ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS DE LA COMUNIDAD EMBERA CHAMÍ DEL MUNICIPIO DE MISTRATÓ, RISARALDA

VALENTINA AYALA MEDINA
MANUELA GALEANO ESPINOSA
MELISA PINEDA CANO

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE
INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
PEREIRA
2022

ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS DE LA COMUNIDAD EMBERA CHAMÍ DEL MUNICIPIO DE MISTRATÓ, RISARALDA

VALENTINA AYALA MEDINA
MANUELA GALEANO ESPINOSA
MELISA PINEDA CANO

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE PROFESIONAL EN INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA.

GERMÁN OVED ACEVEDO OSORIO
INSTRUMENTADOR QUIRÚRGICO
ESPECIALISTA EN EPIDEMIOLOGÍA
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA Y DESARROLLO SOCIAL.

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA
CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL DEPORTE
INSTRUMENTACIÓN QUIRÚRGICA
PEREIRA
2022

Nota de Aceptación

_____

_____

_____

_____

Presidente del Jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Pereira,09,09,2022

Dedicamos esta tesis a nuestra familia y amigos.

AGRADECIMIENTOS

Principalmente, agradecemos a nuestro docente y tutor de proyecto por ser un mentor durante este proceso, el cual ha requerido de mucho tiempo y esfuerzo, quien, con su paciencia, y dedicación, nos guio en este camino, por eso y más es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo de este proyecto. Así mismo damos nuestros agradecimientos a todas aquellas personas que han servido como medio para llegar a la comunidad objeto de estudio y han aportado sus conocimientos al mismo, y a nuestras familias por su apoyo incondicional durante todo el desarrollo de formación como profesionales.

CONTENIDO

RESUMEN 10
INTRODUCCIÓN 12
1. PROBLEMA 13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA 14
2. JUSTIFICACIÓN. 15
3. OBJETIVOS 17
3.1 OBJETIVO GENERAL 17
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 17
4. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL 18
4.1. MARCO DE ANTECEDENTES 18
4.2 MARCO DE REFERENCIAS 25
4.3 MARCO CONCEPTUAL 44
4.4 PALABRAS CLAVE 45
4.5 MARCO LEGAL 46
5 METODOLOGÍA 49
5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN 49
5.2 POBLACIÓN 49
5.3 MUESTRA 49
5.4 MARCO MUESTRAL 49
5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN 49
5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN 49
5.7 VARIABLES. 49
5.8 PLAN DE ANÁLISIS 50
5.9. IMPACTOS 52
6 RESULTADOS 54
7 DISCUSIÓN 62
8 CONCLUSIONES 64
9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 65

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. Cuadro de operaciones de variables	69
ANEXO 2. Instrumentó recolección de información	75
ANEXO 3. Cronograma de actividades	78

LISTA DE GRÁFICAS

	Pág.
Gráfica 1. Indicador peso /edad	53
Gráfica 2 Indicador talla /edad	53
Gráfica 3. Indicador peso/talla	56
Gráfica 4. Género	57
Gráfica 5. Alimentación complementaria	59
Gráfica 6. Hierve el agua	60
Gráfica 7. Consumo de carne	61

GLOSARIO

DESNUTRICIÓN: condición patológica que se genera porque no se consumen las calorías necesarias, lo cual produce una deficiente utilización de los nutrimentos por parte de las células del organismo.

EMBERA CHAMÍ: Tribu originaria de Colombia, que, en su proceso de asentamiento en nuevos territorios, se ha ido familiarizando de forma permanente con otras culturas, a través del contacto que ha tenido con las mismas, generándoles una nueva configuración social y económica. Estos se encuentran concentrados en el departamento de Risaralda, donde habita el 55,1% de la población, principalmente en Pueblo Rico y Mistrató.

SEGURIDAD ALIMENTARIA: cuando un grupo o individuo posee disponibilidad de alimentos, acceso, consumo y hace buen aprovechamiento biológico de estos

TIPOS DE DESNUTRICIÓN: marasmo y Kwashiorkor según las manifestaciones clínicas y primaria o leve, secundaria o aguda moderada y terciaria o aguda grave etológicamente.

RESUMEN

Los niños de las comunidades indígenas presentan altos índices de desnutrición asociados a inseguridad alimentaria que representa una problemática de salud pública. Existen diversos factores que contribuyen en el estado nutricional de una persona o grupo poblacional, dentro de esto, la seguridad alimentaria cumple un papel crucial en el desarrollo de este. Las comunidades indígenas, específicamente los Embera Chamí, han sido un grupo poblacional vulnerable referente a estas temáticas. Con base a esto, se define la pregunta de investigación qué es ¿cuáles son los determinantes sociales proximales en salud asociados con el estado nutricional en una población infantil Embera Chamí desde la perspectiva de las dimensiones de la Seguridad Alimentaria?, la cual permite que se identifiquen y asocien estos factores con el estado nutricional de los niños, mejorando sus condiciones. **Objetivo.** Identificar los determinantes sociales proximales en salud asociados con el estado nutricional en una población infantil Embera Chamí desde una perspectiva de las dimensiones de la Seguridad Alimentaria. **Materiales y métodos.** Tipo de estudio descriptivo, transversal, se incluirán los niños menores de 14 años de la comunidad Embera Chamí, donde se incorporarán variables sociodemográficas y antropométricas, recolectadas a través de un instrumento adaptado según “Guía para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas clave que protegen la salud infantil” de la Organización Panamericana de la Salud, accediendo a la comunidad con el apoyo de un traductor para tener una mejor compresión de la comunidad. **Resultados esperados.** Identificar los determinantes sociales proximales en salud, referentes a la seguridad alimentaria de los niños de la comunidad Embera Chamí, con el fin de comprender la asociación entre estos y el estado nutricional de los menores, para así, obtener bases para el planteamiento de estrategias públicas, que permitan mejorar aquellas condiciones que impiden que el entorno de la

comunidad ofrezca garantías de seguridad alimentaria para sus miembros, en especial a los niños.

PALABRAS CLAVE: Abastecimiento de alimentos, Malnutrición, Nutrición, Pueblos indígenas.

INTRODUCCIÓN

La desnutrición es una condición patológica grave que afecta principalmente a las comunidades vulnerables, principalmente a los menores de dichos grupos poblacionales. Las comunidades indígenas, específicamente los Embera Chamí, son un grupo vulnerable el cual presenta un déficit referente a seguridad alimentaria, debido a factores subyacentes que son propios de su comunidad, además de algunas otras condiciones que los hacen poseer más factores de riesgo, que los lleva a padecer desnutrición en cualquiera de sus etapas.

En correlación con lo anterior, los niños con una edad inferior a los de 5 años, de tal grupo, son los que más sufren y poseen una mala seguridad alimentaria, desencadenando muertes por desnutrición grave.

1. PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La seguridad alimentaria en poblaciones indígenas es un tema al cual no se le ha dado la importancia que realmente merece, pasando casi que de manera desapercibida aquellas situaciones que trae consigo una alimentación deficiente sobre una población. A nivel mundial la población indígena es vista como una comunidad vulnerable en diversos aspectos, entre estos la alimentación es uno de los más graves. En América Latina, entidades como la FAO y la OMS han establecido que la comunidad indígena de la región posee un déficit en tema de seguridad alimentaria. Tomando como referencia lo dicho en la cumbre mundial de alimentación donde mencionan que “existe seguridad alimentaria cuando toda la población, y en todo momento, tiene acceso físico, social y económico a alimentos seguros y nutritivos que satisfacen sus necesidades dietéticas y preferencias alimentarias, para una vida activa y saludable” a raíz de esto, se entiende que dicha seguridad va de la mano de factores como disponibilidad, acceso y control, utilización y estabilidad, los cuales han sido denominados como los cuatro pilares o componentes básicos de la SAN (Seguridad alimentaria y nutricional) (1).

Colombia es un país con un alta diversidad cultural donde su parte indígena sufre la mayor parte de afectaciones, pues en los últimos años han presentado la tasa más alta de desnutrición acompañadas de muertes causadas por la misma, por ende, esto refleja la baja calidad que presenta el país en temáticas de alimentación para comunidades vulnerables, contando de la misma manera con una falta de concientización entre los demás habitantes para que se solucione o por lo menos se establezcan estrategias sostenibles para la disminución del fenómeno de la desnutrición y llegar a contar así con una buena seguridad alimentaria para tales grupos.

Risaralda, cuenta con una alta población indígena, la cual sufre la misma problemática anteriormente mencionada. Mistrató, en los últimos años ha presentado muertes de miembros de la comunidad indígena, principalmente en los niños, a causa de una mala alimentación que llevó a que se produjera una desnutrición. Esta población posee lo que muchas otras comunidades indígenas sufren, que es el riesgo en sus 3 dimensiones, que son: ambiental, sanitario-nutricional y de mercado de alimentos (2) acompañado de falta de agua potable para la preparación de las comidas. Observando cada uno de estos factores, podría decirse que estos grupos poblacionales carecen de condiciones óptimas para poseer una correcta seguridad alimentaria y que posiblemente continúen sufriendo consecuencias graves si dicho tema no se trata de manera fuerte y desarrollan formas de mejora para ellos en cuanto a ese problema.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los determinantes sociales proximales en salud asociados con el estado nutricional en una población infantil Embera Chamí desde la perspectiva de las dimensiones de la Seguridad Alimentaria?

2. JUSTIFICACIÓN.

La importancia de este proyecto con el análisis de los factores que provocan una mala seguridad alimentaria es crear un impacto social sobre las comunidades urbanas para que tengan en cuenta aquellos problemas que sufren las comunidades indígenas en las zonas rurales del territorio. Esta investigación lograría crear conciencia acerca de la problemática tan grave que vive la sociedad acerca de la muerte por falta de alimentación, luego de ver análisis tanto continentales como regionales y así poder llegar a generar estrategias que sean viables para la mejora de dicho problema.

De la misma manera, esta investigación podría desarrollar políticas públicas para que el gobierno accione de una manera más fuerte a la que hace diariamente contra fenómenos sociales como este y así poder llegar en un momento a erradicar tal problema. Así mismo, con este trabajo también se conseguiría resaltar las bases por la cual se genera tal problemática social y así, más que poder actuar sobre la alimentación, se puedan realizar acciones de mejora sobre otras cosas que van de la mano con el problema central de la investigación.

Por otra parte, este trabajo llegaría generar curiosidad y deseo por las comunidades indígenas, sus costumbres, formas de vida, entre otros factores propios de estas comunidades, logrando así que pasen de ser una comunidad aislada a estar involucrada en otros ámbitos sociales. También, buscar que se pueda conocer más de dichos grupos y así poder realizar más estudios acerca de estos que poco a poco vayan mostrando sus realidades sociales y de la misma manera se le busque solución a estas. Aparte de eso, hacer entender que la mala alimentación no solo afecta la salud y el desarrollo físico, sino también el personal, de igual forma, mostrar que este crea brechas sociales provocando altos niveles

de desigualdad sobre estos grupos de personas, mostrándolos siempre como altamente vulnerables.

No obstante, este proyecto contribuye uno de los elementos transversales y fundamentales para garantizar el cumplimiento de los 17 ODS (objetivos de desarrollo sostenible) de la Agenda 2030, del “programa de las naciones unidas para el desarrollo”, que tiene como finalidad proteger el planeta, poner fin a la pobreza, y garantizar que todas las personas tengan paz y prosperidad para 2030.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar y describir los determinantes sociales proximales en salud asociados con el estado nutricional en una población infantil Embera Chamí desde la perspectiva de las dimensiones de la Seguridad Alimentaria.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Determinar el estado nutricional de los niños menores de 14 años de una muestra de la población Embera Chamí.

-Identificar los determinantes sociales proximales en salud enmarcados en las dimensiones de seguridad alimentaria en la población objeto de estudio.

- Establecer asociación entre la malnutrición de los niños y los determinantes sociales proximales en la población objeto de estudio

4. MARCO TEÓRICO O REFERENCIAL

4.1. MARCO DE ANTECEDENTES

La seguridad alimentaria en la comunidad indígena es un asunto que no se investiga de manera recurrente, pero, ha habido una serie investigaciones las cuales han servido de referencia para tratar este tema y que dan un punto de partida bastante importante acerca de este. Entre estas se encuentra un estudio realizado en 2018 por Calderón JC. et al. Teniendo como objetivo examinar la calidad de seguridad alimentaria Indígena en La Gabriela, mediante un estudio cualitativo donde se aplicó el instrumento de foto voz para la obtención de los resultados, los cuales, establecieron que las condiciones de seguridad alimentaria se encuentran asociadas al territorio y las prácticas alimentarias transformadas por influencia externa, donde, se ve alterado su proceso de autonomía generando que deban someterse a otros comercios estimulados por el libre mercado, por lo tanto, Es muy importante formular políticas que aumenten las costumbres, creencias y tradiciones ancestrales, lo cual necesita más vigilancia por parte de los entes gubernamentales y estatales Así mismo, resalta que las condiciones de seguridad alimentaria van ligadas a la disponibilidad del recurso, acceso, consumo, aprovechamiento y calidad de los alimentos, así mismo, los cambios climáticos y la falta de recurso hídrico afecta las condiciones de seguridad alimentaria dentro de las comunidades indígenas (3).

Otro estudio importante es uno realizado en 2015 por Rosique J et al. El cual tiene por objetivo examinar el estado nutricional de los niños y si tiene relación con los hábitos alimentarios de 2 comunidades indígenas Embera del municipio de Frontino, representativas de los mencionados patrones de obtención de alimentos, para hacer una comparación sobre la situación de sostenibilidad de su sistema alimentario, se realizó mediante un estudio transversal y el instrumento de obtención de los datos fue por medio de antropometría y etnografía, las cuales

permitieron evidenciar una deficiencia en la ingesta de nutrientes y vitaminas como la proteína, ácido fólico, vitamina A y zinc, de la misma manera permitiendo observar que la desnutrición crónica se presentó en niños entre los 0 -10 con un rango de 68,9%, teniendo en cuenta que la porción de niños menores a 15 años fue elevada. Esto refleja, que las condiciones alimenticias de dicha población están lejos de ser óptima y se les reconoce una alta vulnerabilidad alimenticia y que los ahora hábitos alimentarios no cubren los requerimientos nutricionales y contribuyen en la desnutrición crónica encontrada, junto con otros factores que aumentan la inseguridad alimentaria en indígenas Embera, en lo que se refiere a la población general colombiana, de la misma manera viene acompañado de otros factores como bajos ingresos, analfabetismo, marginalidad lingüística y cultural (4).

Otra investigación a resaltar, es una realizada en 2015 por Hernández A et al. donde su objetivo fue identificar y conocer las prácticas de manipulación, conservación, consumo y preparación de los alimentos de las comunidades indígenas del Departamento de Chocó a través de un estudio cualitativo que les permitió recoger una información que arrojo unos resultados similares a los de los estudios anteriores, los cuales fueron, que en los grupos se observan deficiencias que responden a factores cómo: acceso, disponibilidad, utilización, consumo y calidad de alimenticia, los cuales se convierten en agravantes para las comunidades indígenas que residen en el departamento. Así mismo, se identificó un conjunto de situaciones que dificultan la seguridad alimentaria de las comunidades indígenas, dados en: falta de alimentos para el consumo y barreras geográficas, sociales y económicas para el acceso a alimentos. En las comunidades indígenas, el 99,9% de sus posee mala seguridad alimentaria y el 94,9% está en estado de mala seguridad alimentaria severa.

De igual forma, se evidenció que el 80% los niños de 0 a 11 años contaban todos los factores de riesgo para desarrollar desnutrición crónica, así mismo, se detalla

que en los resguardos Embera-Katío, cordoba, Tierralta, la incidencia de desnutrición crónica infantil es de un 63,6%9 (5).

Igualmente, se puede encontrar otro estudio referente a la temática de seguridad alimentaria que fue realizado en 2006 por Restrepo MT et al. Y su objetivo identificar cuál es la incidencia de desnutrición en hombres y mujeres indígenas Embera-Katío de hasta seis años de edad y así mismo identificar algunos de sus detonantes, realizado a través de un estudio transversal con una recolección de información dada por una encuesta acompañado de un examen de materia fecal que presentó unos resultados los cuales decían que La incidencia de la desnutrición crónica grave y moderada es de un 63,6% y de desnutrición aguda moderada, leve es de un 8,8%. Se descubrió que la desnutrición (crónica) está vinculada con un aumento de la edad y fue mayor en niños que en niñas. Se observó más incidencia de desnutrición (crónica) en los hombres con enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda y en viviendas en las que habitan más de tres niños menores de cinco años. La alimentación de los menores después del destete fue básicamente plátano (80,9%) y maíz, arroz, 8%). Solo un 28,9% consumían carne, el 4,6% huevos y un 4,1% leche (6).

Más estudios resaltan los factores anteriormente mencionados en las investigaciones anteriores, como por el ejemplo uno que se realizó en 2013 por Machado ME et al. El cual presenta como objetivo, identificar la incidencia de desnutrición (crónica) en los niños y niñas de 0 a 5 años de la población de las Colonias de Pereira y así determinar la asociación con el nivel de inseguridad alimentaria doméstico y los factores socioeconómicos, hecho por medio de un estudio transversal prospectivo, donde el instrumento para la recolección de datos fue la encuesta que permitió obtener los siguientes resultados siendo 11,8% de los niños que presentaron cualquier tipo de desnutrición, el 67,7% de las familias tenían mala seguridad alimentaria, con poco presupuesto económico para poder acceder a los alimentos. La inseguridad alimentaria se vio asociada al desempleo

(p=0,014), aporte familiar inferior a $150000 para alimentos mensuales, compras con frecuencia de alimentos en tienda local diaria y quincenal. Por esto, se recomienda reforzar las estrategias que aseguren la alimentación diaria de los niños de 0 a 5 años. Los indicadores de la carente seguridad alimentaria que se observa producen preocupación, Puesto que, con relación a la alimentación familiar, el 67,0% refiere inseguridad, otro dato desalentador obtenido, fue que el 30% posee una inseguridad asociada a no tener la capacidad económica para acceder a los alimentos, por lo tanto, estos hogares tienden a sufrir de hambre por carencia de recursos y accesibilidad. Estos datos presentan similitud a los obtenidos en un estudio realizado en 2009 en Colombia, Antioquia, el cual reflejó que el 62,0% presentaban inseguridad alimentaria, y que habían disminuido la talla en un 23,0% de los niños acorde para su edad, dato menor al encontrado en otro estudio realizado en Pereira donde reportaron, para toda la población estudiada, un 32,7% de talla menor acorde para la edad (7).

La nutrición es un tema bastante importante por lo que se ha tomado como referencia una investigación del año 2015 ejecutado por Díaz A et al que tenía como objetivo estimar el estado nutricional de los niños con una edad inferior a los cinco años, que pertenecen a la comunidad indígena y los no pertenecientes a ella, de 2 provincias de la Amazonia peruana., efectuado mediante un estudio descriptivo transversal, que utilizó un instrumento de entrevista para la recolección de datos que arrojo por medio de estos unos resultados que fueron La incidencia mala nutrición (crónica) fue mayor en los pertenecientes a la comunidad indígena respecto a la no perteneciente a ella (56,2% entre 21,9%), de esta forma la anemia (51,3% entre 40,9%). Teniendo diferentes detonantes para la desnutrición (crónica) en ambas poblaciones.

En la población indígena, primó la edad mayor a 3 años y vivienda inadecuada, mientras que, en la población no indígena, la pobreza extrema y el parto institucional, con esto, podría decirse que el crecimiento de la desnutrición crónica

en función de la edad durante el período de crecimiento de los niños Embera, a futuro indicaría el ambiente alimentario en el cual conviven estas comidas, que podría tildarse como uno de los más adversos. En este estudio se observó que la edad influye en el alza de la desnutrición (crónica), de 48,4% en los niños de cero a dos años, en un 76,6% entre dos y cinco años, finalmente, a un 77,1% de baja talla en los jóvenes (diez-diecinueve años). A medida que el menor crece y ya no consume leche materna, sustituyéndolos por alimentos de mala calidad nutricional, además se ahonda el retraso del crecimiento y el alza de desnutrición (crónica) (8).

Contamos con otra investigación, que fue realizada en el año 2013 por Cardona JA et al y su objetivo es determinar la prevalencia de parasitismo intestinal, desnutrición y anemia, y su asociación con condiciones de vida, en niños Embera Chamí de Colombia, este se hizo mediante una investigación descriptiva, transversal y prospectivo, con instrumento de encuesta que permitió obtener los siguientes resultados que fueron que entre niños con edad inferior a 5 años, la incidencia de mala nutrición (crónica) fue 3%, con el 3% estaba en zona crítica y 32% sobrepasaban dos desviaciones estándar. En el grupo estudiado se halló un predominio de mala nutrición (global) de 2%, siendo el 16% un porcentaje alto para niños que la podían presentar, mientras que en la desnutrición crónica se analizó una dominancia con un 8% y un 22% en peligro; esto demuestra la alta magnitud (30% de mal nutridos (crónicos) o en riesgo de serlo) del problema nutricional en la niñez y posee coincidencias con reporte mundiales donde se establecen indicadores como que el 16% de niños de familias con pocos recursos tienen problemas de mal nutrición y más de un 16% de los menores de los llamados “países en desarrollo” sufren desnutrición grave (9).

En 2013 un estudió de Bermúdez A et al, cuyo objetivo es Determinar la prevalencia de entero parasitismo y los factores asociados en menores indígenas

entre 5 y 14 años residentes en la ciudad de Cali-Colombia, por medio de un estudio observacional descriptivo este, utilizó como instrumento de recolección de datos el Test X2 y Prueba Exacta de Fischer, que permitió obtener unos resultados los cuales dicen que correspondiente a la respuesta del adulto encargado del menor sean sus padres o tutor legal el 52,6% contaban con el servicio de agua potable y 47,4% hacían consumo del agua desde fuentes que no proveían agua tratada. Los resultados, en correlación a la higiene de los alimentos evidenciada en los hogares de los menores, obtuvieron que el 38,7% no lavaban las verduras adquiridas para acompañar o preparar los alimentos y que adicional eso no las preservaban en equipos de frío o recipientes con tapa, lo cual, deja hallazgos que son estadísticamente influyentes con los de los niños poli parasitarios, demostrando que las malas prácticas dejan una alta incidencia de protozoarios, convirtiéndolo en un factor de riesgo de infección no solo para los miembros del hogar, sino también para toda la comunidad. Estos resultados dejan en evidencia que las comunidades que tienen orígenes de otras culturas con costumbres un tanto arcaicas, adaptadas a condiciones urbanas precarias, aunque con acceso a servicios públicos básicos, en comparación con otras comunidades que también viven en condiciones de vulnerabilidad, pero que son de origen urbano, logra identificar las falencias de higiene y saneamientos que se observa en estas culturas, generando factores atribuibles al parasitismo (10).

En 2017 un estudió de ministerio de salud et al, cuyo objetivo es mirar el cumplimiento de los procesos de seguimiento, notificación y clasificación de casos de muertes por y asociadas a mal nutrición en niños con edad inferior a cinco años, por medio de un estudio Descriptivo retrospectivo, este, utilizó como instrumento de recolección de datos la Estadística descriptiva, que permitió obtener unos resultados los cuales mostraron que más del 90% de los fallecimientos reportados de menores, presentaron La tasa bruta nacional de mortalidad por y asociada a mal nutrición, donde se logra observar que el indicador es de 4,6 muertes por cada 100.000 niños con edad inferior a cinco

años; siendo las entidades territoriales como Barranquilla, Vichada, La guajira, Guainía, Santa marta, Cesar y Chocó las que presentaron más tasa de desnutrición aguda severa o moderada y mortalidad, al igual que otros indicares propios de la desnutrición como retraso en talla o peligro de menor talla. Las principales entidades territoriales encargadas de realizar la notificación de los casos de mortalidad vinculados a este fenómeno en niños con edad inferior a cinco años fueron, Córdoba, Cesar, Chocó, La guajira, Antioquia y Magdalena, aportando más del 50% de la notificación del evento, de la misma manera, a raíz de los resultados obtenidos, se deja en evidencia la premura de contar con un sistema de protección social que se enfoque en la reducción de la vulnerabilidad económica de manera integral y articulada con el fin de dar una visión de lo que sucede en los sitios donde predominan los hogares de escasos recursos.

Lo anterior, se refleja que evaluando el análisis del estado nutricional de los difuntos, en vista que más del 90% tenían mal nutrición (aguda severa o moderada), al igual que retraso en talla o peligro de talla baja; dejando en evidencia la inadecuada alimentación referente a la cantidad y calidad de alimentos suministrados, en efecto, tal situación deja como consecuencia en el menor un déficit de calorías, micro y macronutrientes que son corroborados con los signos clínicos reportados como anasarca o edema generalizado, etc. (11).

Contamos con otra investigación, que fue realizada en el año 2016 por Vallejo MA et al y su objetivo fue mirar el estado de nutrición de los menores de cero a cinco años de la comunidad del Resguardo Yunguillo y de Red Unidos del municipio de Mocoa 2014 y cuál es la relación con los determinantes sociales, este se hizo mediante una investigación Descriptivo correlacional, con instrumento como formularios modificados de la “Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Colombia - ENSIN 2010 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud -ENDS 2010”. Qué tuvo como resultados por medio de la aplicación de la escala de seguridad alimenticia mostraron que la seguridad alimentaria es del 66%, inseguridad

alimentaria leve está en el 33% y el 1% en mala seguridad alimentaria moderada. Según los resultados que arrojo as medidas antropométricas, en el resguardo de Yunguillo se demostró que en un 3,4% de la población presenta desnutrición (aguda), destrucción crónica en un 43,6%, desnutrición global el 23,1% desnutrición global; presentó obesidad el 12,8% y 27,4%, sobrepeso, así mismo gracias a los resultados obtenidos el análisis de los mismos, se pudo identificar la conducta de la desnutrición crónica mirando la edad mientras están en su crecimiento de los menores Embera, esto, confirmó el hecho que el adverso ambiente de la alimentación indígena, es uno de los puntos clave para evitar el desarrollo de la desnutrición. Adicional a lo ya mostrado, en este estudio también se identificó un crecimiento progresivo con la edad de la desnutrición crónica, con un 48,4% de los menores de cero -dos años hasta un 76,6% entre dos y cinco años y, al final, un 77,1% de peso bajo en los jóvenes 10-19 años. A medida que el menor indígena crece y ya no consume leche materna e inicia la alimentación complementaria, sustituyéndola por alimentos de mala calidad nutricional, se ahonda el retraso del crecimiento y el incremento de desnutrición (crónica) (12).

4.2 MARCO DE REFERENCIAS

EMBERA CHAMÍ.

Los Embera son una tribu originaria de Colombia, que, se ha familiarizado de forma permanente con otras culturas por su contacto social, haciendo que desarrollen una nueva forma económica y social. No obstante, continúan existiendo pilares culturales ancestrales, como lo son: la pintura corporal y facial cosmovisión jaibaná; cestería, artesanías y estructura social con unidades familiares como pilar de su sociedad, unidades más extensas para tareas cooperativas y gobierno no centralizado. En Colombia los Embera se constituyen de tres grupos diferentes: los katío, Chamí y Siadipara. A pesar de que se encuentran subdividas en grupos diferentes, el único factor diferenciador que

poseen entre ellos es su ubicación geográfica, puesto que las costumbres Embera son unificadas para cada una de sus divisiones. (13).

El origen del nombre “Embera Chamí” traduce al español “hombres de la montaña”, debido a que, en la era precolombina, su característica principal era ser un grupo nómada dedicado a la pesca, la caza y la recolección. Los Embera, con el paso de las generaciones, han conservado su lenguaje nativo, por la cual pertenecen a la familia lingüística del Chocó, en conexión con el chibcha, karib y , Arawak,, vinculada con la Waunan, pero, no hacen parte de las anteriores. La lengua Embera según Daniel Aguirre Licht y Mauricio Pardo, “consta de personas con un gran sociolecto, por lo que pueden llegar a ser inteligibles entre sí”. Este grupo se encuentra establecido en las cordilleras occidental y central de los Andes Colombianos. La mayor concentración se encuentra en el departamento de Risaralda, específicamente en el Alto San Juan, en los municipios de Pueblo Rico y Mistrató. Otros centros de asentamiento importantes para esta comunidad son: el Resguardo Indígena de Cristanía (suroeste de Antioquia) el curso de los ríos Sanquinini (Chocó-Valle de Cauca) y Garrapatas. En caldas el resguardo de los Embera Chamí están ubicados primariamente en los municipios de Riosucio, Supía y Belalcázar. En Quindío, se encuentran en los municipios de La tebaida Circasia, Montenegro y Quimbaya. Según “el censo DANE 2005 reportó 29.094 personas autor reconocidas como pertenecientes al pueblo Embera Chamí, de las cuales el 50,2%” son de género masculino (14.609 personas) y el 49,8% de género femenino (14.485 personas). El 55,1% de la población (16.023 personas) habita en el departamento de Risaralda, catalogándolo como el centro de acopio principal de esta comunidad, debido a que posee más de la mitad de sus miembros. Contiguo a este, está el departamento de Caldas con un 24,8% (7.209 personas), finalizando con Antioquia que tiene un 7,3% (2.111 personas). Estos tres juntos reúnen el 87,1% de la poblacion de este pueblo. Los Embera Chamí representan en un 2,1% de la población indígena de Colombia (14).

El medio sobre el cual viven los indígenas ha establecido diferencias culturales entre los mismos, es por esto que se encuentran creados por dos grandes grupos: Eyabida y Dobida. Los Dobida son personas que su manera de vida este entorno al río: los huertos y sus casas se encuentra ubicadas a orillas del río, la pesca es una actividad constante. Entre los Eyabida que se encuentran los Embera chami y los Embera Katío. Los Embera Chamí tiene en común la historia colonial y prehispánica de los Embera, se caracteriza por su continua resistencia a las incursiones conquistadoras hasta el siglo XVII, cuando la mayor parte de los pueblos marcharon hacia las selvas. Este pueblo es destacado por la separación de sus asentamientos que están ubicados sobre las cuencas de los ríos, donde se ha desarrollado por muchos años una cultura modificada a los ecosistemas de selva húmeda tropical. Su política es el cabildo, figura que, a pesar de ser esencial para las relaciones externas de la comunidad, no ha desplazado el poder de las autoridades tradicionales para establecer formas de control social. De esta manera, para los demás grupos el Jaibaná, Embera todos, tiene una función muy grande y de mucha importancia en el manejo de la vida religiosa -mágico del grupo (15).

DESNUTRICIÓN.

La definición de la desnutrición se enmarca en una enfermedad patológica inespecífica, reversible en potencia y sistémica, que ha resultado de la poca utilización de los nutrimentos por parte de las células del organismo que se acompaña de variados signos clínicos, que llevan a un deterioro progresivo. Esta patología se origina debido a que no se realiza el consumo de los porcentajes suficientes de calorías y el cuerpo empieza a utilizar su propia grasa para producir energía. Posterior a terminar los depósitos de grasa, se inician los procesos de degradación de otros tejidos, como los de los órganos internos y los músculos,

desencadenando graves problemas que pueden aproximar al individuo hasta la muerte, esto, se acompaña de una afectación al correcto funcionamiento corporal, cognitivo e intelectual. Este reviste diferentes grados de intensidad y se puede evidenciar que en la actualidad se trata de un problema de salud mundial (16).

Comúnmente se piensa que la desnutrición es una escasez primaria de calorías, es decir, una insuficiencia general de alimentos o proteínas. La escasez de vitaminas y minerales se consideran trastornos diferentes. Aunque, cuando las calorías son muy bajas, es más probable que los minerales y las vitaminas también lo sean. La desnutrición, que a menudo se emplea indistintamente como sinónimo de mal nutrición, realmente es un tipo de desnutrición. Pues, si bien la desnutrición, es un desequilibrio entre los nutrientes que el organismo necesita y aquellos que tiene. La calidad de los alimentos, y en especial los alimentos de origen animal, tales como leche y derivados lácteos, huevos, carne o pescado, son fundamentales en la dieta de un niño en la etapa de la primera infancia. Por ende, la ausencia de los mismos acarrea a un derivado de la malnutrición que es la desnutrición. Pero, no todo en referencia a estas temáticas hace referencia a la ausencia de los alimentos, ya que presentarse un exceso de estos que puede llevar a una sobrealimentación que es el otro de los derivados de esta (17).

Desnutrición indica la pérdida de peso sin explicación del organismo, desde la más leve hasta la más grave, sin hacer discriminación a la etapa en la cual se encuentre el individuo, igualmente, se le dice desnutrido a un menor que ha bajado el 15% de su peso, que al que ha bajado 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que es acorde para su edad, según los datos conocidos. La malnutrición puede ser un trastorno primario único, con toda la diferencia de sintomatología con sus distintos grados o puede aparecer secundariamente como síndrome injertado a lo largo de padecimientos infecciosos o de otra índole y, entonces, sus síntomas son más precisas y localizadas (18).

ORIGEN

La desnutrición por defecto de nutrientes o primaria impacta a millones de niños en el mundo. Para el año 2010 se logró valorar que, a nivel mundial, un 27% (171 millones) de los menores con menos de 5 años tenían alteraciones del crecimiento y el 16% (104 millones), sufría de poco peso. Esto permitió confirmar, que en los países de desarrollo los trastornos alimenticios de esta índole se han convertido en un problema de salud pública, donde los niños que habitan en estos lugares, con catalogados como los más frágiles y propensos a padecer de dicha patología. Las enfermedades parasitarias y bacterianas, donde la incidencia es muy alta en estos lugares, coadyuvan a la desnutrición, que de igual manera aumentan la susceptibilidad a dichas infecciones, por lo tanto, su ubicación geográfica se convierte en un factor de riesgo para los mismos.

Se encuentra desnutrición asociada a enfermedades crónicas en los países desarrollados, en los pacientes que se encuentran hospitalizados por alguna otra condición principal y resulta más significativo en niños con una edad inferior a 5 años y ancianos

Aquellos niños con enfermedades crónicas graves o agudas, en los que se detallan excesivos ingresos hospitalarios y pruebas para diagnosticar que interponen con su correcta alimentación, las tasas de desnutrición cambian notoriamente, entre un 60% y un 40%. Se ha observado más riesgo de desnutrición en estudios basados en la relación del peso, medición y la talla en lactantes y menores de cinco años y en todos aquellos con retraso mental, múltiples diagnósticos, fibrosis quística y enfermedades infecciosas. Si se considera el valor del perímetro del brazo, la tasa de desnutrición en grupos de pacientes como lo son los oncológicos, se observa un incremento significativo, con cifras considerablemente aumentadas por sus consecuencias en el crecimiento,

desarrollo y en la salud que en general que no han mejorado en los últimos años (19).

FISIOPATOLOGÍA

La nutrición está muy ligada con el crecimiento, que puede manifestarse por el incremento balance positivo, mantenimiento balance neutro o disminución balance negativo de la masa y del volumen, los cuales hacen parte del organismo, de igual modo por la adaptación a las necesidades del cambio de función, forma y composición corporal. Cuando la destrucción en mayor que la velocidad de síntesis, la masa corporal decae, a diferencia del (balance negativo), cualquiera que sea el causante de lo que lo genera, le es imposible sostenerse por un prolongado periodo de tiempo, ya que las disfunciones orgánicas que lo acompañan son incompatibles con la vida. Por ende, tal fenómeno destruye las funciones celulares de manera constante, iniciando con los depósitos de nutrientes y posteriormente el crecimiento, la capacidad de respuesta al estrés, la reproducción, los mecanismos de comunicación y de regulación intra e intercelular, el metabolismo energético, y para terminar la generación de temperatura, llevando al que lo padece a un estado de catabolismo, que en caso de no ser resuelto de manera rápida y a tiempo puede llevar a la destrucción del mismo. Cuando hay una escasa nutrición, se genera una acomodación de los diferentes órganos y sistemas del organismo, para hacerle frente a esto, da lugar a un desplazamiento de las reservas energéticas corporales con la seguida disminución de los depósitos orgánicos. Aunque de manera inicial este proceso es subclínico, si persiste, aparecen alteraciones clínicas propias, que conllevaran a la enfermedad e incluso al fallecimiento, si se sobrepasa la capacidad adaptativa de cada individuo (19,20).

Cuando comienza la pérdida progresiva de peso, lo primera línea energética que se pierde es la del tejido graso, que de forma escalonada comienza a consumirse.

Una vez, se ha perdido el tejido adiposo para sostener la energía, existe el proceso de producción energética de la gluconeogénesis. La alanina es un aminoácido que circula sin límites; sin embargo, cuando se utilice por completo, precisa de la cataboliza del músculo estriado para su liberación. En este proceso se pierde masa muscular, por ende, los niveles de urea crecen hasta agotarse del todo las reservas corporales de los aminoácidos.

Este proceso se acompaña de una alteración en los cambios hormonales. Se detalla una disminución de la síntesis de las hormonas tiroideas que conllevan a la reducción del gasto energético en reposo. Esto va a aumentar la actividad del eje renina-aldosterona consecuente de la reducción del volumen sanguíneo y de la perfusión renal, desencadenando la retención de agua y sodio, que darán lugar a edemas (más característico en el kwashiorkor) y a la reducción de potasio. Reducción también los niveles de gonadotropinas que conllevaran a un retraso del desarrollo puberal (20).

Otra alteración que se produce durante la desnutrición es disminución de la relación entre el segmento inferior y superior, no aumentan el peso, ni el perímetro cefálico ni el torácico. A nivel funcional se puede evidenciar la disminución de la capacidad funcional, motora y de lenguaje en consecuencia de falla neurológica y cardiaca que conlleva a la muerte.

Las personas con desnutrición presentas dos signos característicos:

- Hipofunción: condición en el sistema del organismo presenta una falla en sus funciones
- Hipotrofia: Estado en el que se evidencia una disminución directa en la masa muscular, la osificación y el panículo adiposo, los cuales repercuten sobre el peso y la talla (19,21).

TIPOS DE DESNUTRICIÓN

La desnutrición puede agruparse en diferentes formas, dependiente de su origen, manifestación, desarrollo, entre otros marcadores que generan la diferencias entre una y la otra. Una de estas es en función de la carencia alimenticia que poseen las personas. De la misma manera, esta también entra a catalogarse como el tipo clínico, puesto que en esta se evidencia toda la sintomatología que se puede presentar, desde nivel, la perspectiva funcional y sistémica, hasta la superficial. Esta clasificación se divide en dos: el marasmo y Kwashiorkor. No obstante, esta también se enmarca de acuerdo con su clasificación etiológica, la cual es la que determina el estudio nutricional de un individuo, y el origen de la escasez de los nutrientes se clasifica también, en relación entre el peso y la talla. Esta se divide en tres: primaria o leve, secundaria o aguda moderada y terciaria o aguda grave.

DESNUTRICIÓN CALÓRICA O MARASMO.

Es un estado revocable que tiene una evolución (crónica) que compromete talla y peso, inicia en el primer año de la vida donde el menor presenta falla de energía y proteínas consecuente a la disminución entre la cantidad o calidad de los nutrientes ingeridos en la dieta, o ya sea por una patología que altera la absorción intestinal, condicionándole fallas de biodisponibilidad alimentaria y un aumento en los requerimientos, este, evoluciona presentando pérdida de más de un 40% o 60% de la talla corporal, donde se observa al menor muy flaco, hipo activo, con piel seca y arrugada, con pérdida de cabello, abdomen distendido y presencia del "signo de la bandera (22).

Así mismo, el marasmo puede producir un déficit de crecimiento y pérdida de la masa muscular. Las Grasas y la proteína se mueven desde el compartimento somático del cuerpo (sobre todo la grasa subcutánea y el músculo esquelético);

para proporcionarle al organismo energía a partir de los triglicéridos y los aminoácidos, con el fin de que el niño logre conseguir energía para realizar sus actividades básicas. La pequeña síntesis de leptina podría dar lugar a la producción por el eje hipofisario-suprarrenal de glucocorticoides que induzcan la lipólisis. Finalmente, estos pueden llegar a desarrollar trastornos tales como a anemia y la inmunodeficiencia son frecuentes, con infecciones recurrentes.

KWASHIORKOR O ENERGÉTICO PROTEICA.

'kwashiorkor' traduce “enfermedad del niño destetado”, por eso es más común en lactantes con deficiencia de proteínas, pero con una adecuada ingesta de carbohidratos y se caracteriza por depleción de proteínas séricas, de manera principal la albumina, que es más grave en esta forma. De la misma, este tipo de desnutrición se ve presente en niños superiores a 1 año que se les alimentó con leche materna por un tiempo largo, pues solo recibía de este alimento acompañado de otros carbohidratos con deficiencia o ausencia de las proteínas. Clínicamente, su marcador más llamativo es el edema, el cual viene con otras manifestaciones que incluyen dermatosis, diarrea, hígado graso, cambios en el cabello, perdida del interés y del apetito. El peso suele ser indicado para la edad. Pero, el problema es que el niño presenta una carencia alta de las proteínas esenciales para la correcta nutrición y así mismo el funcionamiento del cuerpo.

Kwashiorkor, es una condición compleja, multifactorial, donde coexisten factores climáticos, geográficos, educativos, culturales, psicosociales, nutricionales, entre otros. Se consideraba el final de la combinación de estos en un organismo que no tiene la capacidad de acomodarse a un cambio de condiciones, que conllevan a desarrollar las características clínicas. El edema, el cual es el signo característico del kwashiorkor, específicamente inicia en las piernas y en el dorso de los pies. Posteriormente, sigue a la espalda, antebrazo y manos, a las extremidades superiores y en casos severos a sitios como las mejillas y alrededor de los ojos. Generalmente, corresponde al 5- 20% del peso corporal. Puede desarrollarse ascitis o derrame pleural como manifestaciones tardías del edema (23).

Este, en sus estados avanzados, viene acompañado de otros factores tales como: El aumento de tamaño del hígado graso por la síntesis inadecuada de lipoproteínas y, por ende, a la acumulación hepática de triglicéridos movilizados desde la periferia, decaimiento, anorexia, apatía, y la atrofia del intestino delgado (reversible) puede llevar a la malabsorción. atrofia de músculo cardiaco, menor capacidad de concentración de la orina, hipoglicemia causada por la afectación hepática frecuente, la inmunodeficiencia, con infecciones secundarias (24).

Primaria o leve.

Se evalúa si el consumo de alimentos es deficiente. Aquí, el peso es adecuada para la edad de la persona, peros u talla es inferior a la que debería (20)(25).

Secundaria o aguda moderada

Cuando el organismo no recurre al alimento consumido y se interrumpe el proceso digestivo o absorción de los nutrimentos. En este se presenta un peso mínimo de lo que se debe tener en correlación a la altura y manifiesta una talla mucho más deficiente (20,25).

Terciaria o aguda grave:

La terciaria también es conocida como mixta, pues esta presenta partes de cada una de las anteriores. debajo del que sería (es inferior al 30% de lo que debe ser) y las funciones corporales se ven modificadas. Se trata de alto riesgo de muerte o situación crítica para quien la padece (20,25).

CAUSAS

La mal nutrición posee una cantidad de causas que van desde lo ambiental hasta lo patológico. Cada una de estas puede afectar la correcta nutrición y llegar a producir una desnutrición. Estas causas las podemos en dividir en lo que son causas primarias y secundarias según lo anterior.

Causas primarias.

Estas tienen una relación directa con la insuficiente o inadecuada ingesta de alimentos, que en su mayoría se vincula a circunstancias desfavorables del entorno del niño que van desde lo ambiental hasta lo psicosocial, entre estas encontramos:

a) defectos en la alimentación por mala ingesta (frecuencia desordenada, biberones mal preparados alimentos hipocalóricos), vegetarianismo, dietas inadecuadas, extensión de la lactancia materna con ausencia de inducción de la alimentación complementaria, etc.

b) La alteración del proceso del establecimiento del vínculo hijo-madre, así como en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño, en correlación a la creación de hábitos alimentarios que se comienza en el periodo donde este es totalmente dependiente, como lo es el de él bebe y se termina en la autonomía de la adolescencia. En él los padres se convierte en un factor crucial y determinante para que los menores desarrollen eficazmente los mecanismos de control del apetito y también, del ingreso de energía, ya que tiene la capacidad de reconocer la sensación de saciedad y hambre. Por lo tanto, el acudiente debe enseñarle a comer alimentos sanos y poder darle el control de cuanto come.

c) La ignorancia, La marginación social y la pobreza, aseguran una alimentación deficiente. Problema que se ha ido aumentando en los últimos años con la inmigración de familias desde países sin recursos, que se incorporan a nuestra sociedad en condiciones precarias y cuya situación requiere una ampliación social prioritaria y sanitaria.

Causas secundarias.

Las causas secundarias se relacionan con el estado patológico del individuo que posee la afectación, hace referencia a algún tipo de patología que dé en el organismo y que llevaría a desencadenar un trastorno nutricional por diversos mecanismos. Entre estos encontramos:

a) Imposibilidad de consumo: Donde se incluyen las encefalopatías, parálisis cerebral infantil, anorexia de las enfermedades crónicas o de las infecciones de repetición.

b) Enfermedades que cursan con mal digestión, malabsorción: en esta clasificación se enmarcan patologías tales como parasitosis (giardiasis), intolerancia a la proteína de leche de vaca, la fibrosis quística, síndrome de intestino corto, celiaquía, etc.

c) Patologías crónicas que desencadenan un aumento del gasto energético, de las pérdidas y/o de los requerimientos: enfermedad pulmonar crónica, enfermedades inflamatorias del intestino, nefropatías, cardiopatías, cáncer, etc. (26).

FACTORES DE RIESGO.

Así como las causas, los factores de riesgo para adquirir desnutrición van ligados a los ámbitos ecológicos, económicos, ambientales, familiares, entre otros, que benefician a que se padezca desnutrición en cualquiera de sus grados o formas

1. Socioeconómicos.

Dados por el poco consumo, la poca disponibilidad de los alimentos, el escaso nivel de ingreso, el aislamiento social, una escasa escolaridad de los padres.

2. Biológicos.

Los factores biológicos son aquellos atribuibles al organismo del ser que padece la condición, donde se incluyen variables que son propias del mismo, pero que no son originarias por mal cuidado de este, como lo son: el nacimiento prematuro, algunos defectos congénitos como el labio leporino y paladar hendido, puesto que impide la correcta ingesta de los alimentos, otros defectos tales como el síndrome de Down, fenilcetonuria y algunas enfermedades crónicas. Infecciones gastrointestinales frecuentes que se acompañan de una reducción del apetito, del consumo de alimentos y de la absorción de nutrientes, cirugía gastrointestinal, traumatismo, la diálisis renal y los problemas dentarios.

3. Nutricionales.

Es en esta clasificación donde se destacan factores con variables la cuales impiden que el menor, reciba un proceso alimentario adecuado, entre estas se encuentra que la madre del menor haga suspensión de la lactancia materna abandono de la lactancia materna antes de que este cumpla los seis meses, introducción de alimentos diferentes a la leche materna hacia el sexto mes de manera inadecuada que incluso puede ser entre el segundo y el tercero por factores propios o ajenos a la madre, así como inclusión de algunos hábitos alimenticios vinculados a creencias y costumbres que no son propicias para el correcto desarrollo. Las anteriores prácticas pueden generar algunos trastornos alimenticios donde su característica principal es el no deseo a comer, con rechazo a los intentos de realizar el mismo, como lo es la bulimia y la anorexia, no obstante, pueden presentar alergias reales o imaginarias consecuentes a la ausencia e ignorancia de un correcto plan alimenticio, así como de las correctas prácticas para poder preparar los alimentos (27).

PREVENCIÓN.

La desnutrición es un fenómeno, al cual desde hace un tiempo se le están buscando estrategias para su control y disminución. Por esto, cada día diferentes

organizaciones, estudian y determinan acciones de prevención para llegar a dicho objetivo

Programa de los 1000 días

Unicef (fondo de las naciones unidas para la infancia), a través de un arduo trabajo investigativo, ha desarrollado un plan de prevención, que atiende a la necesidad de prevenir la desnutrición desde un periodo crucial para el desarrollo del niño, tal período, inicia en el embarazo y culmina en los dos primeros años de vida. El anterior se ha denominado el periodo de los 1.000 días críticos para la vida, debido a que es donde se dan los desarrollos primarios del menor, por lo que una alimentación adecuada es el pilar fundamental para que los procesos de crecimiento y desarrollo se generen, es por lo que es un deficiente proceso alimentario dejaría en el individuo déficits intelectuales y de salud de por vida.

En estos mil días hay cuatro etapas que requieren actuaciones diferentes, las cuales son:

- Embarazo.
- Nacimiento.
- De 0 a 6 meses.
- De 6 a 24 meses.

No obstante, para dar complemento a las anteriores etapas, UNICEF ha desarrollado 3 categorías que aportan ítems articuladores que potencian a las mismas, estas son:

- Acciones de prevención: El factor más importante de este, teniendo en cuenta el periodo de los 1.000 días, es fomentar la lactancia materna temprana. Este viene acompañado de la promoción de un correcto proceso

de adaptación a la alimentación, posterior de haberle brindado lactancia materna al menor hasta los 6 meses.

- Tratamiento de la desnutrición: Debido a la necesidad de erradicar el problema, principalmente en comunidades vulnerables, una de las alternativas más recientes, la cual logra llegar a estos sitios donde el acceso a la salud es tan limitado por diferentes factores. Esta estrategia se encuentra protagonizada por las fórmulas terapéuticas listas para consumir, una intervención asequible para los hogares y las comunidades alejadas, puesto que pueden ser consumidas en el hogar, sin necesidad de ser refrigeradas o preparadas de manera especial.

- Otros tratamientos y actuaciones: Intervenciones en situaciones de emergencia: distribución de alimentos, tratamiento de la desnutrición aguda y asistencia sanitaria (28).

Los RUTF

los RUTF (Ready to, use therapeutic food) o FTLC (fórmula terapéutica lista para consumir) en Latinoamérica es un alimento terapéutico que se compone una pasta que provee un alto contenido energético y que, adicional a eso, se encuentra enriquecida con micronutrientes que se usan para tratar a niños menores de 5 años afectados por la malnutrición grave aguda. Como su nombre indica, no es requiere que se cocine o se le prepare de una manera específica para realizar su consumo, lo que lo ha convertido en una estrategia versátil aquellos lugares donde no es fácil tener acceso a instalaciones para cocinar o donde hay limitaciones de combustible. Los productos RUTF tienen una larga vida útil y su utilización es segura incluso cuando se carece de agua potable. Es importante contar con una detección temprana de dichos estados nutricionales, por eso, esta estrategia preventiva viene acompañada de la vigilancia constante de las comunidades

vulnerables para conocer la necesidad de los menores que requieren de estos productos, esto con el fin de impactar más niños, abarcando más comunidades donde las estrategias de preparación de alimentos no son exitosos debido a las carencias propias de su ubicación, para así brindar una solución sin limitaciones que consigue disminuye los índices de mortalidad(29).

El uso de los RUTF permite tratar a la mayoría de los niños en su propia casa y con un seguimiento médico regular (semanal), pues estos, a pesar de ser una buena alternativa para la solución de la desnutrición, requieren de una vigilancia del progreso de aquellos que los ingieren siendo únicamente unos pocos los que necesitan ser hospitalizados (30).

PROGRAMA DE ATENCIÓN DE VIGILANCIA EN SALUD PARA LA DESNUTRICIÓN.

Este, está basado en el “lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda y moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad”. Este programa pretende impactar en los 3 componentes del manejo integrado de la desnutrición que son: en el hogar, la intrahospitalaria y la complementación alimentaria. La unificación de los componentes anteriormente mencionados consigue que se articulen estrategias de prestación de servicios, garantizando la continua atención de los miembros afectados por la patología de las diferentes comunidades.

La primera estancia de este es el manejo en el hogar, pero antes se realizan unas pruebas para establecer el grado de desnutrición que posee el niño. Inicialmente, se clasifica el estado nutricional y se hace con base en la medición de los diferentes indicadores antropométricos que son: perímetro del brazo, cefálico, peso para la edad, talla para la edad, prueba de edema, así como la identificación de signos clínicos de desnutrición aguda y la prueba del apetito que se realiza observando la reacción que el niño tiene ante los alimentos y finalmente se les

practica una evaluación médica que incluye anamnesis y examen físico completo. Esta atención en el hogar va acompañada de los RUTF o mejor conocidos en la zona como los FTLC (fórmula terapéutica lista para consumir).

Cuando se presentan complicaciones a causa de la desnutrición, se debe evaluar el estado de este y si no es grave, elevar la complementación nutricional, la cual es dada por los FTLC (fórmula terapéutica lista para consumir). En caso de que las complicaciones progresen y pasen a ser graves, el niño será tratado de manera intrahospitalaria.

Gracias a esto, se evidenciarían aumentos significativos en la cobertura de la atención primaria en salud, de baja complejidad, en las diversas comunidades rurales dispersas del sector, logrando así, que se disminuyan los riesgos de complicaciones que lleven a hospitalizaciones e incluso la muerte. (31).

SEGURIDAD ALIMENTARIA

Si bien, por medio de los estudios se ha identificado que el estado nutricional de las comunidades aborígenes, puntualmente en su población infantil, está ligado a determinante que no solo van desde lo ambiental, sino que también se enfocan desde lo biológico hasta lo psicosocial, lo cuales, les llevan una gran listas de consecuencias que afectan su desarrollo, de manera permanente. Es por lo anterior, que la seguridad alimentaria, se enmarca como uno de los pilares fundamental para el desarrollo de un correcto estado nutricional, en los menores de 5 años de dichas comunidades, claramente, este va con un enfoque estructurado de manera multidisciplinaria e integral. No obstante, la articulación de este componente debe cimentarse a través de la definición de cuatro ejes fundamentales que se relacionan con la cadena agroalimentaria y nutricional, donde el equilibrio es la clave para conseguir el éxito de todos los factores y del concepto en general, así como están reconocidos por el Proyecto de

Fortalecimiento de La Seguridad Alimentaria y Nutricional en Colombia. Es así como los ejes definidos de la Seguridad Alimentaria son:(16).

-**Disponibilidad de alimentos:** corresponde a la cantidad de alientos disponibles, ya sea nivel nacional, regional o local, en correlación a las necesidades alimenticias de la comunicada que allí radica, lo anterior, se encuentra sujeto a factores productivos, condiciones del ecosistema y la estructura de productividad agropecuaria

-**Acceso:** Este se determina por la "cantidad" de adquisición que pueden tener a los alimentos, ya sea una persona o grupo poblacional, a su vez, dicho alcance debe de ser óptimo y sostenible, para poder obtener una alimentación adecuada. No obstante, a este se vinculan variables tales como: condición de vulnerabilidad, ubicación geográfica, cantidad y distribución de ingresos acompañados de los precios de los alimentos

-**Consumo:** cuántos alimentos consume una persona en el día, es uno de los factores primordiales para una correcta seguridad alimentaria, pero, este se relaciona con una cantidad de patrones que pueden facilitar o dificultar el mismo, como lo son: los hábitos, la educación, las creencias, la cultura y las prácticas. A su vez, existen otras condiciones propias del entorno social, que afectan el consumo alimenticio en una persona, en este caso, en los menores, tales como: la educación alimentaria, el nivel educativo de la madre y finalmente el taño y la composición de la familia.

-**Aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos:** Aunque este eje, no puede ser manipulada directamente por el individuo o la población, es de suma importancias para obtener una correcta seguridad alimentaria. El cuánto y cómo el cuerpo hace aprovechamiento de los alimentos que consume, en ocasiones, se ve afectado por factores individúales como lo son las enfermedades y entre otras

condiciones físicas que impiden el mismo. No obstante, a pesar de que este se vincula directamente con el organismo del individuo, existen algunos otros componentes que influyen en que tales afectaciones no alteren por completo el aprovechamiento de los nutrimentos, como lo son todos los actores comunitarios como el saneamiento ambiental, y el acceso a los servicios de salud.

A pesar de todo lo anterior, es importante destacar que, en las comunidades indígenas, la seguridad alimentaria se define por medio de condiciones ambientales y culturales muy propias de su etnicidad y costumbres determinadas por la misma, las cuales condicionan los ejes de la seguridad alimentaria. Por lo tanto, es de suma importancia que se haga énfasis en la necesidad de impactar tanto de manera individual como comunitaria, con el objetivo de conseguir indicadores que muestren la realidad de la problemática que poseen a nivel nutricional y así alentar a los líderes indígenas de dirigir y tomar responsabilidad de los programas de salud pública que les competen (16).

ESTADO DE SEGURIDAD ALIMENTARIA EN COLOMBIA

Colombia no tiene los escenarios más alentadores en cuanto a seguridad alimentaria, se trata, pues según el Programa de Alimentación Mundial, el 43% de los colombianos no tiene seguridad alimentaria. Por lo tanto, poco menos de la mitad de la población puede acceder a una alimentación de calidad, la cual le provea los requerimientos diarios básicos. Por la cifra anterior, se evidencia que 20 millones de personas sufren por hambre, desnutrición o en el peor de los casos, por ambos, teniendo en cuenta que Colombia es un país en el cual habitan más de 47 millones de personas, es una cifra que genera alarmas de salud pública. A raíz de este desalentador escenario, se han ido desarrollando planes con el fin de mejorar tal situación en el país, entre estos están el Plan de Alimentación y Nutrición de 1974, el Plan Nacional de Alimentación y Nutrición de 1996, y el Proyecto de Fortalecimiento a la Seguridad Alimentaria y Nutricional en

Colombia de 2004, cada uno de estos, entregó evidencias bastante diferentes, debido a cuestiones económicas, políticas y sociales que afectaron de una otra manera su desempeño. Sin embargo, uno de los marcadores más destacados que impide los avances en referencia a la seguridad alimentaria, es la falta de importancia y vinculación de los líderes del país, con ausencia de trabajos articulados que medianamente supervise e impacte el tema.

La pobreza extrema se vinculó como el factor principal que desencadenó la inseguridad alimentaria, poniéndola como consecuente de la misma y no como lo que son, problemas individuales. Si bien, la pobreza es un factor de riesgo para desarrollar la inseguridad alimentaria, sin embargo, no es el único, puesto que es una situación multifacética que agrupa factores donde, hasta el mal manejo gubernamental, se ha convertido en un actor para el fortalecimiento de este problema,

Como se describe en las leyes, todos los miembros del territorio colombiano deben de disponer de fuentes alimenticias que sean asequibles y estables, para establecer el derecho que tienen a la alimentación digna y de calidad. Por ende, las entidades gubernamentales del país deben de dar prioridad a las políticas de seguridad alimentaria de manera articulada, dependiendo de la ubicación y grupo social, donde los medios de acción sean persistentes y eficaces, con el fin de mejorar la estadística nacional y así mismo, la calidad de vida de sus habitantes (32).

4.3 MARCO CONCEPTUAL

Desnutrición:

Es un estado que afecta la salud, el cual es generado por el deficiente consumo de calorías dentro de la dieta, que lleva a que se produzca una carencia de los nutrimentos esenciales para el óptimo funcionamiento del organismo, originando

una serie de complicaciones las cuales se ven implicadas en la mortalidad de niños de las comunidades indígenas.

Nutrición:

Es el equilibrio metabólico y energético, proporcionado por una ingesta adecuada de calorías, acompañado de la cantidad adecuada de todos los componentes nutricionales que el organismo requiere. Características alimentarias que no se ven establecidas dentro de los planes alimentarios indígenas.

Indígenas:

Comunidad originaria del territorio, la cual ha sido determinada como un patrimonio de este. Pero, de la misma manera, se ha considerado como una población vulnerable, debido a la cantidad de carencias que poseen en temas de alimentación, agua y demás servicios básicos para la vida.

Seguridad alimentaria:

Es el estado que tienen las personas dependiendo la calidad de sus alimentos, los cuales deben ofrecer un estado nutricional óptimo para quienes lo consumen. Esto, está ligado a factores como lo son la disponibilidad, formas de acceso y consumo de estos y el aprovechamiento biológico que se tiene de estos. Lo cual, es una de las principales carencias que poseen las comunidades indígenas, principalmente debido a su ubicación.

4.4 PALABRAS CLAVE

- Malnutrición (DECS) / Malnutrition (MESH)
- Nutrición (DECS) / Nutrition (MESH)
- Pueblos indígenas (DECS) / Indigenous Peoples (MESH)
- Abastecimiento de alimentos (DECS) / Food Supply (MESH)

4.5 MARCO LEGAL

4.5.1 Estrategia y Plan de Acción Regionales sobre la Nutrición en la Salud y el Desarrollo, 2006-2015:

La OMS, a través de esta estrategia, establece como propósito es mejorar el estado nutricional durante toda la vida, particularmente entre los pobres y otros grupos vulnerables, mediante esfuerzos estratégicos conjuntos de los Estados Miembros y otros socios. Con el fin, de abordar los problemas de alimentación y nutrición con el fin de mejorar la situación actual y ayudar al logro de las metas de salud y desarrollo de la Región

4.5.2 Resolución CD47 R8:

La OMS establece las policías para la estrategia y plan de acción regionales sobre la nutrición en salud.

4.5.3 Artículo 44 constitución política de Colombia:

Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos. Gozarán también de los demás derechos consagrados en la Constitución, en las leyes y en los tratados internacionales ratificados por Colombia.

4.5.4 Resolución No. 5406 de 2015:

Por la cual se definen los lineamientos técnicos para la atención integral de las niñas y los niños menores de cinco (5) años con desnutrición aguda.

4.5.5 Resolución No. 2465 del 14 de junio de 2016:

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones.

4.5.6 Resolución 3803 de 2016 Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes – RIEN:

Por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes- RIEN para la población colombiana y se dictan otras disposiciones.

4.5.7 Resolución 1343 de 2019:

Para la prescripción del soporte nutricional en niños menores de 5 años, los cuales pueden ser dadas por un médico general o un profesional de la salud en dietética y nutrición, ordene tecnologías en salud como los soportes nutricionales, serán analizados por la junta de profesionales de salud. Excepto, cuando se trate de niños menores de 5 años con diagnóstico de desnutrición proteico-calórica severa no especificada o desnutrición proteica calórica moderada, conforme a la clasificación internacional de enfermedades.

4.5.8 Decreto 2055 de 2009:

Por el cual se crea la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional (CISAN). la cual tendrá a su cargo la coordinación y seguimiento de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional -PNSAN-, siendo instancia de concertación entre los diferentes sectores involucrados en el desarrollo de esta.

4.5.9 Conpes 113 de 2007- PSAN:

Es el plan de seguridad alimentaria y nutricional, el cual es la política nacional para la alimentación que define la Seguridad alimentaria y nutricional como “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."

4.5.10 Minutas con enfoque diferencial:

en la cual, se establecen los apartados para la alimentación de los grupos étnicos, basados en las leyes globales, regionales y nacionales para los mismos, con el fin de brindarles un estado nutricional óptimo, acompañado de la preservación de sus costumbres.

4.5.11 Artículo 7, constitución política de Colombia:

El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación colombiana.

5 METODOLOGÍA

5.1 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio descriptivo, transversal

5.2 POBLACIÓN

La población se encuentra conformada, por los niños indígenas menores de 14 años de la comunidad Embera Chamí.

5.3 MUESTRA

Se utilizará un muestreo a conveniencia donde se seleccionará la comunidad Embera Chamí de Mistrató debido a la facilidad de acceso, recursos y movilidad.

5.4 MARCO MUESTRAL

El listado de las comunidades Embera Chamí del municipio fueron extraídas del Plan de vida del pueblo Embera de Risaralda. Consejo Nacional Indígena del departamento.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños entre los 0 y los 14 años
- Pertenecer a la comunidad Embera Chamí de Mistrató.

5.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Niños que presenten alteraciones congénitas.
- Niños y padres que no desean participar en el estudio.

5.7 VARIABLES.

Ver cuadro de operacionalización de variables

5.8 PLAN DE ANÁLISIS

5.8.1 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se dará a través de un estudio antropométrico, el cual tiene como objetivo fraccionar el peso del cuerpo y relacionar sus componentes con el entorno de la persona y sus hábitos, para poder determinar o valorar el estado nutricional del mismo. Las mediciones se harán a través de una balanza y un metro para las diferentes medidas que son: perímetro cefálico, circunferencia del brazo y talla para la edad

De igual manera se recolectarán variables sociodemográficas como: el sexo, la edad, nivel de educación, número de hijos.

La recolección de la información asociada a los determinantes de seguridad alimentaria se enmarca en dos partes, la primera el estudio para determinantes en salud asociados a la seguridad alimentaria, la cual se compone de 7 preguntas, donde una se constituye de un cuadro de consumo de alimentos diarios definidos por la comunidad objeto de estudio. La segunda parte consta de los factores asociados a la malnutrición dividida en 18 preguntas. Esta encuesta fue extraída de un estudio de Arias Andrade M. La misma fue modificada de la encuesta de línea basal de práctica saludable de la organización panamericana de la salud. **Ver anexo 1 instrumento de recolección de información.**

5.8.2 VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS.

La encuesta principal relacionada con la “Guía para realizar la encuesta de hogares sobre las prácticas clave que protegen la salud infantil “fue creada y validada por la Organización panamericana de la salud. A su vez, esta fue adaptada en conjunto con la comunidad y los resultados de un estudio piloto realizado en la comunidad participante, pertenecientes al estudio de estado

nutricional y determinantes sociales proximales en salud asociados en niños menores de 5 años de edad de una población Arhuaca(16)

5.8.3 TABULACIÓN DE LOS DATOS

Posterior a la recolección de la información, los datos serán tabulados en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2019®, de acuerdo con la codificación planteada en el cuadro de operacionalización de variables.

5.8.4 PRUEBAS ESTADÍSTICAS APLICADAS

La información será tabulada en Excel 2016® en la cual se realizará el análisis en el paquete estadístico SPSS V.23 licenciado. Se realizará un análisis univariado y bivariado en el paquete estadístico SPSS V.23. Para variables cualitativas se utilizarán frecuencias absolutas y relativas, para variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central (Media, Mediana) y medidas de dispersión (Desviación estándar, Rango intercuartílico). Para los análisis bivariados se utilizarán pruebas de normalidad (Kolmogorov Smirnov) y de asociación estadística para análisis cuantitativo-cualitativo (U de Mann-Whitney) y para bivariados cualitativos (Chi Cuadrado de Pearson) con un valor de significancia $p<0,05$.

De acuerdo a la resolución 8430 de 1993, el estudio se considera sin riesgo, en relación con su artículo 5 donde señala que “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar, ajustados a los principios científicos y éticos que la justifiquen, donde prevalecerá la seguridad de los beneficiarios y se expresan claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución”. Además, contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución.

5.8.5 CONTROLES DE SESGOS

Sesgo de selección y de confusión debido a que nuestro proyecto está enfocado en niños menores de 14 años, puede ocurrir que no se haga una buena caracterizaron socio demográficamente de los niños y, por lo tanto, no sean incluidos todos los niños en el estudio. De igual forma se puede presentar el sesgo de confusión causado por el factor del idioma, ya que el no conocerlo y contar con un traductor se pueden presentar confusiones y mezclas en la transmisión de la información.

Por lo tanto, para evitar el sesgo de selección se debe revisar la validez de la base de datos, verificar que la información sea del departamento, municipio, y de la comunidad correcta, que comprenda las edades estipuladas y se cumplan las condiciones establecidas en la investigación. Y en cuanto al sesgo de confusión para evitar esto, el traductor claramente iría acompañado por una de las encuestadoras principales, además de que la encuesta se encuentre, en lo posible marcada con el nombre propio del niño o de la familia a encuestar, para evitar cruces de información.

5.9. IMPACTOS

Nuestro proyecto tiene un impacto social, ya que, su objetivo es observar y analizar las condiciones de vida de la comunidad Embera Chamí, para así mejorar sus condiciones de seguridad alimentaria, debido a que se enfoca en la carencia de servicios alimentarios óptimos para el buen vivir de la comunidad objeto de estudio. Este también posee un impacto académico, puesto que la realización de campañas de promoción y prevención de alimentación no solo saludable, sino también de buenas condiciones de higiene para evitar el desarrollo de la malnutrición y otras comorbilidades, permite que las personas de las comunidades desarrollen conocimientos acerca de lo que más sano para su diario vivir.

No obstante, a nivel profesional permite que la profesión se observe desde otra perspectiva y así se consiga potenciar el desarrollo de áreas transversales de la

salud, permitiendo ver a los pacientes desde un punto de vista diferente al quirúrgico

6 RESULTADOS

Se recolectaron 17 encuestas donde se realizó un análisis antropométrico de la comunidad Embera Chami del municipio de Risaralda, el estudio antropométrico es para determinar el estado nutricional del menor, como se puede observar en la tabla 1.

tabla 1: Determinar el estado nutricional de los niños menores de 14 años de una muestra de la población Embera Chamí.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Peso/Talla	*Desnutrido*	6	35.3
	Normal	8	47.1
	Sobre peso	3	17.6
Talla/edad	*Alta*	1	5.9
	Baja	5	29.4
	Normal	11	64.7
Peso/edad	*Desnutrido*	5	29.4
	Normal	9	52.9
	Sobre peso	3	17.6

Gráfico 1. Indicador peso /edad en la gráfica se observa que la mayoría de los menores se encuentran en un rango normal siendo 52,0%

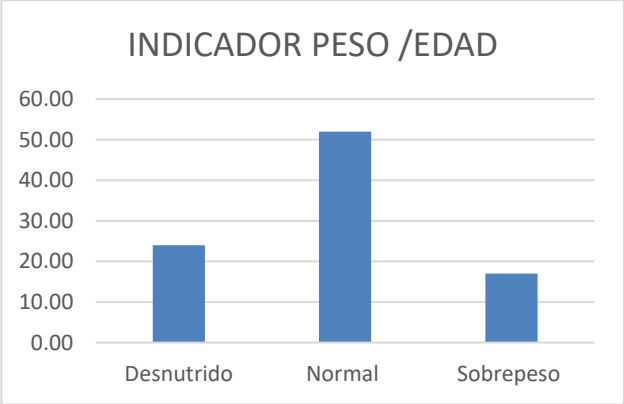


Gráfico 2 Indicador talla edad en la gráfica se observa que la mayoría de los menores se encuentra en la talla normal para su edad siendo 64,7%

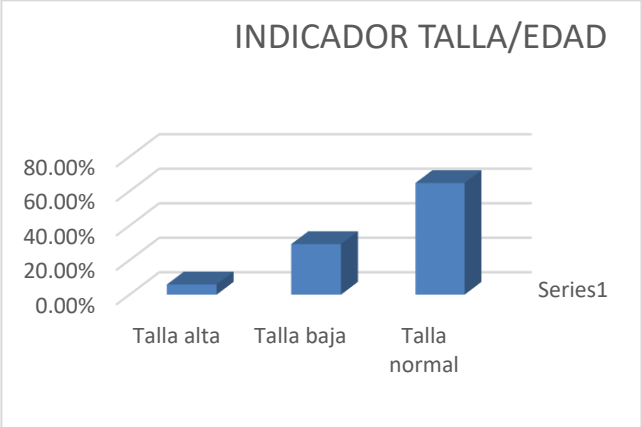
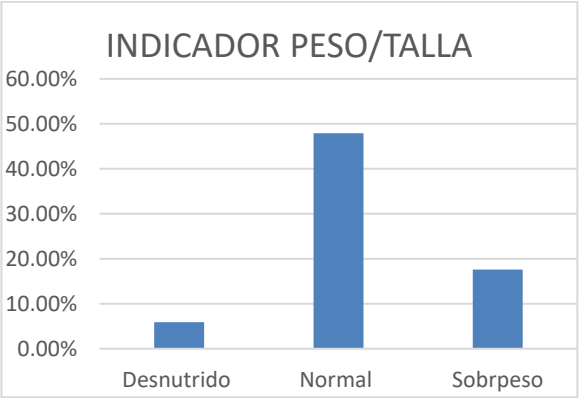


Gráfico 3 Indicador peso /talla en la gráfica se observa que el 47,90% de los menores se encuentran con un peso ideal para la talla.



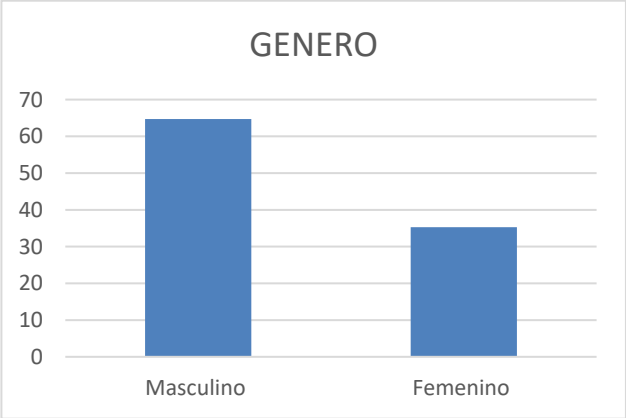
Se caracteriza sociodemográficamente la comunidad Embera Chami del municipio de Risaralda, donde se obtuvo una mediana de edad de 10.0 años comprendidas entre la edad de los menores, prevaleciendo el género masculino en un 64.7%. Coincidiendo que el cuidador en su totalidad es la madre con un 100%, como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 2. Caracterización sociodemográfica de los niños menores de 14 años de una muestra de la población Embera Chamí.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Género	*Femenino*	6	35.3
	Masculino	11	64.7
Escolaridad	*Ninguna*	11	64.7
	Primaria	6	35.3

	1	1	5.9
# Hijos	*2*	9	52.9
	3	5	29.4
	5	2	11.8

Gráfico 4. Género en la gráfica se observa que prevaleció el género masculino entre los menores encuestados con un 64,7%



La totalidad de la población posee agua del nacedero, las deposiciones son realizadas en el baño y el lugar donde se realizó el parto fue en un centro médico, para el 100% de los encuestados. Se observó que el 100% de los niños no presentó problemas respiratorios y su totalidad contaron con lactancia materna y vacunación completa. Como podemos ver en la tabla 3.

Tabla 3. Identificar los determinantes sociales proximales en salud enmarcados en las dimensiones de seguridad alimentaria en la población objeto de estudio.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)

Hierve el agua	*Si*	4	23.5
	No	13	76.5
S. alarma	*Si*	7	58.8
	No	10	41.2
No come	*Si*	5	71.4
	No	2	28.6
Juega	*Si*	12	70.6
	No	5	37.5
Castigo	*Si*	1	5.9
	No	16	94.2
Deshidratación	*Si*	3	17.6
	No	14	82.4
Control prenatal	*Si*	14	82.4
	No	3	17.6
Complementaria	*4 años*	1	5.9

edad	*5 años*	1	5.9
	6 años	1	5.9
	6 meses	6	35.3
	7 meses	6	35.3
	8 meses	1	5.9
	No ha iniciado	1	5.9
Diarrea 2 meses	*Si*	6	35.3
	No	11	64.7

Gráfico 5 Inicio de alimentación complementaria se observa que el inicio de la alimentación complementaria de los menores está entre lo 6 meses a 7 meses.

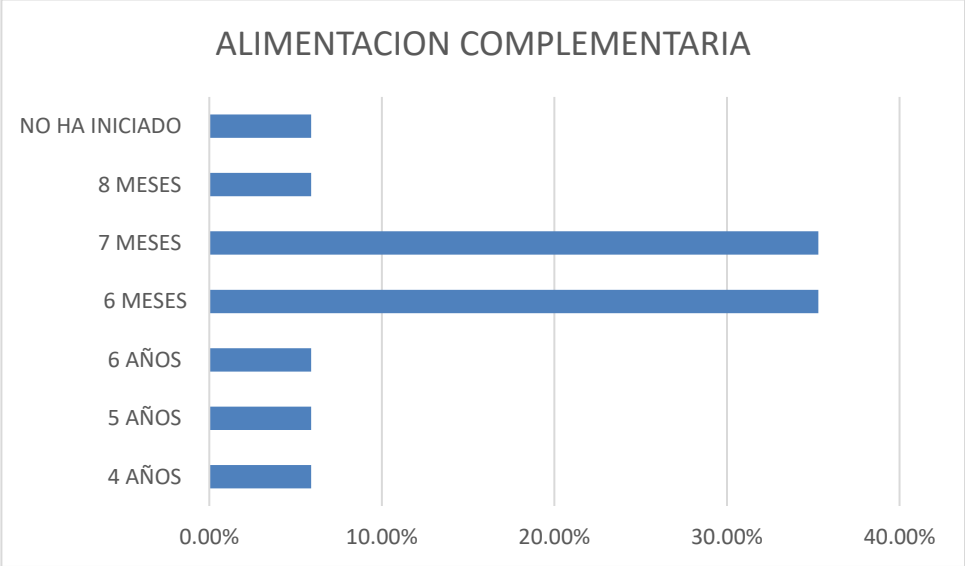
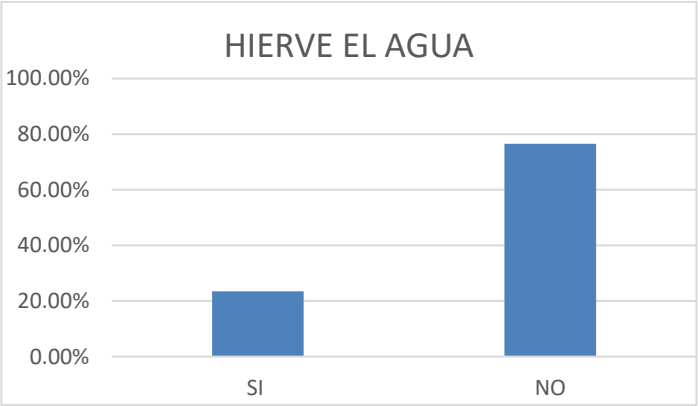


Gráfico 6 Hierve el agua en la gráfica se observa que la mayoría de la población encuestada no hierve el agua para su consumo con un 76,50%

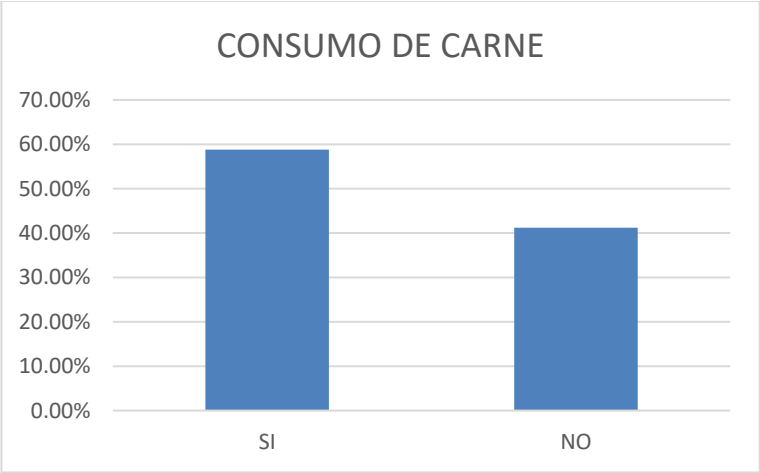


Según la información recolectada, el 100% no cuentan con una tierra para cultivar, no cultivan ningún tipo de alimento para su consumo, de igual manera no poseen animales. El 100% de la población cuentan con una alimentación diaria donde incluyen leche, huevo, lentejas, frijol, arroz y pollo (**Tabla 4)**.

Tabla 4. Establecer asociación entre la malnutrición de los niños y los determinantes sociales proximales en la población objeto de estudio.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Carne	*Si*	10	58.8
	No	7	41.2
Verdura	*SI*	14	82.4
	No	3	17.6

Gráfico 7 Consumo de carne en la gráfica se observa que el 58,8% de la población encuestada incluye la carne en su alimentación diaria.



7 DISCUSIÓN

A través de la identificación, clasificación y caracterización de la población objeto de estudio y los determinantes sociales proximales de la misma, se busca impactar las entidades gubernamentales tanto municipales, como departamentales, con el fin de llevar estrategias de desarrollo, actividades de promoción y prevención, que intervengan sobre este tipo de patologías, las cuales, se convierten en una problemática de salud pública. Esto, con el fin de advertir que los principales riesgos a sufrir desnutrición, también se encuentran más allá de los cuidados ofrecidos por el hogar, la cultura y demás factores que se clasifican como propios del individuo o su entorno, si no que, también se involucran factores públicos como lo son el acceso a agua y saneamiento, mercados locales de fácil acceso. Lo anterior con miras a entender que las comunidades vulnerables representan el principal indicador de mal nutrición para el departamento, principalmente, detallad en los grupos aborígenes aun encontrándose ubicados en el caso urbano.

Por fortuna, los resultados obtenidos en la comunidad no dejan escenarios tan críticos como a los que se suele estar acostumbrando, puesto que, se evidenció una comunidad con algunos conocimientos respecto a la correcta manipulación de los alimentos, lo cual les disminuye factores de riesgo a enfermedades parasitarias que favorecen el desarrollo de la desnutrición en los menores de 5 años, principalmente, a diferencia de lo mostrado por otros autores donde la falta de conocimientos acarrea malas prácticas y conlleva al padecimiento de estas enfermedades, lo cual es muy común en estos grupos etáreos (10)

Tomando a consideración las referencias brindadas por otros autores en correlación a sus estudios, donde indican que a medida que el menor crece, presenta un decremento de su estado nutricional, el comportamiento observado sobre esta comunidad tuvo un trasfondo diferente, pues, en correlación con los indicadores, peso para la talla y talla para la edad, más de la mitad de los mismos, puntualmente el 64.7%, presentaban indicadores normales. A su vez, es importante destacar que se encontraron niños que presentaba un indicador de talla alta, marcando una diferencia significativa a lo usualmente mostrado por la literatura donde predomina el descenso de la talla asociado a malnutrición (5)
Los resultados obtenidos en referencia a determinantes sociales, dejan en evidencia que indicadores tales como el no tener bajo peso al nacer, contar con lactancia materna, el tiempo adecuado, acceso a servicio primarios de salud y el

(3)protector para los menores de estas comunidades, pues permite cubrir las necesidades nutricionales primarias en períodos críticos, como lo es el período de los 1.000 días tal y como lo describen entidades internacionales como UNICEF (28).

Sin embargo, y muy relacionado con lo que se describe en la literatura, lo cual hace parte de la cultura de tal comunidad, es que la cantidad de hijos disminuye las probabilidades de obtener una correcta seguridad alimentaria, puesto que no se logran propiciar los alimentos para todos los miembros, como se pudo detallar en este estudio, donde el 35.3% de los niños encontrados en estado de desnutrición o con alto riesgo de padecer la misma, el 93% hacía parte de los hogares que contaban con 3 hijos o más, confirmando lo planteando por otras fuentes en referencia a este factor. (11)

Son múltiples los investigadores que resaltan que las comunidades aborígenes, a pesar de que estén ubicadas en el casco urbano, conservan muchas de sus costumbres, las cuales propician la malnutrición en el menor, en este caso, el no hervir el agua, se consideró como un marcador importante para la definición de indicadores de factores de riesgo como que el menor presentara diarrea en los últimos meses, permitiéndole abrir brechas al desarrollo de la desnutrición por condiciones patológicas asociadas a saneamiento(3)

Sin embargo, se detallan resultados alentadores, los cuales dejan en evidencia que un ambiente medianamente propicio para las comunidades aborígenes, casi que asegura la disminución de morbilidad y morbilidad infantil en relación con la desnutrición, así como la educación de aquellos encargados de los menores, presentaría mejoras a las estadísticas actualmente presentadas y a las comúnmente visualizadas en la literatura.

8 CONCLUSIONES

La investigación realizada se aplicó por medio de un instrumento de recolección de información a 17 familias de la comunidad Embera Chamí del departamento de Risaralda en el año 2022,en niños menores de 14 años, aplicando un estudio antropométrico para determinar el estado nutricional de los menores; dando como resultado que a pesar de las deficiencias propias de la comunidad en seguridad alimentaria, específicamente en acceso y disponibilidad de los alimentos, existe un alto porcentaje de niños con estados nutricionales normales para su talla; peso y edad.
Sin embargo, los menores que se encuentran en estado de desnutrición se relacionan directamente con los determinantes sociales identificados en la comunidad, así como el desarrollo de enfermedades gastrointestinales que potencian el desarrollo a la desnutrición, ligado a factores como el no hervir el agua.

Se caracterizó socio demográficamente la población objeto de estudio y se encontró fallas en el acceso de servicios públicos, ya que el agua es del nacedero más cercano, además el mal estado de las viviendas de la comunidad y sumándole la sobrepoblación en una casa que genera inconformidad, infecciones y enfermedades que desencadenan la desnutrición de los menores.

Adicional a esto, se observa el desconocimiento de la población sobre cuáles son los nutrientes de los alimentos, sumándole los escasos recursos para su compra e ingesta, ya que no poseen terreno para cultivar sus propios alimentos, ni animales para su consumo, por ende, no tienen una alimentación apta para sus edades.

La totalidad de niños vacunados mejora las condiciones de salud de los menores de la comunidad, disminuyendo el riesgo de que padezcan otras patologías que deterioren su estado de salud, además el 100% de la población objeto de estudio de la comunidad Embera ChamÍ del municipio de Risaralda cuentan con lactancia materna, que influye en su estado de salud conociendo la importancia de esta en el menor.

Es de suma importancia que esta población, objeto de estudio, se tenga más en cuenta en planes de desarrollo por parte de los entes encargados para así mejorar sus condiciones de vida, ya que se evidencia la poca colaboración hacia ellos como comunidad vulnerable.

9 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Turianitsa IM, Rostoka LM, Fedorovich TM, Turianitsa SM. Middle molecular weight peptides from rat blood serum during acute liver injury and administration of iodinated oil. Ukr Biokhim Zh. 1991; 63(2):102–5.
2. FAO. Los pueblos indigenas y las políticas públicas de seguridad alimentaria y nutricional en américa latina y el caribe. 2015. 168 p.
3. FARFÁN JCC, TORRES DA, GÓMEZ MNP, TAMAYO MPQ. Condiciones de seguridad alimentaria en una comunidad indígena de Colombia. Physis Rev Saúde Coletiva. 2018; 28(4):1–16.
4. Javier Rosique G. (1), María Teresa Restrepo C.(2), Luz Mariela Manjarrés C.(3) AGA (1) JSM (5). ESTADO NUTRICIONAL Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN INDÍGENAS EMBERA DE COLOMBIA. Rev. Chil Nutr. 2010; 18(2):77–83.
5. Hern A, Milena C, Rangel V, Oviedo P, Patricia B, Uribe M, et al. Prácticas de alimentación de la población indígena del departamento de chocó 1. 2014;13(2):106–11.
6. Restrepo BN, Restrepo MT, Beltrán JC, Rodríguez M, Ramírez RE. Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. Biomedica. 2006;26(4):517–27.
7. Machado-Duque ME, Calderón-Flórez V. Determinantes socioeconómicos, inseguridad alimentaria y desnutrición crónica en población desplazada de primera infancia, Pereira, Colombia. Rev Médica Risaralda. 2014;20(1):3–8.
8. Díaz A, Arana A, Vargas-machuca R, Antiporta D. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. 2015;5(7):49–56.
9. Cardona-Arias JA, Rivera-Palomino Y, Carmona-Fonseca J. Salud indígena

en el siglo XXI: parásitos intestinales, desnutrición, anemia y condiciones de vida en niños del resguardo indígena Cañamomo-Lomaprieta, Caldas-Colombia. Medicas UIS. 2014;27(2):29–39.

10. Bermúdez A, Flórez O, Bolaños M V., Medina JJ, Salcedo-Cifuentes M. Enteroparasitismo, higiene y saneamiento ambiental en menores de seis comunidades indígenas. Cali-Colombia. Rev Salud Publica. 2013;15(1):1–11.
11. Salud ministerio de. Mortalidad por y asociada a la desnutrición en menores de 5 años. 2014;31. Available from: http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-Vigilancia/sivigila/Protocolos SIVIGILA/PRO-MORTALIDAD asociada a desnutricion en men 5 años.pdf
12. Vallejo Solarte ME, Castro Castro LM, Cerezo Corre MDP. Estado nutricional y determinantes sociales en niños entre 0 y 5 años de la comunidad de Yunguillo y de Red Unidos, Mocoa - Colombia. Univ y Salud. 2016;18(1):113.
13. Emberá Chamí [Internet]. [cited 2020 Apr 20]. Available from: https://pueblosoriginarios.com/sur/caribe/embera_chami/embera_chami.html
14. Embera chami: historia, ubicación, cultura y mucho mas [Internet]. [cited 2020 Apr 20]. Available from: https://etniasdelmundo.com/c-colombia/embera-chami/
15. ONIC - Embera Chami [Internet]. [cited 2020 Apr 20]. Available from: https://www.onic.org.co/pueblos/1095-embera-chami
16. MÓNICA VIVIANA ARIAS ANDRADE. ESTADO NUTRICIONAL Y DETERMINANTES SOCIALES PROXIMALES EN SALUD ASOCIADOS EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE UNA POBLACIÓN ARHUACA COMO MARCO PARA LA ORIENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA. 2011;1–101.
17. Desnutrición - Trastornos nutricionales - Manual MSD versión para público general [Internet]. [cited 2020 Apr 20]. Available from: https://www.msdmanuals.com/es-co/hogar/trastornos-

nutricionales/desnutrición/desnutrición
18. Gómez F. Desnutrición. Scielo [Internet]. 2003; 45:576–82. Available from: http://www.scielosp.org/pdf/spm/v45s4/a14v45s4.pdf
19. Blanco Rodriguez M. Evolución y complicaciones de los niños tratados con trasplante de progenitores hematopoyéticos y su relación con el estado nutricional y soporte empleado. Univ. Autónoma Madrid [Internet]. 2014; 144. Available from: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/660762/blanco_rodriguez_miriam.pdf? Sequence=1
20. Reitan RM, Davison LA. Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. Winst Sons. 2012; VII(271):59–69.
21. Peláez RB. Desnutrición y enfermedad. Nutr Hosp. 2013; 6(SUPPL1):10–23.
22. León OS, Zurita A. MARASMO. 2011; 335–40.
23. Realpe AM. Desnutrición severa tipo kwashiorkor. Rev. Gastrohnup. 2013; 15(1):20–6.
24. Vega-Badillo J. ALTERACIONES EN LA HOMEOSTASIS DEL COLESTEROL HEPÁTICO Y SUS IMPLICACIONES EN LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA. TIP. 2017 Jan; 20(1):50–65.
25. Tipos de desnutrición y sus efectos I ONG Ayuda en Acción [Internet]. [cited 2020 Apr 20]. Available from: https://ayudaenaccion.org/ong/blog/derechos-humanos/tipos-de-desnutricion/
26. Costa1 CM, Consuelo Pedrón Giner2. Valoración del estado nutricional. J Educ Psychol. 1954; 45(1):1–21.
27. FAO. L. PANORAMA DE LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL. 2018; 820–1.
28. DESNUTRICIÓN INFANTIL La, Wisbaum W, colaborado H, Barbero B, Allí D, Arias M, et al. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 2011; 21. Available from: https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf
29. Malnutrición grave aguda | Nutrición | UNICEF [Internet]. [cited 2020 Apr 20].

Available from: https://www.unicef.org/spanish/nutrition/index_sam.html

30. Desnutrición: un modelo de atención ambulatoria permite tratar a 10 veces más niños | Médicos Sin Fronteras [Internet]. [cited 2020 Apr 20]. Available from: https://www.msf.es/actualidad/desnutricion-modelo-atencion-ambulatoria-permite-tratar-10-veces-mas-ninos

31. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - UNICEF. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Unicef [Internet]. 2017;144. Available from: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf

32. Epstein L. Seguridad A l i m e n ta r i a. Asoc Ambient Soc. 2016;

ANEXO 1.

Objetivo Específico	**Variables**	**Definición Conceptual**	**Tipo de Variable**	**Indicador**
Caracterizar socio demográficamente la población objeto de estudio.	Edad	Número de años y meses cumplidos	Cuantitativa Discreta	Número de años y meses cumplidos
	Género	Característica biológica que determina a una persona.	Cualitativa Nominal	1. Femenino 2. Masculino
	Nivel de escolaridad	Niveles de estudio que ha adquirido una persona a lo largo del tiempo.	Cualitativo Ordinales	1. Primaria 2. Bachiller 3. Universitario 4. Ninguno

	Procedencia	Sitio del cual viene una persona	Cualitativa Nominal	
	Número de hijos	Cantidad de descendientes directos.	Cuantitativo Discreto	
Determinar el estado nutricional de los niños menores de 14 años de edad de una muestra de la población Embera Chamí.	Perímetro cefálico	Se refiere a la cantidad que mide la circunferencia de la cabeza de una persona	Cuantitativo Continuo	
	Indicador peso edad	Es el peso corporal relacionado con la edad del niño	Cuantitativo Continuo	
	Indicador peso talla	Reflejo del peso corporal en relación del crecimiento alcanzado.	Cuantitativo Continuo	

	Talla para la edad	Crecimiento alcanzado en relación con la edad.	Cuantitativo Continuo	
	Circunferencia de brazo	Medida que se genera a partir de la medición de la parte superior del brazo	Cuantitativo Continuo	
Identificar los determinantes sociales proximales en salud enmarcados en las dimensiones de seguridad alimentaria en la población objeto de estudio.	Vacunación	Preparación que se le administra a una persona para generar inmunidad a una enfermedad	Cualitativa Nominales	1. Si 2. No
	Control prenatal	Atención que se le da a las embarazadas para controlar la salud del feto durante el periodo de gestación	Cualitativa Nominales	1. Si 2. No
	Lactancia Materna	Forma de alimentación del bebé que inicia en	Cualitativa Nominales	1. Si 2. No

		el momento del nacimiento		
	Atención en salud	Servicio que se le brinda a las personas para conocer su estado de salud y brindar soluciones para este	Cualitativa Nominal	1. Mamo 2. Médico
	Castigo	Acción correctiva que se ejerce sobre una persona cuando comete un error	Cualitativa nominal	1. Verbal 2. Físico
	Parto	Salida del bebé del útero	Cualitativa nominal	1. Casa 2. Centro de salud
	Signos de alarma	Síntomas que presenta un adulto o niño que indican que puede padecer alguna enfermedad	Cualitativa nominal	1. No come 2. Convulsiona 3. Vomita todo 4. Somnoliento

	Hierve el agua	Proceso por el cual se eliminan los microorganismos que se encuentren en el agua	Cualitativa ordinal	1. Siempre 2. Algunas veces 3. Nuca
	Deposición	Proceso en el que se desechan los residuos biológicos	Cualitativo nominal	1. Río 2. Monte 3. Letrina 4. Baño
	Fuente de Agua	Sitio de donde brota o sale la tierra para su utilización	Cualitativo nominal	1. Río 2. Manguera 3. Nacedero
	Tierra para cultivar	Medio en el cual se hace en el proceso de implantación y recolección de los frutos.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No

	Cultivos	Ejercicio donde se implantan semillas en la tierra para obtener frutos.	Cualitativo nominal	4 Frijoles 5 Garbanzos 6 Lentejas 7 Frutas 8 Hierbas 9 Café 10 Ninguno
	Animales	Organismo vivo	Cualitativo nominal	1. Gallina 2. Ovejas 3. Vacas 4. Peces 5. Pollos 6. Marranos 7. Chivos
	Presencia de diarrea	Evacuación intestinal de heces flojas y líquidas más de tres veces al día.	Cualitativo nominal	1. Si 2. No
	Dificultad respiratoria	Respiración que se da con dificultad y esfuerzo.	Cualitativa nominal	1. Edad 2. Frecuencia 3. Intensidad

	Deshidratación	Falta de agua y sales minerales en el cuerpo.	Cualitativa nominal	1. Si 2. No
	Alimentos consumidos por la población	Alimentos que la población consume con frecuencia.	Cualitativo Nominal	

ANEXO 2.

- **Estudio antropométrico:**

Se miden las variables para determinar el estado nutricional del niño y estas son: indicador de peso para la edad, peso para la talla, talla para la edad, circunferencia del brazo y circunferencia o perímetro cefálico.

#	F. Ex	F. Nac	Nombre	F/M	P 1	P 2	P3	T1	T2	T3	Pc1	Pc 2	Pc3	Edema	Otro

- **Estudio para determinantes en salud asociados a la seguridad Alimentaria.**

Fecha _____**Procedencia** _____ EPS _____

1. Edad Madre _____ Escolaridad Madre: Primaria ☐ Bachiller ☐ Bachiller incompleto ☐ estudios superiores ☐ ninguno ☐

2. Edad Padre _____ Escolaridad Padre: Primaria ☐ Bachiller ☐ Bachiller incompleto ☐ estudios superiores ☐ ninguno ☐

3. Número de Hijos: _____
Cuidador _____

4. Tierra para cultivar**:** Si ☐ No ☐

5. Cultivos: Frijol ☐ Garbanzos ☐ Lentejas ☐ Frutas ☐ Hierbas ☐ Café ☐ Maíz ☐ Plátano ☐ Ninguno ☐

6. Animales: Gallina ☐ Ovejas ☐ Vacas ☐ Peces ☐ Pollos ☐ Marranos ☐ Chivos ☐

- **7. Consumo de alimentos diarios**

ALIMENTO	**PREPARACIÓN**	**PORCIÓN**	**FUENTE**

- **MALNUTRICIÓN**

1. Deposición: río ☐ Monte ☐ Letrina ☐ Baño ☐

2. Agua: Río ☐ Nacedero ☐ Manguera ☐

3. Hierve el agua: Siempre ☐ Nunca ☐ Algunas veces ☐

4. Atención en salud: Mamo ☐ Médico ☐

5. Signos de alarma: No come ☐ Convulsiona ☐ Vomita todo ☐
No juega ☐ Somnoliento ☐

6. Accidentes: Quemaduras ☐ Golpes ☐ Caídas ☐ Otros _____

7. Juego: Si ☐ No ☐

9. El niño ha presentado diarrea en los últimos 2 meses: Si ☐ No ☐

10. Dificultad respiratoria**:** Edad _____ Frecuencia _____ Intensidad _____

_____

11. Deshidratación**:** Edad _____ Frecuencia _____ Intensidad _____

_____

12. Lactancia materna Fuerza ☐
No se enferma ☐ Vómito ☐ Crecimiento ☐

13. Alimentación complementaria Edad _____
Verduras ☐ Carne ☐ Frutas ☐ Frijol ☐

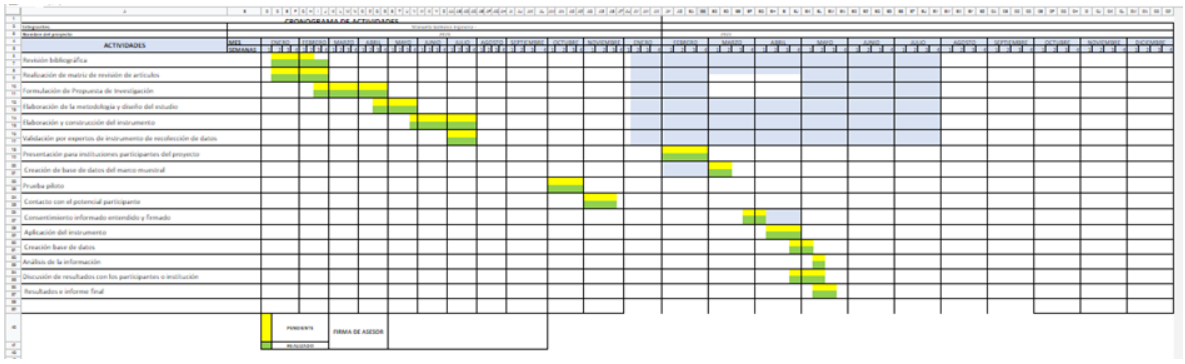
Lentejas ☐ Garbanzo ☐ Leche ☐ Huevo ☐

14. Vacunación**:** Completa Si ☐ No ☐ Fuerza ☐ No se enferma ☐
Vómito ☐ Crecimiento ☐

15. PESO AL NACER _____

16. Micronutrientes: Hierro Si ☐ No ☐ Vitamina A Sí ☐ No ☐
Calcio Si ☐ No ☐ Fósforo Si ☐ No ☐ Vitamina D Sí ☐ No ☐

17. Control prenatal Sí ☐ No ☐

18. Parto: Casa ☐ I. salud ☐

ANEXO 3