

CAPÍTULO 5

.....

Diagnóstico de los factores sociales y familiares de la seguridad alimentaria y nutricional en niños con riesgo nutricional en Monguí (Boyacá) mediante el modelo Precede-Procede

Lina-Fernanda Barrera-Sánchez

Enfermera. Magíster en salud pública. Docente Escuela de Enfermería, grupo de investigación Enfermería y Atención Primaria en Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja, Colombia.
lina.barrera@uptc.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-0211-8155>

Oscar-Orlando Rodríguez-Wilchez

Médico. Magíster en educación, docente Escuela de Medicina, grupo de investigación Enfermería y Atención Primaria en Salud. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja, Colombia. oscar.rodriguez03@edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-7453-381X>

Carolina-del-Pilar Torres-Tovar

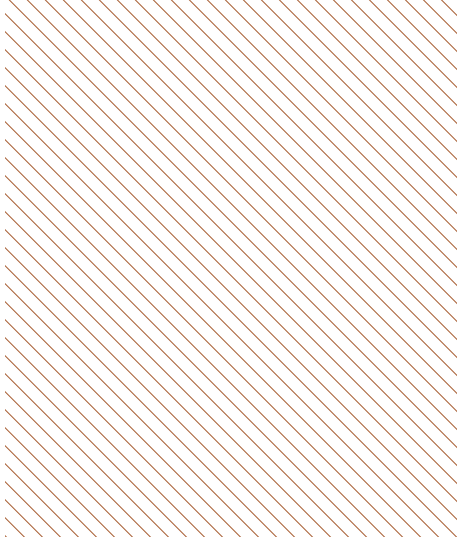
Trabajadora social. Magíster en desarrollo educativo y social, Universidad Pedagógica Nacional - Convenio CINDE, Bogotá. Referente Salud y Género, Secretaría de Protección Social, Alcaldía Mayor de Tunja, grupo de investigación Ciclo Vital, Familia y Desarrollo Humano, Fundación Universitaria Juan de Castellanos (JDC). Docente catedrática UPTC, Tunja, Colombia. carolpitos@gmail.com. <https://orcid.org/0000-0001-8121-4163>

Natalia-Marcela Espinosa-Becerra

Socióloga. Magíster en desarrollo rural de la Pontificia Universidad Javeriana. Docente del Programa de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, grupo de investigación Ciclo Vital, Familia y Desarrollo Humano, Fundación Universitaria Juan de Castellanos (JDC), Tunja, Colombia. nespinosa@jdc.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-4881-1262>

Juan-Gabriel Salazar-Jiménez

Psicólogo. Ph. D. en investigación en psicología, neurociencia y estadística médica, Universidad de Pavía. Docente del Programa de Trabajo Social, grupo de investigación Ciclo Vital, Familia y Desarrollo Humano, Facultad de Ciencias Sociales y Económicas, Fundación Universitaria Juan de Castellanos (JDC), Tunja, Colombia.
jsalazar@jdc.edu.co. <https://orcid.org/0000-0002-7760-0085>



Introducción

Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional

Garantizar la seguridad alimentaria y nutricional en la población implica analizar este tópico desde diversos factores y/o condicionantes de incidencia. En tal sentido, los determinantes sociales en salud aportan análisis interdisciplinarios y multisectoriales orientados a establecer corresponsabilidades individuales, colectivas y estatales alrededor de inequidades en salud que dificultan el acceso a condiciones que favorezcan el bienestar integral como concepto, lo que conlleva a buscar soluciones integrales (1-3).

La situación nutricional de una población refleja su nivel de bienestar y puede ser utilizada para identificar inequidades que podrían afectar su productividad. Es así como los resultados de una inadecuada alimentación, sea por cantidad, disponibilidad, acceso e inocuidad, están asociados con menor desempeño escolar, menor productividad y menor ingreso laboral en la vida adulta (4,5).

En América Latina y el Caribe, la dificultad de acceso a alimentos nutritivos y suficientes está relacionada con la falta de recursos económicos para el logro de la canasta básica familiar. Aspectos como la inflación, la devaluación de la moneda local, el comercio internacional y su desigualdad competitiva en los tratados de libre comercio, la fluctuación de precios de los alimentos y la influencia climática en la producción de los mismos, entre otros, impactan la posibilidad de que las familias adquieran una adecuada alimentación, encontrándose determinantes macro, meso y microsistémicos que inciden en la nutrición de los infantes (6-9).

La inseguridad alimentaria sigue siendo uno de los desafíos más importantes para los países en vía de desarrollo. De acuerdo con el informe de la situación alimentaria de la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura, para el año 2020, cerca de 690 millones de personas padecieron hambre, mientras que,

en el 2019, cerca de 750 millones de personas se vieron expuestas a niveles graves de inseguridad alimentaria. Se estimó que alrededor de 151 millones de niños menores de 5 años tenían talla baja para la edad, debido a la malnutrición. Para el año 2019, 144 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento, 47 millones padecían emaciación y 38.3 millones presentaban sobrepeso (10).

En Colombia, de acuerdo con el Análisis de situación de salud (ASIS) (11), el 3.7 % de los niños menores de 5 años padecía desnutrición general. Para el año 2014 se registró una prevalencia de desnutrición crónica en niños entre 1 y 10 años, y en el departamento de Boyacá la cifra fue de 33.3 % (12). Para la misma población, y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Situación Nutricional en Colombia, se reportaron en el año 2015 cifras de 10.8 % en desnutrición crónica, 3.1 % en desnutrición general, 1.6 % en desnutrición aguda y 6.3 % en exceso de peso, cifra esta última que aumentó un punto porcentual respecto de la encuesta anterior (13,14). Por su parte, el municipio de Monguí (Boyacá) reportó un 11.63 % de nacidos vivos con bajo peso al nacer (14). De acuerdo con las valoraciones de consulta externa en población infantil desde la empresa social del estado (ESE) Las Mercedes, se tienen casos de desnutrición aguda, global y crónica, lo cual dio origen al programa “Familia, nutrición y neurodesarrollo”, como parte de la gestión del riesgo desde la ESE del municipio, que busca generar acciones interdisciplinarias, interinstitucionales y comunitarias para asegurar el cumplimiento de las metas relacionadas con el estado nutricional de los menores de 5 años. Esto, dado que las intervenciones de alimentación complementaria, asistencia sanitaria y educación institucional no pueden, por sí solas, cambiar las condiciones subyacentes de pobreza y saneamiento deficiente que agravan los cuadros de desnutrición.

La salud es un derecho fundamental, aun cuando este sea positivizado (15,16), que aparece conexo con la alimentación equilibrada al momento de definir los deberes estatales en oferta y distribución de alimentos, materializados en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (17). Actualmente, se conjuga la transformación de los sistemas de salud con el enfoque de atención primaria, razón por la cual Colombia definió las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS), para orientar el accionar de las autoridades territoriales y demás actores en el conjunto de atenciones hacia la población por cada etapa de curso de vida (18,19). Por su parte, la Política Pública de Primera Infancia busca la promoción del bienestar, la prevención de riesgos, el tratamiento de la enfermedad con calidad y calidez, y la rehabilitación con estabilidad emocional y funcional (20).

Finalmente, la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud comprende las acciones enfocadas a facilitar el desarrollo integral y multidimensional de las personas, con miras a garantizar su estado de salud, incluyendo acciones tanto con individuos sanos como con aquellos con factores de riesgo modificables, que aún no han desarrollado patologías, pero que requieren un abordaje a través de una RIAS de grupo de riesgo o de eventos específicos (19). Sin embargo, aunque se cuente con políticas públicas, persiste la morbimortalidad infantil atribuible a trastornos nutricionales y/o inseguridad alimentaria, situación evitable con las acciones concurrentes de los agentes comprometidos en la garantía del derecho a la alimentación equilibrada y las políticas de seguridad alimentaria, que incluyan componentes participativos en los procesos de formulación, ejecución y evaluación (21,22).

La participación comunitaria en la planeación estratégica en salud

La participación comunitaria implica vinculación activa de las poblaciones, comunidades y colectivos, en la construcción de iniciativas para mejorar el bienestar y reducir las desigualdades en salud, con procesos participativos que deben darse desde el diagnóstico de necesidades y la priorización de las mismas (23). El empleo de metodologías participativas para la planificación en salud permite que esta se adapte a las necesidades de la comunidad, a sus tiempos y a la forma como funcionan; la aplicación de herramientas de participación ciudadana también pretende analizar, debatir, comprender y decidir de manera colectiva en situaciones significativas para la comunidad (24).

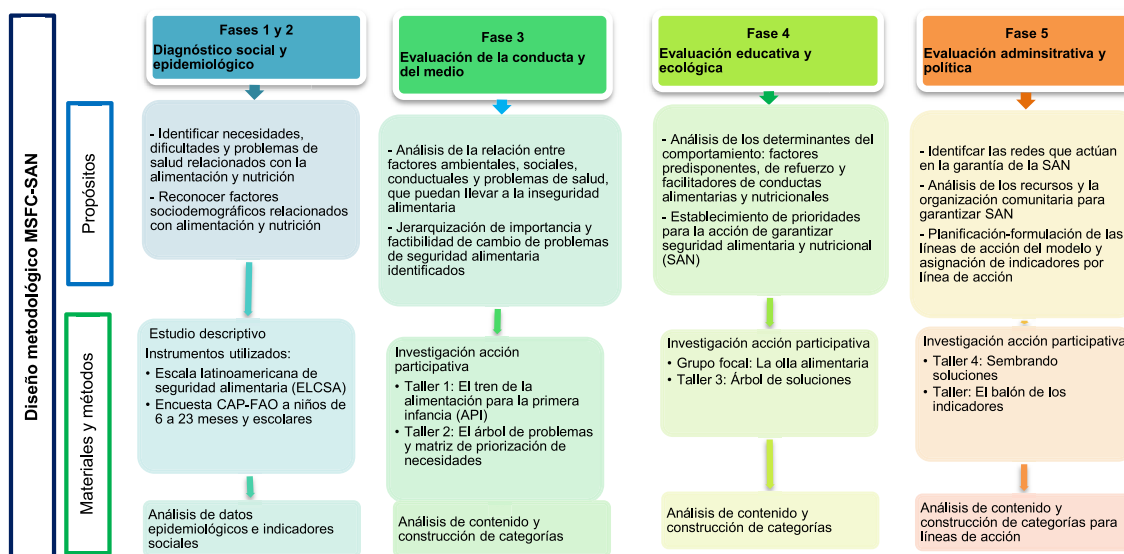
El modelo de planeación en salud Precede-Procede se proyecta como una herramienta para facilitar la elaboración de diagnósticos comunitarios, abordando determinantes sociales de la salud para el desarrollo de estrategias de solución de los problemas o necesidades desde la participación social. El modelo hace posible la propuesta de intervenciones más acordes para la promoción de la salud de grupos sociales específicos (25,26) y está fundamentado, entre otras, en las ciencias sociales y del comportamiento, en la epidemiología, la administración y la educación (26). Se desarrolla en nueve etapas, las cinco primeras correspondientes a fases diagnósticas, mientras que las cuatro siguientes buscan relacionar las áreas prioritarias de actuación, para establecer las intervenciones a desarrollar en un trabajo conjunto con la comunidad, y finalizando el proceso con la evaluación del impacto y los resultados de las intervenciones. Es importante reconocer en ese sentido que el papel de los profesionales en salud es amplio en el desarrollo de estrategias que fortalezcan la seguridad alimentaria y nutricional (26-28), por más que se ha limitado a la realización de procedimientos técnicos, de seguimiento y notificación.

El objetivo de este estudio fue elaborar un diagnóstico como insumo de construcción de un modelo de salud familiar y comunitaria participativa para el fomento de la seguridad alimentaria y nutricional (MSFC-SAN), entre la población de primera infancia y sus cuidadores en el municipio de Monguí, Boyacá (Colombia), a partir del referente teórico y metodológico Precede-Procede. Se presentan aquí los resultados de la etapa Precede, que corresponde a las cinco primeras fases diagnósticas para la definición de las líneas de acción del modelo.

Metodología

Se realizó un estudio secuencial explicativo mixto (29,30), teniendo en cuenta los criterios metodológicos de las fases que plantea el modelo Precede-Procede, diseñado por Lawrence Green y Marshall Kreuter (26) para la educación y diseño de programas en salud: Fases 1 y 2 – Diagnóstico social y epidemiológico; Fase 3 – Evaluación de la conducta y el medio; Fase 4 – Evaluación educativa y ecológica; Fase 5 – Evaluación administrativa y política (figura 1).

Figura 1. Diseño metodológico de construcción MSFC-SAN a través de la implementación de las cinco fases del modelo Precede-Procede.



Fuente: elaboración propia.

A nivel cuantitativo se utilizó un diseño descriptivo de corte transversal; los instrumentos aplicados fueron: un cuestionario de caracterización sociodemográfica, el cuestionario CAP (conocimientos, actitudes y prácticas en alimentación) (31), la Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA) (32-34), la medición antropométrica de talla y peso para los niños y niñas, y un cuestionario sobre factores sociales determinantes del comportamiento alimentario en las familias (35). Desde el proceso cualitativo, se realizaron talleres y dos entrevistas a grupos focales (30,36), con la participación de diferentes actores que conocen la realidad social, quienes posibilitaron una comprensión subjetiva de la problemática de malnutrición en los niños y niñas, orientada a plantear en el modelo líneas de acción para el mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional.

Participantes

La construcción del MSFC-SAN se desarrolló durante el periodo 2019-2020, a partir de una muestra intencional, no probabilística (37), de 51 familias del programa de nutrición y neurodesarrollo adelantado por la ESE Nuestra Señora de las Mercedes de Monguít, en alianza con la Fundación Éxito a través del programa GenCero. El 68.8 % de estas familias vive en zona rural y el 31.2 % restante en zona urbana; un 88.2 % tiene niños y niñas menores de 5 años; el 11.7 % cuenta con madres gestantes; los cuidadores de los niños y niñas menores de 5 años tienen una edad promedio de 27.2 años, variando entre los 16 y los 51 años; 44.4 % de sexo femenino y 55.6 % de sexo masculino; el promedio de edad de los niños y niñas es de 28.2 meses, en un rango de 6 a 62 meses; el 49 % está constituido por familias nucleares, un 39.2 % por familia extensa y un 11.7 % por familias monoparentales con jefatura materna.

Consideraciones éticas

De acuerdo a las normas éticas para Colombia establecidas a través de la Resolución 8430 de 1993 (38), se considera una investigación de riesgo mínimo. Se respetaron los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía de los participantes. Se hizo el respectivo diligenciamiento del consentimiento informado y el proyecto fue avalado por los comités de ética de la Fundación Universitaria Juan de Castellanos, sede Tunja, y de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja (Boyacá).

Análisis de datos

La presentación de resultados se hizo de acuerdo con las cinco fases desarrolladas del modelo Precede-Procede. Para el análisis cuantitativo se utilizó el paquete estadístico SPSS 22v, y se realizó un análisis descriptivo de la información, resumida en proporciones y tabla de frecuencia. Con los datos cualitativos se llevó a cabo un análisis de contenido, representando los resultados en diagramas de relaciones, con base en la teoría fundamentada y a través de un procedimiento sistemático que explica en un nivel conceptual las interacciones y los entornos encontrados en el proceso (39).

Resultados

Fases 1 y 2. Diagnóstico social y epidemiológico

El 8.4 % de cuidadores tiene educación técnica y superior, 43.7 % tiene un nivel de escolaridad de secundaria completa. La principal actividad económica de las familias es la agrícola (34.6 %), seguido de la minera (23.1 %) y la comercial (15.4 %); estas actividades generan ingresos económicos mensuales de hasta 110 USD para el 46.2 % de las familias, de 111 a 220 USD para el 34.6 %, y de 221 a 549 USD para el 23.1 %. La provisión económica depende del padre de familia en un 66.6 % y de la madre en un 39.5 %. Del total de los hogares, el 46.2 % cuenta con vivienda propia, 46.2 % vive en arriendo y 7.6 % en otras modalidades. El 97.9 % cuenta con servicio de energía eléctrica y 70.8 % con servicio de acueducto. Las familias están conformadas por cinco o más personas en un 61.5 %, por cuatro personas en un 26.9 %, y entre dos y tres personas en un 11.6 %.

Al analizar los resultados de la ELCSA, se identificó que el 47.1 % de las familias se encuentra en inseguridad moderada, 41.2 % en inseguridad leve, 7.8 % cuenta con seguridad alimentaria y 3.9 % se encuentra en inseguridad severa. La inseguridad moderada y la leve son mayores en la zona rural, con 48.6 % y 40 % respectivamente; la inseguridad severa lo es en la zona urbana, con un 5.8 %.

A continuación, la tabla 1 presenta el análisis de tamizaje nutricional, tras la aplicación del instrumento sobre CAP de cuidadores con relación a la desnutrición, el uso de fuentes de agua, la alimentación y la nutrición de niños de 6 meses a 5 años de edad. La circunferencia media del brazo evidencia una mediana inferior al estándar OMS a -0.7 DS; de manera opuesta, el pliegue tricípital, que refleja el compartimento adiposo y la reserva energética en escolares, registró una mediana mayor al estándar de la OMS a $+0.5$ DS.

Tabla 1. Resultados de los indicadores antropométricos del estado nutricional para niños y niñas de 6 meses a 5 años de edad - Monguí, 2019

Indicador*	Clasificación antropométrica**	6 a 22 meses de edad		2 a 5 años de edad	
		F	%	F	%
Peso para la talla	Peso adecuado para la talla	4	33.3	21	72.4
	Riesgo de sobrepeso	1	8.3	0	0
	Riesgo DNT aguda	3	25	1	3.4
	DNT aguda moderada	2	16.7	6	20.7
	DNT aguda severa	2	16.7	1	3.4
Talla para la edad	Talla adecuada para la edad	6	50	7	24.1
	Riesgo de talla baja	3	25	12	41.4

*Parámetros definidos OMS. **Colombia Resolución 2446/2016.

Fuente: elaboración propia, a partir de la base de datos del programa ANTHRO.

En los CAP de cuidadores sobre la desnutrición y manejo de fuentes de agua se identifica como relevante para el diagnóstico epidemiológico que el 50 % de estos no reconoce las señales de desnutrición, 58.6 % no identifica las causas de desnutrición, 75 % no sabe el significado de la falta de peso en un niño de 6 meses a 5 años de edad, 58.3 % no conoce acciones para prevenir la desnutrición en los niños, 50 % percibe como poco probable que su hijo pueda tener desnutrición y el 100 % de los cuidadores considera que es grave que un niño tenga desnutrición. El 91.7 % manifiesta tratar el agua para hacerla más segura para beber, 83.3 % sabe cómo hacerlo, mientras que el 50 % percibe que es probable que algún miembro de la familia enferme por consumo de agua no potable o contaminada.

Al analizar los CAP de cuidadores en relación con la alimentación y nutrición de niños y niñas de 6 a 22 meses de edad, en cuanto a las prácticas se indaga sobre el consumo de alimentos por parte del niño durante el día o la noche anterior a la aplicación del instrumento, encontrándose un 66.7 % de niños(as) sin lactancia materna continua. Por su parte, los índices de población que no consumió determinado tipo de alimentos en mayor proporción el día anterior fueron: un 91.7 % para alimentos a base de granos (maíz, avena, trigo), 91.7 % para pescados, 83.3 % para vísceras, 66.7 % para azúcares, 58.3 % para leche entera, en polvo o enlatada, 58.3 % para grasas, seguidos de un 41.7 % para verduras, 50 % para frutas, 25 % para huevos y 16.7 % para carnes rojas. En contraste, el 58.6 % consume seis grupos de alimentos al día, un 83.3 % de los

niños(as) recibe más porciones de comida al día de las recomendadas para su edad, de acuerdo a las recomendaciones de la OMS, un 58.3 % de los cuidadores percibe que la frecuencia de alimentación diaria de los niños(as) es suficiente, 25 % menciona que es poco frecuente y 16.7 % responde que muy frecuente. En relación con los conocimientos, se evidenció que un 75 % de los cuidadores no conoce la cantidad de meses que debe durar la lactancia materna continua, y 66.7 % no conoce cómo hacer diversa la dieta de los niños.

Con respecto a los CAP de cuidadores en niños y niñas de 2 a 5 años de edad, se destaca que el 75.6 % sabe por qué se deben descartar los dulces como base de alimentos; para el 10.3 % es difícil garantizar siempre un desayuno antes de la salida de sus hijos (as) a la escuela; el 24.1 % considera que existe susceptibilidad para sufrir anemia y otro 24.1 % piensa que es difícil asegurar fuentes de hierro en la alimentación; el 10.3 % cree que no son graves las deficiencias de vitamina A, mientras que para el 13.8 % no hay beneficios en su consumo y el 73 % de los entrevistados desconoce si existen beneficios por su consumo. Se destaca que el 13.8 % de los cuidadores no percibe que haya gravedad en la deficiencia de alimentos ricos en yodo y solo el 55.2 % considera como bueno el consumo de sal yodada.

En relación con las actividades de producción agropecuaria familiar, se encontró que solo 14 de las familias entrevistadas desarrollan actividades agropecuarias, de las cuales, el 57.1 % tiene lugar en terrenos de propiedad familiar y el 42.8 % en terrenos arrendados que también habitan. De estas familias, el 42.8 % tiene áreas de producción para la principal actividad agrícola que oscilan entre 1 y 50 m² y un 28.4 % las tiene entre 100 a 200 m². Un 78.5 % de las familias tiene como principal cultivo la papa, 28.6 % refiere no tener un segundo cultivo, 42.8 % tiene vacas y 35.7 % no tiene ninguna actividad pecuaria. Respecto de la mano de obra, el 85.7 % ocupa jornales familiares para sus labores productivas, y el 28.5 % contrata jornales ocasionalmente.

Se destaca que ninguno de los participantes acude a recursos comunitarios como el convite o la mano prestada para las labores agropecuarias. El 100 % de estas familias refiere no recibir asistencia técnica agropecuaria, aunque el 57.1 % emplea control químico de plagas para el cultivo de papa, el 35.7 % hace riegos manuales de sus cultivos y el 57.1 % tiene animales en pastoreo. El 78.5 % destina una parte de la producción de papa para el autoconsumo, esto es, entre 40 y 62.5 kg (un bulto) por cosecha semestral; de los cultivos secundarios como el maíz, la papa criolla y la arveja, el 57.2 % de las familias destina para el autoconsumo entre 6.5 y 124 kg, recordando

que este dato incluye la alimentación para los animales; el 14.2 % destina entre 30 y 50 bultos de papa por cosecha para la venta en mercados regionales.

Fase 3. Evaluación de la conducta y del medio

La evaluación de la conducta y el medio se hace con relación a los determinantes sociales evidenciados desde la conducta de los sujetos frente a los entornos que les rodean y su incidencia en el estado de salud/enfermedad de la comunidad circundante en la que se inserta el proyecto. Para esta fase, se analizaron las matrices de priorización de necesidades y los árboles de problemas construidos por cada uno de los entornos, resultado de la sesión 3 de los talleres participativos denominada “Primera Estación” (ver tabla 2 y figura 2), de donde surgieron las primeras codificaciones abiertas del proceso (40), que permitieron reconocer las construcciones colectivas de las familias, así como las necesidades y las realidades del municipio que afectan la seguridad alimentaria y nutricional en la primera infancia y sus cuidadores.

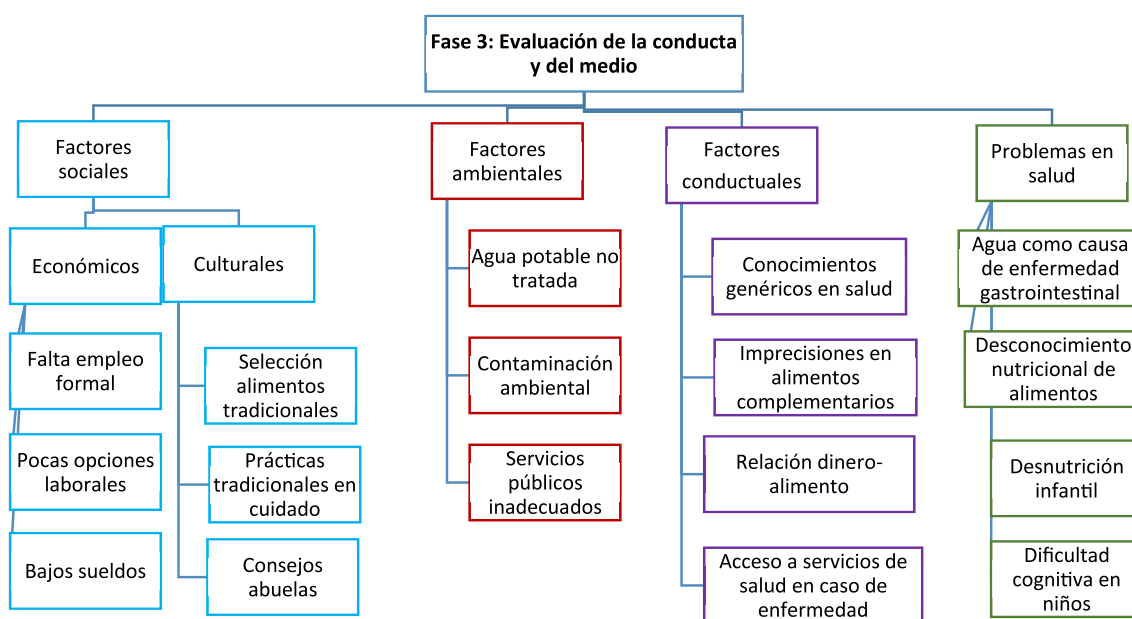
Tabla 2. Resultados de los árboles de problemas elaborados por entornos por parte de las familias participantes - Monguí, 2019

Entorno	Problema central	Causas	Efectos
Hogar	Inseguridad económica	No espacios para cultivos	Problemas de salud
		Falta de empleo	Problemas económicos
		Falta de capacitación	Problemas familiares
Salud	Inadecuado tratamiento de agua	Falta planta de tratamiento tecnificada	Enfermedades crónicas
		Falta conciencia ambiental de la gente	Bajas defensas
		Contaminación ambiental	Cultivos y animales mueren
Educación	Mala calidad de vías	Falta veeduría ciudadana	Falta de apoyo de la comunidad
		Falta de recursos	Comunidad no se reúne
		Minería ilegal	

Espacio público	Infraestructura de servicios públicos precaria	Desinterés de las juntas de acción por su comunidad	Contaminación ambiental – virus
		Falta de incentivos para la organización	Falta de variedad de alimentos
		Mala administración	Hongos en alimentos

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Análisis de la matriz de priorización de necesidades individuales de los cuidadores. Monguí, 2019.



Fuente: elaboración propia.

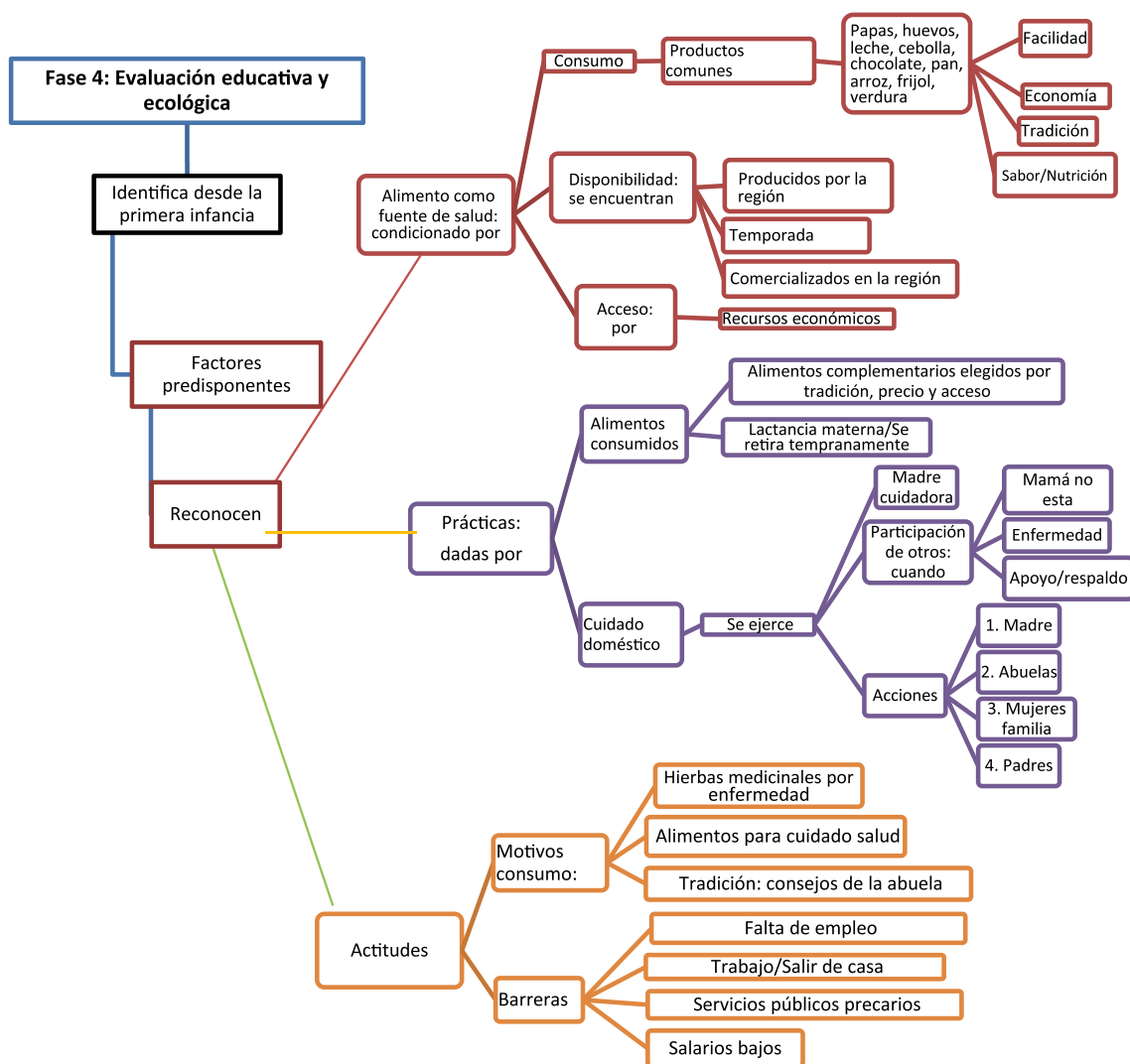
Los árboles de problemas construidos permitieron a las familias identificar causas y efectos de entornos restrictivos relacionados con determinantes sociales intermedios y estructurales. En primera instancia, se evidencia la priorización de problemáticas de corte económico y de servicios públicos, las cuales, luego de ser analizadas en cuanto a las dificultades derivadas de la seguridad alimentaria y nutricional para la población infantil, se traducen en limitantes de acceso y distribución, así como en condiciones institucionales precarias y poco legitimadas que imposibilitan una seguridad alimentaria plena (tabla 2).

Dentro de la matriz de priorización de necesidades (figura 2), se puntuó la calificación que dieron los participantes en las sesiones respecto de las necesidades identificadas por ellos mismos. Se distingue una marcada exigencia para mejorar los servicios públicos (121 puntos), incluyendo la salud (81 puntos), el agua (63 puntos) y las vías de transporte (63 puntos), dado que permiten garantizar un mejor bienestar, al posibilitar tanto la movilidad hacia los servicios de salud, como de estos hacia las comunidades. Igualmente, se señalan aspectos económicos como factores determinantes en la seguridad alimentaria, así como el papel de la educación en salud para potenciar el cuidado y el autocuidado por parte de las personas, familias y comunidades.

Fase 4. Evaluación educativa y ecológica

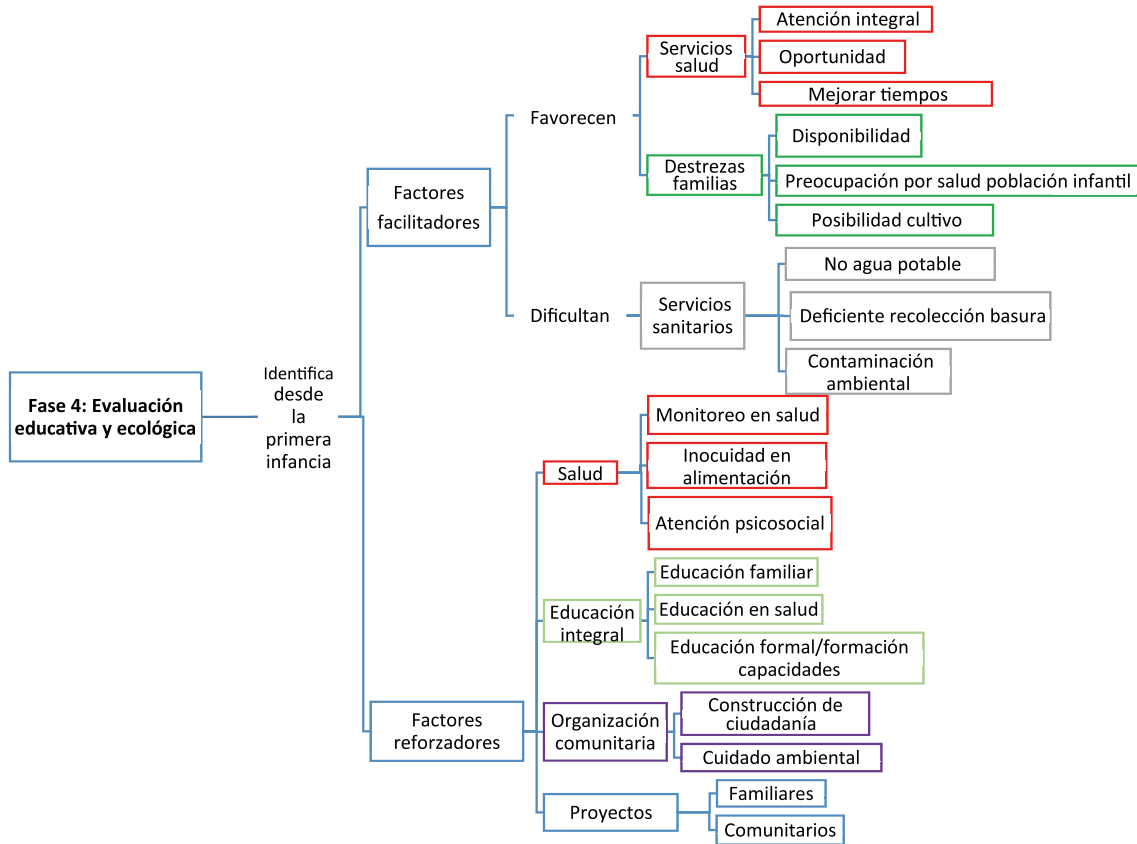
Se realizó un acercamiento a la construcción de significados del cuidado de la salud a través del grupo focal, definiendo las subcategorías para los factores predisponentes y facilitadores. Frente a los primeros, se reconocen los alimentos como fuente de salud desde el consumo, la disponibilidad y el acceso, además de algunas prácticas en torno al cuidado de la salud de la primera infancia, como son el ejercicio de la lactancia materna y las preparaciones tradicionales de alimentos complementarios. Del mismo modo, se señala el cuidado doméstico a cargo del sexo femenino, reconociendo actores y situaciones que motivan la participación de otros cuidadores solo en situaciones de enfermedad o ausencia de la madre del niño o niña (figuras 3 y 4).

Figura 3. Resumen resultados fase 4 - Factores predisponentes, derivados de grupo focal. Monguí, 2019.



Fuente: elaboración propia.

Figura 4. Subcategorías para factores facilitadores y reforzadores. Grupo focal: Olla alimentaria y árboles de objetivos. Monguí, 2019.



Fuente: elaboración propia.

Se identifican actitudes para elección y consumo de alimentos motivadas desde la calidad, la cultura y la tradición generacional, así como la inclusión en la alimentación complementaria de alimentos con función medicinal, para tratar malestares en niños y niñas. Asimismo, se establecen algunas barreras para el cuidado y la alimentación de los niños, como las precarias condiciones laborales y los salarios en el municipio, los servicios públicos inadecuados y la ausencia de la madre por cuestiones laborales, que impiden una lactancia continua.

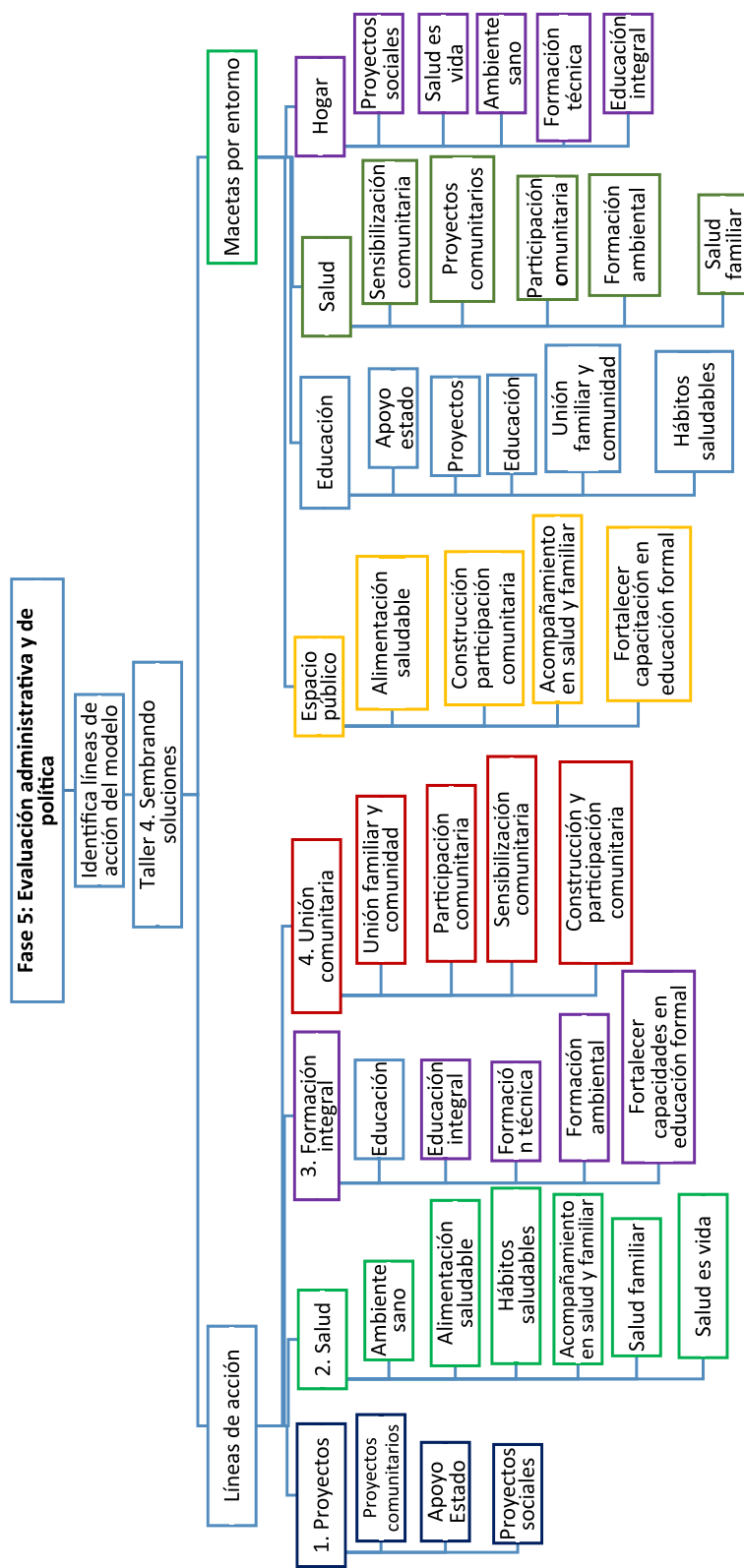
Los factores reforzadores se identificaron a partir de los insumos derivados del taller 3 en torno al árbol de soluciones, y de una matriz resumen de las mismas, para obtener las segundas categorías abiertas que se fueron agrupando bajo la codificación axial (40). Luego se realizó una triangulación entre expertos que arrojó insumos para la posterior

construcción de las líneas de acción del MSFC-SAN, seleccionando por parte de los participantes cuatro factores reforzadores que permitieran a futuro mejorar la situación de seguridad alimentaria en la primera infancia en el municipio. Estos factores fueron retomados posteriormente como líneas de acción relacionadas en la fase de evaluación administrativa y de política (figura 4).

Fase 5. Evaluación administrativa y de política

Sobre la información del taller 4: “Tercera estación: Sembrando soluciones”, los participantes por entorno realizaron un ejercicio práctico de codificación selectiva, lo cual originó las líneas de acción del modelo (salud, formación integral, unión comunitaria y proyectos), correspondientes a los insumos para el microanálisis cualitativo o para las categorías centrales posteriores (40). Dentro de la línea de salud, se incluyó el monitoreo, la inocuidad en la alimentación y la atención psicosocial; en la línea de formación integral, se vinculó tanto la garantía del acceso a la educación formal como las acciones tendientes a fortalecer la educación en salud; la línea de organización comunitaria priorizó la participación y la necesidad de que las comunidades se vinculen en mayor medida en el desarrollo de acciones tendientes a mejorar la seguridad alimentaria y nutricional; finalmente, la línea de proyectos incluye los de organización comunitaria y los de corte familiar que materialicen la articulación e interdependencia estatal y comunitaria (figura 5).

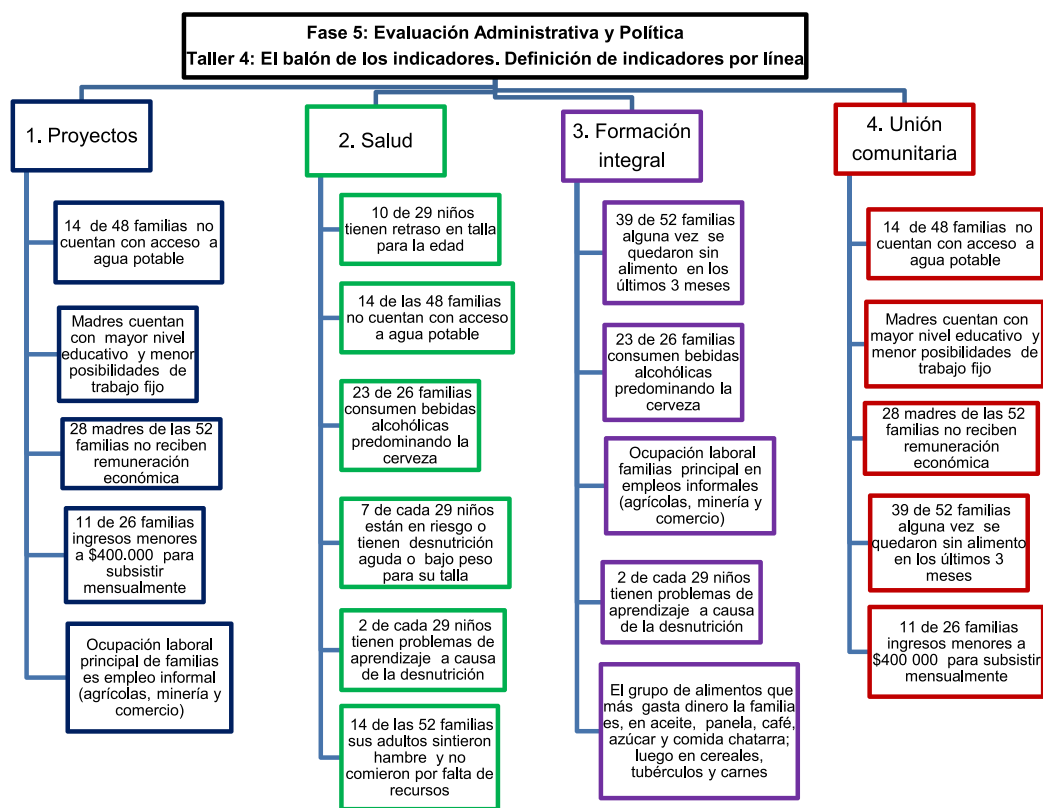
Figura 5. Definición de líneas de acción y subcategorías MSFC-SAN, Monguí 2019



Fuente: elaboración propia a partir de resultados taller 4.

Para dar continuidad a la planificación del modelo, se tomaron los resultados de los diagnósticos cuantitativos y cualitativos, y se seleccionaron indicadores como línea base de la situación de seguridad alimentaria en las familias participantes. A partir de la representación social que cobra el *balón* en el municipio, debido a que Monguí es productor de balones de cuero, se procedió a la acomodación de los indicadores en forma de piezas que formarían un balón, y luego la comunidad seleccionó y agrupó los indicadores que consideraban como punto de partida de cada una de las líneas de acción establecidas por ellos mismos. De este modo surgió el taller 5: “El balón de los indicadores”, a partir del cual estos se consignaron posteriormente en una matriz de plan de acción, entregada como insumo para la formulación e implementación de la fase Procede. Es de anotar que las familias seleccionaron indicadores que podrían repetirse en las distintas líneas de acción, siendo más comunes entre ellos los relacionados con la inseguridad económica y laboral, el acceso a agua potable y la falta de alimentos como factores de inseguridad alimentaria (figura 6).

Figura 6. Indicadores por línea de acción, modelo MSFC-SAN. Monguí, 2019.



Fuente: elaboración propia.

Discusión

La medición indirecta de la pobreza evalúa la capacidad de adquisición de bienes y servicios que tienen los hogares en el país, a partir de los análisis del Departamento Administrativo de Estadísticas (DANE). Según datos del año 2018, un hogar compuesto por 4 personas se clasifica como pobre si el ingreso total está por debajo de 278 USD, siendo este valor de 322 USD si la familia vive en las zonas urbanas, y de 182 USD para centros poblados y territorio rural disperso. De acuerdo a lo anterior, podemos determinar que el 46.2 % de las familias participantes del estudio estaría en la línea de pobreza, pues sus ingresos mensuales oscilan entre 0 y 110 USD, y el promedio de integrantes está entre 4 a 6 personas. Este porcentaje es superior a lo reportado para todo el departamento de Boyacá (26.6 %), para Colombia (27 %) y para los centros poblados y territorio rural disperso en el país (36.1 %). A esto se suma que la mayoría de los ingresos son generados por trabajos informales (41), ratificando así que los sectores rurales cuentan con mayores inequidades económicas y sociales, lo cual implica menores condiciones para alcanzar mejores niveles en salud y calidad de vida (42).

La inseguridad alimentaria moderada se da cuando los miembros de una familia se ven obligados a modificar la cantidad o calidad de los alimentos por la reducción de su acceso (7). Esto se determina por el nivel y la distribución de ingresos, por las condiciones sociogeográficas y de vulnerabilidad, y por los precios en el mercado. Así planteado, un 47.1 % de las familias caracterizadas se encuentra en inseguridad alimentaria moderada, siendo este dato mayor en la zona rural (48.6 %), y superior a lo reportado en general para América del Sur (30.6 %). Dicho esto, puede que algunas de estas familias no sufran hambre necesariamente, pero carecen de acceso frecuente a alimentos nutritivos y suficientes para los requerimientos nutricionales de sus integrantes, lo cual puede estar posiblemente asociado a riesgos mayores de malnutrición e inadecuados estados de salud (8,43).

El nivel de educación se asocia con la posibilidad o no de acceder a empleos de calidad y mejores ingresos, y de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud de 2015, las limitaciones de acceso a la educación en la primera infancia, la niñez y la adolescencia perpetúan el círculo de pobreza, vulnerabilidad y malnutrición (14). Al respecto, se encontró que en la mayoría de los cuidadores el nivel educativo es bajo, pero también que este se relaciona con el tipo de cuidado nutricional otorgado a los hijos, de modo que una mayor educación de los encargados del cuidado del hogar, asociada con mejores condiciones económicas, resulta en un mayor consumo de frutas y verduras (44).

Diversas investigaciones demuestran que las condiciones socioeconómicas son determinantes para que exista inseguridad alimentaria en los hogares, toda vez que factores como el ingreso, el empleo y el género no solo influyen en el acceso a los alimentos, sino en los demás componentes de la seguridad alimentaria (45-47). Este resultado se refuerza a partir de la evidencia cuantitativa y cualitativa obtenida: las comunidades manifiestan inseguridad laboral y económica, con pocas opciones de trabajo y remuneración inadecuada, lo que genera la necesidad de vinculación laboral de las madres para aumentar los ingresos económicos. Tal situación limita la lactancia continua en los niños y niñas, aumentando sus condiciones de vulnerabilidad respecto de un adecuado cuidado y una alimentación acorde con la edad (48,49). Con esto queda en evidencia que las mujeres, quienes son en su mayoría las encargadas de la alimentación del hogar, se encuentran en condiciones de precariedad laboral, educativa y de seguridad social, factores que deben ser considerados al momento de intervenir desde una perspectiva interseccional que vincule la categoría de género para garantizar una adecuada nutrición de la primera infancia (50).

Se registra una alta proporción de niños sin lactancia continua y baja diversificación de alimentos y sus aportes nutricionales, especialmente vitaminas y minerales (51). La práctica apropiada en el suministro variado de alimentos garantiza el aporte adecuado de macro y micronutrientes, y en ese sentido, la vinculación de jardines de infancia, hogares de paso e instituciones educativas en procesos de intervención ha mostrado eficacia en el fortalecimiento de conocimientos de los cuidadores (52); sin embargo, es de resaltar que existen barreras importantes para la adquisición de algunos productos, que resultan escasos o de alto costo para los cuidadores.

De igual manera, la información generada en el grupo focal sugiere que los problemas comportamentales de las familias pueden agregarse en categorías relacionadas con las dificultades del acceso a ciertos tipos de alimentos, como carnes, frutas y verduras. Dichos resultados se apoyan en lo descrito en los CAP, donde se evidencian los grupos de alimentos de menor consumo por parte de los niños de 6 meses a 5 años. Cabe señalar que el bajo consumo de estos alimentos, relacionado con una alimentación poco saludable, es considerado uno de los factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles (8,53). En ese sentido, los hallazgos permiten corroborar que el consumo de alimentos recomendados para una alimentación saludable está relacionado con diferentes factores socioeconómicos, y que se requiere una planificación de acciones y políticas focalizadas con enfoque territorial para su comprensión y abordaje de intervención (44).

Respecto de la valoración antropométrica del estado nutricional, sus resultados demuestran tendencias semejantes a las encontradas en otras comunidades, tanto de nuestro país como a nivel global. El peso para la talla como indicador de desnutrición aguda, cercano a un tercio de la población bajo estudio vinculada a programas especiales de atención nutricional (54), revela la dificultad para modificar estos resultados a corto plazo si no se toman medidas adicionales, como la ampliación en la participación de todos los actores, incluyendo la propia comunidad, y la aplicación de medidas efectivas en todos los determinantes (55,56). Los datos de talla para la edad son indicadores de que el retraso del crecimiento asociado a las inadecuadas prácticas de alimentación se traduce a largo plazo en bajo rendimiento escolar y limitaciones en el desarrollo de las habilidades neurológicas del individuo, representando una barrera para la ruptura de la pobreza individual y colectiva y para el alcance pleno del desarrollo humano, su felicidad y su bienestar en todas las esferas (5).

La evaluación de la circunferencia media del brazo cuenta con mayor evidencia científica como indicador de pérdida proteica y se recomienda su aplicación por parte del personal de salud, por su rapidez, facilidad y economía, tanto en comunidades para la detección de malnutrición aguda, como en el ámbito hospitalario como riesgo de mortalidad asociado (57). Asimismo, la medición de pliegues es ampliamente reconocida y utilizada como herramienta para determinar la distribución de grasa corporal y la reserva energética de un individuo (58). Los resultados obtenidos demuestran un bajo conocimiento de las señales de desnutrición y del significado de la falta de peso, aunque se la reconoce como una situación grave. La mejora de conocimientos y servicios sanitarios permite la prevención de complicaciones agudas y la prevención temprana de enfermedades del adulto, como hipertensión, diabetes, síndrome metabólico y enfermedades cardiovasculares (59-62).

En cuanto a los resultados cualitativos, la investigación-acción plantea a los investigadores la necesidad de orientar las acciones en salud desde un enfoque participativo y de conocimiento de las realidades de las comunidades y sujetos sociales, buscando crear maneras sencillas y cotidianas de divulgar el conocimiento y construirlo con los sujetos participantes de manera inductiva. La participación implicó escuchar activamente la voz de todos los involucrados para la obtención de alternativas de solución (63-65).

El estudio favoreció la participación efectiva de la comunidad en la construcción de políticas en salud contextualizadas, que respondan a las realidades de las comunidades y grupos sociales pero que a su vez rescaten su derecho de autogestión, de constituirse en parte activa de las mismas y de involucrarse en las decisiones políticas y sociales

de su entorno. Otras investigaciones en salud pública en América Latina reconocen la necesidad de vincular las decisiones basadas en evidencia, tomando la mejor prueba disponible y la experiencia del ejercicio clínico, conjugado con las particularidades contextuales, sociales y culturales de las comunidades, lo que permite tomar disposiciones de manera compartida, involucrando a las personas, familias y comunidades como sujetos activos del cuidado de la salud tanto individual como colectiva (66,67). De este modo, la posibilidad de contar con diagnósticos situacionales, comunitarios y participativos permite mejores diseños de intervención.

La educación en salud participativa se revela como una estrategia para mejorar conocimientos, motivaciones, habilidades, responsabilidades y prácticas de las familias y las comunidades, generando iniciativas de cambio a favor de la situación alimentaria y nutricional de los niños (66). Para lograr que los sujetos y comunidades interactúen entre sí y se vinculen a los procesos autogestionados de salud, es necesario retomar estrategias pedagógicas de corte crítico, como la educación popular, o modelos desde la pedagogía social que permitan motivar y generar reflexiones sensibles sobre sus situaciones y particularidades contextuales (67).

Sin embargo, la educación en salud por sí sola es menos eficaz que los cambios en factores estructurales, observándose que su efecto se potencializa si los programas incluyen una combinación de transformaciones en el entorno de las familias, así como las decisiones conjuntas con otros sectores que se constituyen en una forma de atención integrada y estructurada (66,67). Para comprender y acercarse a las realidades que viven las comunidades, es necesario contar con perspectivas holísticas e interdisciplinarias capaces de trascender lo evidente, que interroguen dichas realidades desde diferentes posturas epistémicas, teórico-conceptuales, metodológicas y prácticas, para complementar la visión del todo y no solo de las partes. Por ello, el presente estudio evidenció lo oportuno de contar con diversas visiones disciplinarias que complementan la construcción del modelo, teniendo en cuenta los campos científicos desde los cuales se constituyen dichas disciplinas y ciencias, dentro de las que se encuentran ciencias clínicas, sociales y humanas.

Conclusiones

A través del desarrollo de una metodología participativa para la planificación en salud se logró desarrollar la fase diagnóstica y la definición de las líneas de acción del MSFC-SAN para las familias de Monguú, con miras al fortalecimiento de aspectos familiares,

comunitarios e institucionales relacionados con las condiciones alimentarias de los niños, y por extensión, de los miembros del hogar.

La situación de inseguridad alimentaria y nutricional de los niños y niñas es principalmente el resultado de las dificultades socioeconómicas relacionadas con la pobreza multidimensional de las familias y la baja calidad del agua del municipio, frente a lo cual se plantean posibles soluciones, como trabajar con estrategias intersectoriales y procesos de empoderamiento de la mujer, o fomentar la agricultura familiar diversificada, con participación de las instituciones gubernamentales, la sociedad civil, las ONG y la academia.

La metodología utilizada permitió un proceso de trabajo continuo y permanente con las familias, en el cual se motiva a los participantes a la construcción colectiva del conocimiento y a la propuesta de acciones conjuntas para la adecuada alimentación y nutrición, reconociendo su capacidad de transformar las prácticas nutricionales para el desarrollo integral de la primera infancia.

La construcción participativa del modelo generó líneas de recomendación para la agenda pública del municipio, que armonizan con referentes internacionales y con los ejes estratégicos de la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. A su vez, estas se integraron con la Política de Estado de Atención Integral a la Primera Infancia, sugiriendo la importancia de articular las diferentes políticas gubernamentales, de tal manera que sus intervenciones cuenten con un enfoque territorial para que sean pertinentes, oportunas y eficaces.

Conflicto de interés: Los autores manifiestan no tener conflictos de intereses para la publicación de los resultados del proceso de investigación. La Fundación Universitaria Juan de Castellanos aprobó y aportó recursos económicos y en especie (investigadores, semilleros de investigación, equipos) para el desarrollo del proyecto con asignación de código CI00118-05. Por su parte, la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia hizo aporte en especie (investigadores, equipos, semilleros de investigación), a través de la Dirección de Investigación, con la aprobación del proyecto código SGI-2983.

Referencias

1. Deleón CA, Ramos LS, Cañete F, Ortiz I. Determinantes sociales de la salud y el estado nutricional de niños menores de cinco años de Fernando de la Mora, Paraguay. *Un. Fac. Cienc. Medicina (Asunción)* [Internet]. 2021; 54(3): 41-50. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.03.41>
2. Ríos-García AL, Baquero-Latorre HM, Ruiz-Martínez L, Castro-Mercado S, Alonso-Palacio LM, Tuesca-Molina R. Determinantes sociales de salud y su relación con desnutrición infantil en dos comunidades étnicas colombianas. *Rev. Salud Pública* [Internet]. 2021; 23(4): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642021000400010&lng=en. Epub Jan 22, 2023. <https://doi.org/10.15446/rsap.v23n4.88442>
3. Prada López G. Aproximación desde los determinantes sociales a la seguridad alimentaria y nutricional en hogares de mujeres con exceso de peso en Girardot [Tesis Maestría en Seguridad Alimentaria y Nutricional]. Universidad Nacional de Colombia; 2021. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/79824/1030582280.2021.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
4. Hernández GÁG, Díaz Morales KM. Hambre y hambrunas: Una interpretación contemporánea. *Agroalimentaria* [Internet]. 2020; 26(50): 97-123. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199264891007>
5. Margolies A, Kemp CG, Choo EM, Levin C, Olney D, Kumar N, Go A, Alderman H, Gelli A. Nutrition-sensitive agriculture programs increase dietary diversity in children under 5 years: A review and meta-analysis. *J Glob Health*. 2022 Feb 19; 12:08001. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.08001>; PMID: 35198152; PMCID: PMC8849260.
6. Pinos-Calle ME, Mesa-Cano IC, Ramírez-Coronel AA, Aguirre Quezada MA. Estado nutricional en niños menores de 5 años: revisión sistemática. *Prosciencas* [Internet]. 2021; 5(40): 411-425. Disponible en: <https://journalprosciencas.com/index.php/ps/article/view/509>
7. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola; Organización Mundial de la Salud; Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. El estado de la

- seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. Protegerse frente a la desaceleración y el debilitamiento de la economía [Internet]. 2019 [citado 11 jul 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
8. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Organización Panamericana de la Salud; Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2019. Hacia entornos alimentarios más saludables que hagan frente a todas las formas de malnutrición [Internet]. 2019 [citado 11 jul 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/ca6979es/ca6979es.pdf>
 9. Salazar Jiménez JG, Torres Tovar C del P. Aspectos socioeconómicos presentes en la práctica alimentaria de niños entre 2 a 5 años en un municipio del departamento de Boyacá, Colombia. *Prospectiva*. 2018; (26): 263–290. <https://doi.org/10.25100/prts.v0i26.5900>
 10. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura; Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola; Organización Mundial de la Salud; Programa Mundial de Alimentos, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2020. Seguridad alimentaria y nutricional para los territorios más rezagados [Internet]. 2020 [citado 11 jul 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/documents/card/en/c/cb2242es>
 11. Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de situación de salud (ASIS) [Internet]. 2020 [citado 11 jul 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2020-colombia.pdf>
 12. González Castañeda EJ. Situación de la desnutrición global y los determinantes sociales de la salud en población menor de cinco años del departamento de Boyacá, año 2012 [Internet]. [Bogotá]: Universidad Nacional de Colombia; 2014 [citado 11 jul 2022]. Disponible en: <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/50416>
 13. Ministerio de Salud y Protección Social; Instituto Nacional de Salud; Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; Universidad Nacional de Colombia. Encuesta nacional de la situación nutricional: indicadores priorizados [Internet]. 2015 [citado 11 jul 2022]. Disponible en: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/tabla_de_indicadores_23012019_0.pdf

14. Gobernación de Boyacá. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, departamento de Boyacá, 2019 [Internet]. 2019 [citado 11 jul 2022]. Disponible en: https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis2019/asis_dep_boyaca_2019.pdf
15. García Zapata LM, Grueso DI. El “derecho a la salud”: dificultades, logros y desafíos. *Rev. Salud Pública*. Septiembre 2020 [citado 11 jul 2022]; 22(5): 1-4. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n5.80161>
16. Consejo Nacional de Política Económica Social. Documento CONPES 113 Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional [Internet]. 2018. Unesco.org. [citado 11 jul 2022]. Disponible en: https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/co_0442.pdf
17. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. 2016 [citado 14 jul 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf
18. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3280 de 2018. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal [Internet]. 2018 [citado 14 jul 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
19. Congreso de Colombia. Ley 1804 de 2016. Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2016 [citado 14 jul 2022]. Disponible en: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201804%20DEL%2002%20DE%20AGOSTO%20DE%202016.pdf>
20. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Por medio de la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud -PAIS, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial y se incorpora la misma en un solo documento [Internet]. 2019 [citado 14 jul 2022]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf

21. Castro Prieto PA, Bustos Velandia JP, Carrasquilla Gutiérrez JG. Prevención de enfermedades no transmisibles desde la gobernanza y seguridad alimentaria, Soracá-Colombia. *Rev. Salud Pública*. Septiembre 2020 [citado 11 jul 2022]; 22(5): 1-7. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n5.85732>
22. Lobo Rodríguez NJ, Betancurth Loaiza DP. El educador para la salud en la salud pública. *Rev. Salud Pública*. Septiembre 2020; 22(5): 1–4. <https://doi.org/10.15446/rsap.V22n5.87075>
23. Calderón Gómez C, Betancurth Loaiza DP. Atención primaria de salud: una mirada global para orientarnos en lo local. *Rev. Salud Pública*. Septiembre de 2021 [citado 11 jul 2022]; 23(5): 1-6. <https://doi.org/10.15446/rsap.V23n5.85333>
24. Selvaraj S, Sriram A. The Quality of Indian Obesity-Related mHealth Apps: Precede-Proceed Model–Based Content Analysis. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2022; 10(5): e15719. <https://mhealth.jmir.org/2022/5/e15719>; <https://doi.org/10.2196/15719>
25. Pérez Tamayo EM, Aguirre Henao CD, Tamayo Castro JA. Recomendaciones de política pública como estrategia reflexiva en los estudios de políticas alimentarias y nutricionales en Colombia 2000-2015. *Perspect Nut Hum* [Internet]. 2020 Dec [citado 2023 Apr 26]; 22(2): 203-220. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082020000200203&lng=en. Epub Dec 04, 2020. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v22n2a07>
26. Green L, Kreuter M. CDC's Planned Approach to Community Health as an application of Precede and an inspiration for Proceed. *Journal of Health Education* [Internet]. [citado 12 jul 2022]; (23): 140–147. Disponible en: <http://www.lgreen.net/patch.pdf>
27. Shakhshir M, Alkaiyat A. Healthcare providers' knowledge, attitude, and practice on quality of nutrition care in hospitals from a developing country: a multicenter experience. *J Health Popul Nutr*. 2023; 42: 15. <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00355-9>
28. Llosa Villa M, Pérez Rivera FJ, Andina Díaz E. Intervenciones educativas sobre nutrición y actividad física en niños de educación primaria: una revisión sistemática. *Enferm. Glob.* [Internet]. 2020 [citado 2022 Abr 20]; 19(59): 547-581. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412020000300547&lng=es. Epub 10-Ago-2020. <https://doi.org/10.6018/global.380041>

29. Sánchez MZ, Mejías M, Olivety M. Diseño de metodologías mixtas una revisión de las estrategias para combinar. *Revista Electrónica Human@s Enfermería en Red* | N 3 | 2022. Disponible en: https://www.portal.uasj.unpa.edu.ar/_files/ugd/f9834d_784cc-19611714c87890006bc7cb4715d.pdf#page=10
30. Escalante-Barrios EL, et al. Métodos mixtos en la investigación socioeducativa. En: del Pozo FJ (Comp.), *Intervención educativa en contextos sociales: Fundamentos e investigación, estrategias y educación social en el ciclo vital*. 2020: 133-149.
31. Fautsch Y, Fao MRD, Consultant N, Glasauer P. Guidelines for Assessing Nutrition-Related Knowledge, Attitudes, and Practices. [Internet]. 2014. Fao.org. [citado 15 jul 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/i3545e/i3545e.pdf>
32. Rodríguez Wilchez OO, Barrera Sánchez LF, Ospina Díaz JM. Knowledge, attitudes, and food practices in caregivers and nutritional status in infants from Ventaquemada, Boyacá, Colombia. *Arch Med (Manizales)*. Mayo 2019; 19(1): 74–86. <https://doi.org/10.30554/archmed.19.1.2866.2019>
33. Melgar Quiñónez H, Álvarez Uribe MC, Fonseca Centeno ZY, Bermúdez O, Palma de Fulladolsa P, Fulladolsa A, Parás P, Pérez Escamilla R. Características psicométricas de la escala de seguridad alimentaria ELCSA aplicada en Colombia, Guatemala y México. *Segurança Alimentar e Nutricional* [Internet]. 2010 [citado 13 jul 2022]; 17(1): 48–60. Disponible en: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/san/article/view/8634799/2718>
34. Segall Corrêa AM, Álvarez Uribe MC, Melgar Quiñónez H, Pérez Escamilla R. Escala Latinoamericana y Caribeña de Seguridad Alimentaria (ELCSA): Manual de uso y aplicaciones [Internet]. 2012 [citado 13 jul 2022]. Disponible en: <https://www.fao.org/3/i3065s/i3065s.pdf>
35. Morales Florián HA. Estudio comparativo del estado de la viabilidad de la pequeña avicultura en cuatro micro regiones de Colombia [Internet]. Forero Álvarez J, editor. [Bogotá]: Pontificia Universidad Javeriana; 2022. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/javeriana.10554.850>
36. Geilfus F. Ochenta herramientas para el desarrollo participativo diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación [Internet]. San José (Costa Rica): Proyecto Regional IICA-Holanda; 2009 [citado 21 ago 2022]. Disponible en: <http://repositorio.iica.int/handle/11324/4129>

37. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol*. 2017; 35(1): 227–232. <https://doi.org/10.4067/s0717-95022017000100037>
38. Ministerio de Salud. Normas científicas técnicas y administrativas para la investigación en salud. Resolución 8430 de octubre de 1993. [Internet] 1993 [citado 15 jul 2022]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
39. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación (6a ed.) [Internet]. McGraw-Hill; 2014 [citado 21 ago 2022]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
40. Gibbs G. El análisis de datos cualitativos en investigación cualitativa. Madrid: Ediciones Morata; 2012 [citado 13 jul 2022]. Disponible en: <https://dpp2016blog.files.wordpress.com/2016/08/graham-gibbs-el-anc3a1lisis-de-datos-cualitativos-en-investigac3b3n-cualitativa.pdf>
41. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Boletín Técnico de Pobreza Monetaria en Colombia, año 2018. [Internet]. 2019 [citado 15 jul 2022]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/2018/bt_pobreza_monetaria_18_departamentos.pdf
42. Barranco Tirado JF. El médico de familia rural en la promoción de la salud: perspectivas desde Andalucía. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2019 [citado 13 jul 2022]; 93: e201910076. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL93/C_ESPECIALES/RS93C_201910076.pdf
43. Sammartino G, Naumann S. “Nosotros somos de harina”: Prácticas y significados alimentarios en la Villa 21-24 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contextos de COVID-19. *Salud Colect*. 2022; 18: e3730. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3730>
44. Ballesteros MS, Zapata ME, Freidin B, Tamburini C, Rovirosa A. Desigualdades sociales en el consumo de verduras y frutas según características de los hogares argentinos. *Salud Colect*. 2022; 18: e3835. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3835>

45. Aliaga MA, Chaves dos Santos SM, Bomfim Trad LA. Segurança alimentar e nutricional: significados construídos por líderes comunitários e moradores de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2020; 36(1): e00169218. <https://doi.org/10.1590/0102-311x00169218>
46. Wei-Chuan Wang, Si-Mei Zou, Zan Ding, Jia-Ying Fang. Nutritional knowledge, attitude, and practices among pregnant females in 2020 Shenzhen China: A cross-sectional study. *Preventive Medicine Reports*. Volume 32. 2023. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102155>
47. Hasan MM, Uddin J, Pulok MH, Zaman N, Hajizadeh M. Socioeconomic inequalities in child malnutrition in Bangladesh: Do they differ by region? *Int J Environ Res Public Health*. 2020; 17(3): 1079. <https://doi.org/10.3390/ijerph17031079>
48. Cabianca G, Borelli MF, Ciotta A, Pantaleón R. Factores que influyen en las prácticas alimentarias de los niños menores de 1 año de edad y su relación con el estado nutricional, en la comunidad Chané de Tuyunti, Aguaray, Salta, Argentina. *Antropo [Internet]*. 2016 [citado 13 julio 2022]; (35): 53–65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5724892>
49. Habtewold TD, Mohammed SH, Endalamaw A, Akibu M, Sharew NT, Alemu YM, Beyene MG, Sisay TA, Birhanu MM, Islam MA, Tegegne BS. Breast and complementary feeding in Ethiopia: new national evidence from systematic review and meta-analyses of studies in the past 10 years. *Eur J Nutr*. 2019; 58(7): 2565–2595. <https://doi.org/10.1007/s00394-018-1817-8>
50. Leavy P. Tensiones en torno a la (des)nutrición en poblaciones indígenas y criollas en Salta, Argentina, desde una perspectiva antropológica. *Salud Colect*. 2022; 18: e3839. <https://doi.org/10.18294/sc>
51. Asare BY-A, Preko JV, Baafi D, Dwumfour-Asare B. Breastfeeding practices and determinants of exclusive breastfeeding in a cross-sectional study at a child welfare clinic in Tema Manhean, Ghana. *Int Breastfeed J*. 2018;13:12. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0156-y>
52. Savoie-Roskos MR, Wengreen H, Durward C. Increasing fruit and vegetable intake among children and youth through gardening-based interventions: A systematic review. *J Acad Nutr Diet*. 2017;117(2):240–50. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2016.10.014>

53. Christian AK, Marquis GS, Colecraft EK, Lartey A, Sakyi-Dawson O, Ahunu BK, Butler LM. Caregivers' nutrition knowledge and attitudes are associated with household food diversity and children's animal source food intake across different agro-ecological zones in Ghana. *Br J Nutr.* 2016;115(2):351–60. <https://doi.org/10.1017/S0007114515004468>
54. Adimasu M, Sebsibie G, Abebe F, Baye G, Abere K. Recovery time from severe acute malnutrition and associated factors among under-5 children in Yekatit 12 Hospital, Addis Ababa, Ethiopia: a retrospective cohort study. *Epidemiol Health.* 2020;42:e2020003. <https://doi.org/10.4178/epih.e2020003>
55. Shah More N, Waingankar A, Ramani S, Chanani S, D'Souza V, Pantvaidya S, Fernández A, Jayaraman A. Community-based management of acute malnutrition to reduce wasting in urban informal settlements of Mumbai, India: A mixed-methods evaluation. *Glob Health Sci Pract.* 2018;6(1):103–27. <https://doi.org/10.9745/ghsp-d-17-00182>
56. Das JK, Salam RA, Saeed M, Kazmi FA, Bhutta ZA. Effectiveness of interventions for managing acute malnutrition in children under five years of age in low-income and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Nutrients.* 2020;12(1):116. <https://doi.org/10.3390/nu12010116>
57. Bliss J, Lelijveld N, Briend A, Kerac M, Manary M, McGrath M, Prinzo ZW, Shepherd S, Zagre NM, Woodhead S, Guerrero S, Mayberry A. Use of mid-upper arm circumference by novel community platforms to detect, diagnose, and treat severe acute malnutrition in children: A systematic review. *Glob Health Sci Pract.* 2018;6(3):552–64. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-18-00105>
58. Kuo F-C, Lu C-H, Wu L-W, Kao T-W, Su S-C, Liu J-S, Chen K-C, Chang C-H, Kuo C-C, Lee C-H, Hsieh C-H. Comparison of 7-site skinfold measurement and dual-energy X-ray absorptiometry for estimating body fat percentage and regional adiposity in Taiwanese diabetic patients. *PLoS One.* 2020;15(7):e0236323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236323>
59. Paca-Palao A, Huayanay-Espinoza CA, Parra DC, Velásquez-Meléndez G, Miranda JJ. Asociación entre lactancia materna y probabilidad de obesidad en la infancia en tres países latinoamericanos. *Gac Sanit.* 2021;35(2):168–76. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.002>

60. Grey K, Gonzales GB, Abera M, Lelijveld N, Thompson D, Berhane M, Abdissa A, Girma T, Kerac M. Severe malnutrition or famine exposure in childhood and cardiometabolic non-communicable disease later in life: a systematic review. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2021;6(3):e003161. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003161>
61. Zhang X, et al. Global, Regional, and National Burden of Protein–Energy Malnutrition: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study. *Nutrients*. 2022;14(13):2592. <https://doi.org/10.3390/nu14132592>
62. Patlán-Hernández AR, et al. Water, sanitation and hygiene interventions and the prevention and treatment of childhood acute malnutrition: A systematic review. *Matern Child Nutr*. 2022;18(1):e13257. <https://doi.org/10.1111/mcn.13257>
63. Montoya-Sanabria SM. Rurality as an analytic category: implications for public health. *Rev. Salud Pública (Bogotá)*. 2020;22(6):1–7. <https://doi.org/10.15446/rsap.v22n6.91280>
64. Bravo P, Contreras A, Perestelo-Pérez L, Pérez-Ramos J, Málaga G. En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. *Rev Perú Med Exp Salud Pública* [Internet]. 2014 [citado 14 jul 2022];30(4):691–7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400025
65. Spinelli H. Sentir jugar hacerpensar: la acción en el campo de la salud [Internet]. De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús; 2022 [citado 15 jul 2022]. Disponible en: <http://isco.unla.edu.ar/edunla/cuadernos/catalog/view/25/35/93-4>
66. González Valencia DG, Grijalva Haro MI, Montiel Carbajal MM, Ortega Vélez MI. Identificación de factores predisponentes, reforzadores y capacitadores para una alimentación y actividad física adecuadas en escolares sonorenses. *Reg Soc*. 2018;30(72). <https://doi.org/10.22198/rys.2018.72.a893>
67. Burlandy L, Rocha C, Maluf RS, Ávila MMM, Ferreira DM, Pereira SEA. International cooperation for food and nutrition security: Systematization of the participatory, contextualized, and intersectoral educational practices. *Rev Nutr*. 2016;29(6):929–46. <https://doi.org/10.1590/1678-98652016000600015>