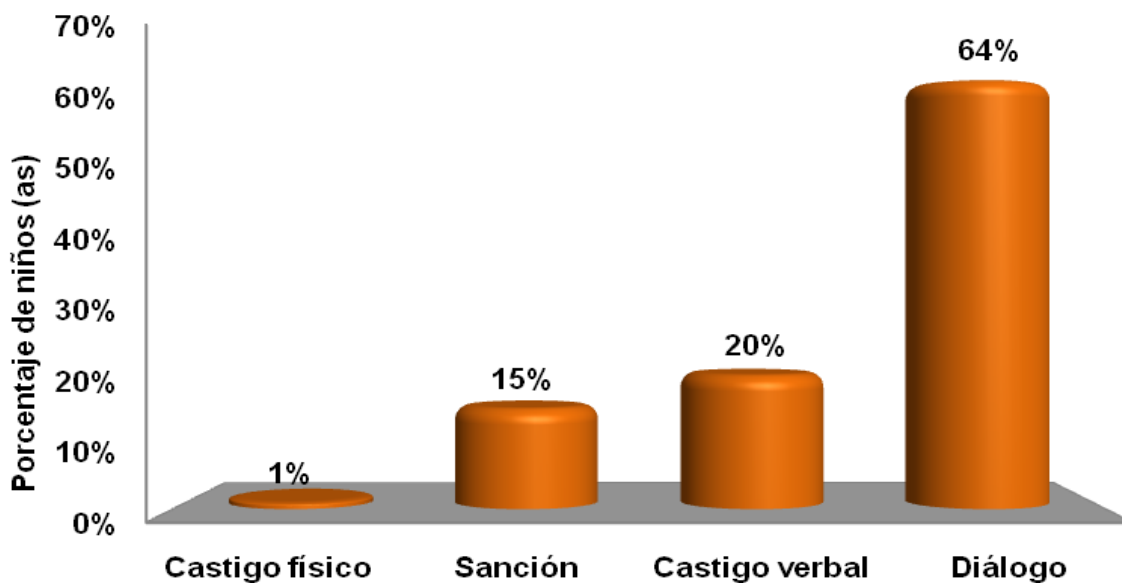
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 11. Distribución porcentual según número de personas que duermen con el niño o niña.



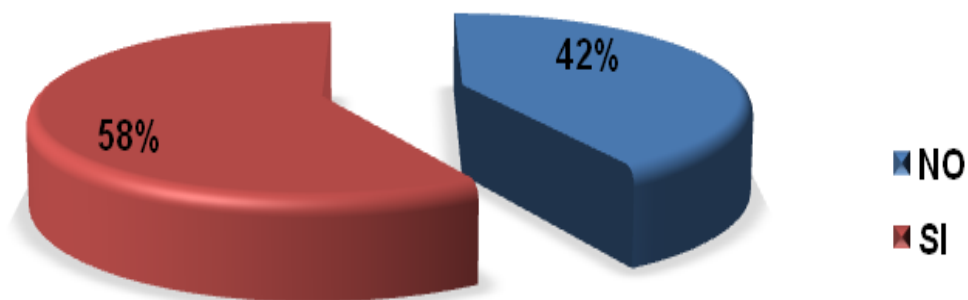
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 12. Distribución porcentual según modo de corregir de los padres a los niños y niñas.



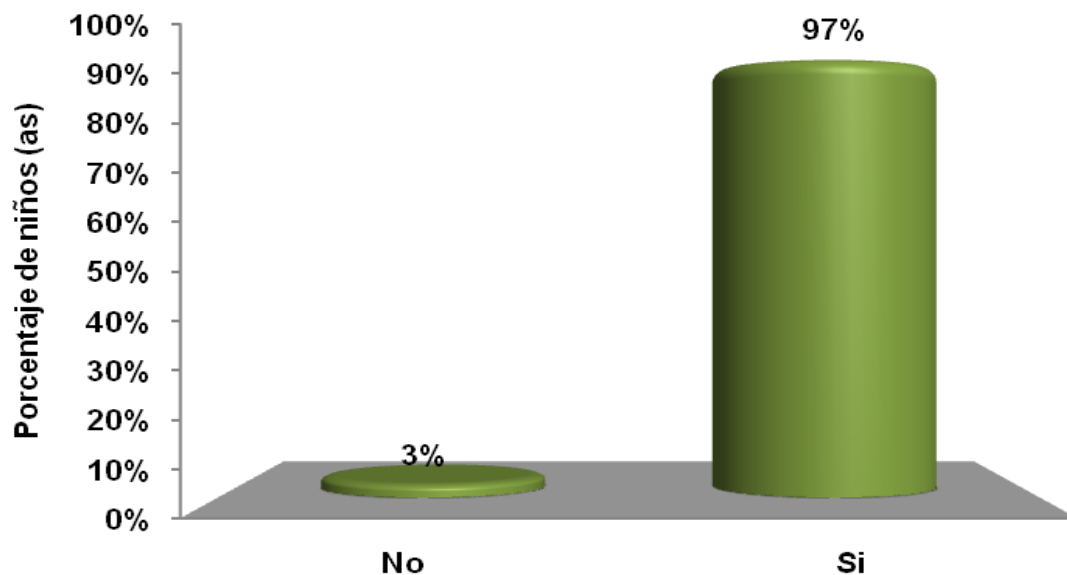
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 13. Distribución porcentual según hermanos que cuidan al niño.



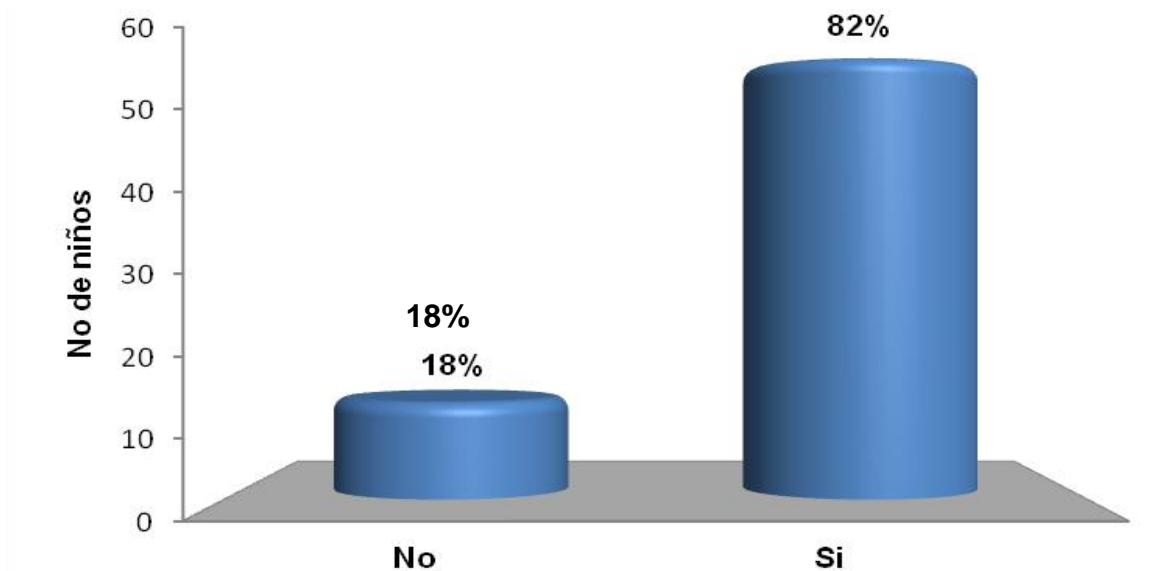
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 14. Distribución porcentual según esquema de vacunación completo.



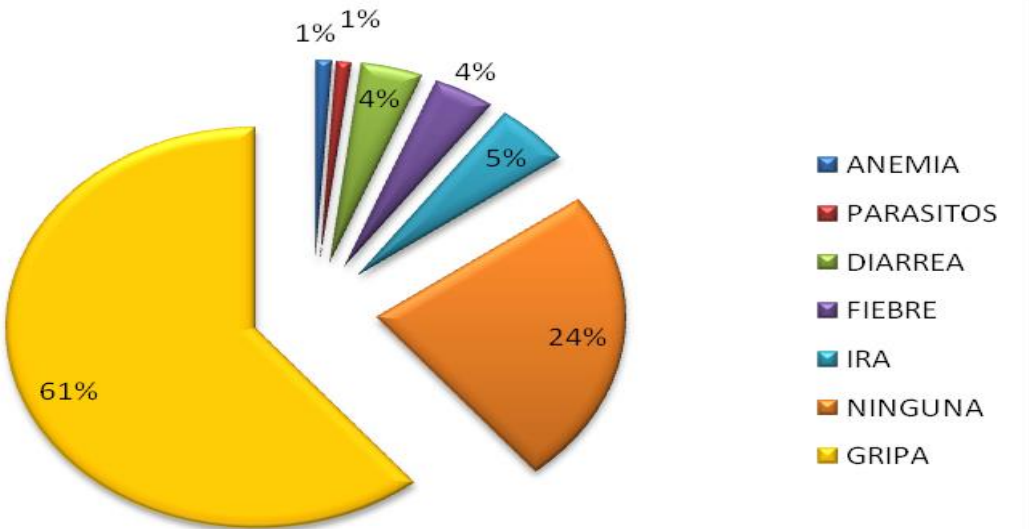
Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 15. Distribución porcentual según asistencia a control de crecimiento y desarrollo.



Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

Gráfica 16. Distribución porcentual según enfermedades presentadas por los niños y niñas en los últimos tres meses.



Fuente: El cuidado de las madres tradicionales a los niños y niñas que asisten a los hogares comunitarios del ICBF, comuna 2 Popayán, 2009

**ANEXO I:
PROPUESTA EDUCATIVA PARA LAS MADRES COMUNITARIAS DE LOS
HOGARES TRADICIONALES DEL ICBF DE LA COMUNA 2 DE POPAYAN.**

“DE LA MANO POR EL CUIDADO DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE LA COMUNA 2 DE POPAYAN”



UNIVERSIDAD DEL CAUCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD.
PROGRAMA DE ENFERMERIA.

DECIMO SEMESTRE.

POPAYÁN

2010

INTRODUCCIÓN

La infancia temprana es el periodo de desarrollo más rápido en la vida humana. A pesar de que los niños se desarrollan individualmente a su propio ritmo, todos los niños pasan por secuencias identificables de cambio y desarrollo físico, cognitivo y emocional. El enfoque del Desarrollo Infantil Temprano se basa en el hecho comprobado de que los niños pequeños responden mejor cuando las personas que los cuidan usan técnicas diseñadas específicamente para fomentar y estimular el paso al siguiente nivel de desarrollo se debe tener en cuenta y aplicar estos conceptos de desarrollo infantil: aprovechar los primeros años para formar mejores ciudadanos, enfatizando en los tres pilares de la educación en la primera infancia: Salud, educación inicial, y nutrición también brindando atención en un ambiente sano siendo que potenciar el talento, la innovación y la creatividad bajo una base sólida de valores en tanto que perder potencial estudiantil puede afectar el desarrollo social del país

Diversas investigaciones han señalado: "Que las bases del desarrollo humano se cimentan en los primeros años y la adecuada atención de los niños y niñas en la primera infancia, por parte de la familia, la comunidad y las instituciones, se convierte, no sólo en una estrategia esencial de lucha contra la pobreza, ya que contribuye a superar el círculo vicioso que la reproduce, la diversifica y la hace más compleja, sino que es al mismo tiempo una estrategia para el desarrollo humano y social de un país y una estrategia para luchar contra los factores que niegan los derechos sociales y políticos"⁸⁴. La intervención temprana en los años preescolares puede reducir la brecha de desarrollo entre los niños pobres y los ricos, logrando que los niños pobres ingresen a la escuela primaria con la misma preparación para aprender que los otros niños.

El rápido desarrollo del cerebro durante los años preescolares es crucial y depende del ambiente en el que el niño se desarrolle. La nutrición, el cuidado y la

⁸⁴ (CINDE.UNICEF 2001)

lactancia materna afectan directamente las conexiones que se originan en el cerebro durante este período. Cuando el recién nacido recibe cuidado adecuado, estará mejor preparado para ingresar a la escuela y a tiempo para aprender.

Al entrar los niños a la escuela, el desarrollo temprano determinará si tendrán éxito en ésta y en la vida futura. El efecto del aprendizaje en la escuela depende fundamentalmente de la competencia social y emocional desarrollada en los primeros años. El niño social y emocionalmente saludable y preparado para la escuela, es seguro de sí mismo y amigable, lleva buenas relaciones con los demás, persiste ante las tareas desafiantes, posee un buen desarrollo del lenguaje y puede comunicarse bien, escucha instrucciones y está atento.

Sabiendo que los padres y los cuidadores de los hogares comunitarios cumplen un papel muy importante dentro del desarrollo de los niños y niñas actuando no solo como guías si no también como modelos para los niños; por esto deben ser ejemplo e inculcar la necesidad de tener conocimiento sobre las estrategias de salud pública, teniendo en cuenta que si se descuidan estas estrategias la salud se verá resentida y repercutirá en el adecuado desarrollo y en su bienestar físico y mental y de salud.

La presente es una propuesta para la transferencia inicial de algunos de los elementos conceptuales, metodológicos sobre los cuales se sustenta principalmente estos componentes comunitarios, a un grupo seleccionado para el estudio investigativo (madres comunitarias del ICBF) y el cual quedará planteado como instrumento para mejorar el cuidado que prestan las madres a los niños y niñas de sus hogares tradicionales⁸⁵.

⁸⁵. Establecida en 2000 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF),

PROPÓSITO:

Contribuir al desarrollo infantil temprano de los niños y niñas de la comuna 2 que son atendidos por las madres tradicionales del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, a través de un proceso educativo

OBJETIVO GENERAL:

Diseñar un programa educativo dirigido a las madres tradicionales con el fin de fortalecer sus capacidades como cuidadoras de los niños y niñas favoreciendo el desarrollo infantil temprano

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Promover las prácticas familiares que protejan la salud de los niños y niñas
- Establecer a los responsables del cuidado de los niños y niñas herramientas sobre salud alimentaria y nutricional
- Desarrollar estrategias dirigidas a las madres comunitarias para mejorar la educación inicial para que de esta manera optimizar la salud infantil de la comuna

METODOLOGIA

OBJETIVO	TEMAS/SUBTEMAS	METODOLOGIA	DURACION
<p>Mejorar las prácticas de cuidado que brindan las madres comunitarias a los niños del ICBF.</p>	<p>SALUD: Diarrea, fiebre, ira, gripa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conceptos generales • Manifestaciones. • Como tratarla en casa. • Signos de alarma. • Medidas preventivas generales • Vacunación • Crecimiento y Desarrollo • Lavado de Manos <p>Higiene del hogar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limpieza y desinfección del hogar • Manejo de las concentraciones de hipoclorito. <p>Derechos de la Infancia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Ley de la infancia y adolescencia • Tipos de maltrato. • Factores protectores. • Factores de riesgo. • Reconocer signos y síntomas. • En caso de maltrato del menor donde acudir. 	<p>Presentación de casos.</p> <p>Exposición participativa</p> <p>Presentación de Vides</p>	<p>Primera sección 8 horas Dos horas cada uno de los temas.</p>
	<p>EDUCION INICIAL: Importancia de la recreación en el niño.</p> <p>Concepto</p> <p>Juego con los demás.</p> <p>Salidas de campo.</p>	<p>Ejemplos exposición y presentación en video vean</p>	<p>Duración de 3 horas una hora para cada tema.</p>

	<p>Importancia de la educación en los niños.</p> <p>Estimulación en los niños. Interacción del niño con el medio ambiente.</p>		
	<p>NUTRICION:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de la Alimentación • Importancia de una buena nutrición. • Fortalecer buenos hábitos alimentarios en los niños. • Practicas que garantizan una alimentación nutritiva y saludable <p>Practicas de higiene para la Preparación de los alimentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Higiene personal. • Higiene del agua. • Higiene de los alimentos. • Forma de presentar los alimentos. <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación Complementaria en niños menores de 2 anos. • Alimentación Complementaria en niños mayores de 2 anos. • Clasificación de los alimentos. <p>Beneficios de la Alimentación por grupos de edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De 2 a 4 años de edad • De 4 a 6 años de edad. 	<p>Participación sobre lo que saben de la nutrición.</p> <p>Presentación Resolución de dudas.</p>	<p>4 horas en total con una duración de 1 hora cada tema.</p>

ANEXO J. FOTOS



Desarrollo de la entrevista abierta en el grupo focal numero 1.

Fuente: Juan Carlos Molina Ordoñez



Desarrollo de la entrevista abierta en el grupo focal numero 2.

Fuente: Juan Carlos Molina Ordoñez



Desarrollo de la entrevista abierta en el grupo focal numero 3.

Fuente: Juan Carlos Molina Ordoñez