



**UNA MIRADA DESDE LA EDUCACIÓN INFANTIL A LA DESNUTRICIÓN DE
NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 6 AÑOS
EN EL HOSPITAL INFANTIL CONCEJO DE MEDELLÍN.**

Smith Paola Mejía Sánchez

Sandra Yamile Quiceno Arango

Trabajo de grado presentado para optar al título de Pedagoga o Educadora infantiles

Asesora

Margarita Isabel Ruiz Vélez, Doctora (PhD) en Educación (c)

Universidad de Antioquia

Facultad de Educación

Licenciatura en Educación Infantil

Medellín, Colombia

2024

Cita	(Mejía Sánchez & Quiceno Arango, 2024)
Referencia	Mejía Sánchez, S. P, & Quiceno Arango, S. Y. (2018). <i>Una mirada desde la educación infantil a la desnutrición de niños y niñas de 0 a 6 años en el Hospital Infantil Concejo de Medellín</i> . [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Centro de Documentación Educación

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes.

Decano: Wilson Antonio Bolívar Buriticá.

Jefe departamento: Maribel Barreto Mesa.

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Sandra Yamile Quiceno Arango

Dedico este trabajo a mis padres Reinel y Lucia, quienes han sido inspiración de perseverancia en este largo muy largo transitar en mi proceso de formación, ya podemos ver la luz al final del camino. A mi esposo Mario por el apoyo incondicional, por permitirme tantas horas frente al computador; y por supuesto a mi hijo Juan Manuel, espero servirle de ejemplo ante la adversidad y motivarlo siempre para confiar en él y querer ir tras sus sueños y metas que, aunque no sea fáciles, siempre vale la pena luchar.

A mi hermana por toda la ayuda recibida para poder culminar con éxito este proceso y en general a mi familia que han creído en mis capacidades y se sienten orgullosos de mí.

Asimismo, a todas aquellas personas que acompañaron mi caminar por la universidad.

Dedicatoria

Smith Paola Mejía Sánchez

Dedico este trabajo de grado a todas las personas que han sido pilares fundamentales en este largo y apasionante viaje académico.

En primer lugar, a mis padres Doña Beatriz y Don Flavio que día a día me ofrecieron su amor incondicional, apoyo constante y sacrificio inquebrantable, a mis hermanos que han sido papel importante en el recorrido y a mi compañero de vida. A ellos que han sido la fuente de mi fuerza y determinación, sin su aliento, este logro no habría sido posible.

A la Profesora Margarita Ruiz quiero expresar mi más profundo agradecimiento. Sus consejos, paciencia y dedicación fueron esenciales para dar forma a este proyecto.

Gracias por ser un guía excepcional.

A mis amigas y compañeras de estudio, quienes compartieron conmigo innumerables noches de estudio, desafíos y alegrías. Sus risas y apoyo incondicional hicieron que este camino fuera mucho más llevadero.

Por último, a todas las personas que en algún momento creyeron en mí, a las niñas y a los niños que son el motor para cada día, este logro también les pertenece.

Gracias por ser parte de mi camino y por motivarme a alcanzar este objetivo.

Este trabajo de grado es el resultado de esfuerzo, dedicación y amor, lo dedico con gratitud a todos aquellos que forman parte de mi historia.

Sin ustedes, este logro no sería tan significativo.

¡Gracias!

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que nos acompañaron en este bonito proceso de formación como pedagogas y educadoras infantiles, a maestras y maestros, a nuestra asesora Margarita Ruiz por su paciencia y apoyo incondicional, por demostrarnos en cada momento su amor hacia nosotras y su profesión, gracias a los espacios de prácticas que nos motivaron a realizar una inmersión más profunda en el contexto hospitalario y su pedagogía; también, al hospital Infantil Concejo de Medellín contexto de nuestra investigación que nos abrió las puertas para llevar a cabo esta experiencia tan maravillosa junto a los niños, las niñas y sus familias, que a pesar de su condición de enfermedad, siempre estuvieron prestos a recibirnos y participar de las diferentes actividades, estas reflexiones tienen sentido por ustedes.

Agradecemos a nuestra querida Alma Mater, la Universidad de Antioquia, que nos permitió transitar y formarnos académicamente dejando una huella imborrable en nuestras vidas.

Tabla de contenido

Resumen.....	12
Abstract.....	13
Introducción.....	14
1. Planteamiento del problema.....	16
2. Pregunta de investigación.....	26
3. Objetivos.....	27
3.1 Objetivo general.....	27
3.2 Objetivo específico.....	27
4. Marco conceptual.....	28
4.1 Antecedentes.....	28
4.2 Marco teórico.....	33
4.2.1 Tipos de desnutrición infantil; Error! Marcador no definido.	35
4.2.2 Causas de la desnutrición infantil	37
4.2.3 Consecuencia de la desnutrición infantil	37
4.2.4 Programas, acciones y rutas para los casos de desnutrición.	38
4.3 Acciones para la promoción y prevención de la salud en los niños 0 a 6 años.....	41
4.3.1 Actores vinculantes en la desnutrición infantil.....	43
4.3.2 Desnutrición infantil en Colombia.....	37
4.4 La educación infantil en el contexto hospitalario.....	48
4.5 El pedagogo infantil y su acompañamiento en lo hospitalario.....	50
5. Metodología de la investigación	51
5.1 Tipo de estudio y enfoque de investigación.....	51

5.2 Contexto y participantes.....	56
5.3 Técnicas e instrumentos para el registro y análisis de la información.....	60
5.4 Fases metodológicas para el análisis de los casos de destrucción en el HICM	62
5.5 Consideraciones éticas	644
5.6 Sobre el proceso de análisis	655
6. Análisis de la información.....	66
7. Presentación de resultados.....	70
7.1 Análisis e interpretación de los resultados	71
7.2 Hallazgos de la triangulación de instrumentos.....	81
8. Conclusiones.....	83
9. Recomendaciones.....	86
Referencias	900
Anexos.....	94

Lista de Tablas

Tabla 1. Tipos de desnutrición OMS (2021)	35
Tabla 2. Causas de la desnutrición descrita por la UNICEF (2011)	37
Tabla 3. Programas para abordar la tasa de desnutrición infantil en Colombia.....	39
Tabla 4. Guía para una buena alimentación infantil.....	46
Tabla 5. Sobre el proceso de Análisis de la información.....	69
Tabla 6. Códigos para la sistematización de los instrumentos.....	70

Lista de figuras

Figura 1. Fases de la investigación respecto a los estudios de caso.....	55
Figura 2. Momentos en la aplicación de instrumentos.....	56
Figura 3. Corporación Hospital Infantil Concejo de Medellín.....	57
Figura 4. Corredor piso 5 del HICM, toma lúdica.....	58
Figura 5. Aula lúdica del HICM, taller sobre el cuerpo.....	59
Figura 6. Dormitorio piso 5 del HICM, cuento “Clara y su sombra”.....	60

Lista de gráficas

Gráfica 1. Edad de los menores participantes	71
Gráfica 2. Nivel socioeconómico de las familias participantes	72
Gráfica 3. Tipo de vivienda de las familias participantes.....	74
Gráfica 4. Nacionalidad de los infantes y sus familias.....	75
Gráfica 5. Procedencia de las familias.....	77
Gráfica 6. Alimentación del menor en los primeros 6 meses.....	78
Gráfica 7. Responsables de la situación económica del hogar.....	80

Siglas, acrónimos y abreviaturas

HICM	Hospital Infantil Concejo de Medellín
APA	American Psychological Association
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
ERIC	Educación Resources Information Center
MEN	Ministerio de Educación Nacional
Párr.	Párrafo
UdeA	Universidad de Antioquia
FAO	Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura
INDER	Instituto de Deportes y Recreación de Medellín
UNESCO	Organización de las naciones unidad para la educación, la ciencia y a cultura
ICBF	Instituto Colombiano de Bienestar Familiar
DANE	Departamento Administrativo Nacional de Estadística, Colombia.
OPAC	Online Public Access Catalogue
HUSF	Hospital Universitario San Vicente Fundación
EPS	Empresa Presado de Salud

Resumen

Esta investigación de corte cualitativo con enfoque de estudio de caso presenta un análisis de las principales causas y consecuencias de la desnutrición en niños y niñas entre 0 a 6 años que ingresaron entre agosto del 2022 a agosto de 2023 al HICM con desnutrición como diagnóstico de base; e intenta reconocer cómo desde el rol de educadores(as) infantiles se contribuye a la prevención de la desnutrición y la promoción de una adecuada alimentación en la infancia hospitalizada.

El contexto de esta investigación fue el HICM, especialmente el aula lúdica, espacio de acompañamiento pedagógico de los infantes hospitalizados, además desde los recorridos por las habitaciones que albergaban menores conectados a equipos de monitoreo, se posibilitó el acercamiento a las familias y/o cuidadores de los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda severa, directos participantes del presente estudio.

Para el análisis de los casos de desnutrición, se hizo uso de técnicas como observación participante, análisis de documentos institucionales, además, una encuesta de caracterización y entrevista a profundidad, estos dos últimos instrumentos fueron aplicados a las familias de los casos de desnutrición identificados, para centrar la mirada en el reconocimiento de las categorías causas y consecuencias de la desnutrición infantil, a partir de la triangulación de instrumentos.

Identificando que las principales causas y consecuencias están asociadas a las características culturales y socioeconómicas de los grupos familiares, tales como: hábitos alimenticios, desigualdad, falta de oportunidades, vivienda digna, algunos problemas de salud y un gran número por falta de educación sobre nutrición infantil.

Palabras claves: Desnutrición infantil, Contexto hospitalario, Educador infantil, Acciones pedagógicas, Prevención, Promoción, Pedagogía hospitalaria.

Abstract

This qualitative research with a case study approach presents an analysis of the main causes and consequences of malnutrition in children aged 0 to 6 years who arrived between August 2022 and August 2023 at the HICM (Children's Hospital Concejo de Medellín for its acronym in Spanish) with malnutrition as a baseline diagnosis; and attempts to recognize how the role of child educators can contribute to the prevention of malnutrition and the promotion of adequate nutrition in hospitalized children.

The context of this research was HICM, especially the playroom as a space for pedagogical accompaniment of hospitalized infants, also from the tours through the rooms that housed children connected to monitoring equipment or with medication, it was possible to approach the families and/or caregivers of children with a diagnosis of severe acute malnutrition, direct participants of this study.

For the analysis of the cases of malnutrition, techniques such as participant observation, analysis of institutional documents, a characterization survey and an in-depth interview were used, the last two instruments were applied to the families of the identified cases of malnutrition, in order to focus on the recognition of the categories of causes and consequences of child malnutrition, based on the triangulation of instruments.

Identifying that the main causes and consequences are associated with the cultural and socioeconomic characteristics of the family groups, such as: eating habits, inequality, lack of opportunities, some health problems and mostly due to lack of education on child nutrition.

Key words: Child malnutrition, Hospital context, Child educator, Pedagogical actions, Prevention, Promotion, Hospital pedagogy.

Introducción

La presente investigación de corte cualitativa con enfoque de estudio de caso, surge de la práctica pedagógica realizada en el contexto hospitalario por dos estudiantes del programa de Educación y Pedagogía Infantil de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, quienes al llegar al contexto de la Corporación Infantil Concejo de Medellín se encuentran con un gran número de niños y niñas principalmente transitando la primera infancia, entendiendo primera infancia según lo estipulado en el artículo 29 de la Ley 1098 de 2006 de Infancia y Adolescencia de Colombia, como “la etapa del ciclo vital en la que se establecen las bases para el desarrollo cognitivo, emocional y social del ser humano. Comprendiendo la franja poblacional que va de los cero (0) a los seis (6) años de edad” (p.17), y la población en la que se enfoca esta investigación, menores transitando la primera infancia que ingresan al hospital por muchas causas que afectan su salud y bienestar, generalmente remitidos de otros municipios aledaños a la ciudad capital del departamento de Antioquia, Medellín, o habitantes de los barrios periféricos de los estratos socio-económicos más bajo de la ciudad y que son diagnosticados con desnutrición aguda-severa.

Es por esto que se posó la mirada desde la educación infantil al tema de la desnutrición de los niños y las niñas entre 0 a 6 años de edad; buscando reconocer las acciones pedagógicas desde el rol de pedagogas y educadoras infantiles que promueven una adecuada nutrición y previenen la desnutrición infantil, comprendiendo acciones pedagógicas, en la definición de Rangel (2001) como “aquellas que integran las metas educativas con las formas como aprenden y se desarrollan

los estudiantes, las relaciones maestro-estudiante, las experiencias que forman y los métodos de enseñanza.” (p.1) son formar de actuación intencionada, que formulan procesos que permiten hacer un acompañamiento de carácter pedagógico a un grupo poblacional con un fin educativo.

Con esta investigación se espera, en primer momento analizar y reconocer los casos de desnutrición infantil y cuáles pueden ser las principales causas y consecuencias de este padecimiento, en un segundo momento identificar las acciones, las rutas y programas que tiene el HICM para acompañar a los niños, niñas y familias con relación a esta condición y en un tercer momento proponer acciones pedagógicas desde la educación infantil para la promoción y prevención de la salud de los niños y niñas de 0 a 6 años en condición de hospitalización.

Como ya se hizo mención, el interés por esta problemática nació de observaciones participantes realizadas en una temporalidad de 12 meses, durante la práctica pedagógica de los semestre 2022-2 y 2023-1, la cual permitió tener una inmersión en el contexto hospitalario, un dialogo con las familias y un acercamiento con el personal de salud del HICM; lo que posibilito un trabajo inter disciplinar que involucro las nutricionistas, los practicantes de nutrición de la UdeA y de Uniremington, las practicantes de Educación Infantil del Tecnológico de Antioquia y la funcionaria del INDER encargada del aula lúdica del hospital, logrando un trabajo en pro de los objetivos de la investigación, identificar porque un gran número de niños y niñas entre los 0 y 6 años llegaban con esta condición de desnutrición.

Para lo cual se realizaron técnicas como la revisión de documentos normativos y académicos sobre nutrición infantil e institucionales sobre las rutas de atención, además de la caracterización de las familias a través de encuestas y entrevistas a profundidad, esta última solo para los casos con diagnóstico de desnutrición aguda severa. Instrumentos que se aplicaban a los padres o cuidadores de los menores para reconocer causas y consecuencia, entre otras aristas del fenómeno de la desnutrición en esta población, y así, poder posar la mirada de educadoras

infantiles para el mejoramiento de procesos institucionales de acompañamiento a las familias en temas de nutrición y la formulación de acciones pedagógicas para la promoción y prevención de la desnutrición infantil en escenarios de educación no convencional como los hospitales.

1. Planteamiento del problema

En Colombia la educación se concibe como un derecho, según lo estipulado en el artículo 67 de la constitución política de 1991 en el que se define y desarrolla la organización y la prestación de la educación formal en sus niveles preescolar, básica (primaria y secundaria) y media, no formal e informal, dirigida a niños, niñas y jóvenes en edad escolar, como también a adultos, campesinos, grupos étnicos, personas con limitaciones físicas, sensoriales y psíquicas, con capacidades excepcionales, como también a personas que requieran rehabilitación social, para los propósitos de este proyecto nos centraremos en el servicio educativo de las infancias.

La ley 115 de 1994 se fundamenta en los principios de la constitución, desde el Art.1 se regular el Servicio Público de la Educación que cumple una función social acorde con las necesidades e intereses de las personas, de las familias y de la sociedad en general, sin excepción a lugar y condición social y/o humana. En el Art.3 se hace mención de que el servicio educativo podrá prestarse en instituciones educativas de carácter comunitario, solidario, cooperativo o sin ánimo de lucro, como es el caso de las unidades hospitalarias. Además, el (Cap. Art.12.) plantea que la atención del servicio público educativo se da por niveles y grados secuenciados, de igual manera mediante la educación no formal y a través de acciones educativas informales teniendo en cuenta los principios de integralidad y complementación, lo cual se hace visible en la educación no formal que se presta en las unidades hospitalarias a la infancia en condición de hospitalización.

El servicio educativo formal y no formal, al igual que en otros países tal y como plantean autores como Lizasoain (2002) y González (2019), está marcada por la pluralidad, la diversidad cultural, económica, política y social, lo que ha llevado a plantear reflexiones críticas con respecto al proceso formativo y lo que pasa con él.

Desde los estudios revisando se puede concluir que sería prudente por parte del gobierno nacional una reestructuración, con nuevas prácticas metodológicas y referentes de ley que regulen y respondan precisamente a las demandas culturales y contextuales; caracterizando grupos poblacionales, condiciones del servicio en contextos no formales como los hospitales y su relacionamiento con la educación formal, para así dar cumplimiento a la ley, es decir el derecho a la educación de los niños, niñas y jóvenes en condición de hospitalización

Es importante precisar que, se define la educación no formal, no convencional o alternativa como aquellas que: “se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados establecidos en el artículo 11 de esta Ley.” (Cap. II, Art.36) está por el contrario se desarrolla fuera del contexto escolar, apoyados en la mayoría de los casos por las nuevas tecnologías, estos espacios pueden ser educación en casa, fundaciones u hospitales, es en esta última donde se centrará la descripción teniendo en cuenta el contexto de acción de la investigación.

A este tipo de acompañamiento el sistema Educativo Colombiano lo ha denominado apoyo académico especial y se encuentra regidos según el (MEN 2022) por la ley 1470 del 2003, ley 1384 de 2010, ley 1388 de 2010 y la Ley 115 de 1994 en su Título III, donde y como ya se mencionó, se regula la integración al servicio educativo de los niños y niñas que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad, en condición de enfermedad atendiendo a sus particularidades, en

aras a una adecuada atención educativa, esta investigación se interroga sobre si en las unidades hospitalarias de Medellín se está dando cumplimiento a estos acuerdos de ley.

La literatura señala diferentes sitios en donde se desarrolla de manera efectiva el término de modalidad no convencional, haciendo énfasis a estas prácticas lúdico-recreativas y educativas creadas y desarrolladas en los hospitales, y denominada "Pedagogía Hospitalaria".

De acuerdo con (Debesse, 1986, citado por Fernández, H,2000) sostiene que este término es sustentable primero como pedagogía porque “constituye el conjunto de aquellos medios-puestos en acción para llevar a cabo educación” (p. 2) y que es hospitalaria “en tanto que se realiza y se lleva a cabo dentro del contexto hospitalario”. (Ibid.)

Desde la experiencia práctica de las autoras, se reconoce que, para poder hablar de un campo de conocimiento, es preciso entrar en un contexto y aprender ciertos conceptos que harán más entendible esta investigación, por consiguiente, se puede decir que la pedagogía hospitalaria según, González (2019) propone:

Luchar contra la pérdida del hábito intelectual, apelar a la importancia del esfuerzo, fomentar la conciencia de la responsabilidad, reducir las lagunas de aprendizaje y el retraso escolar, prevenir las alteraciones emocionales, luchar contra el síndrome del hospitalismo, provocar una despolarización respecto de la enfermedad y evitar el aburrimiento. (p.5)

Por lo anterior, al iniciar este proceso se tuvo la oportunidad de visitar las aulas hospitalarias de la IPS universitaria y el aula lúdica de la corporación Hospital Infantil Concejo de Medellín; en donde se evidenció la importancia en los procesos de atención educativa de la población infantil hospitalizada y como fuera de ser el lugar de ocio, recreación, aprendizaje y disfrute de los niños y las niñas en estado de hospitalización, también generaba en ellos un estado de tranquilidad en medio de la angustia que les ocasiona el estar allí. Sin embargo, también fue

evidente que estos espacios por si solos no brindan un acompañamiento pedagógico, ni de apoyo a la educación escolar, pues la pedagogía hospitalaria en la ciudad de Medellín no presenta una articulación con el sistema educativo formal ni con las instituciones educativas, ni programas educativos diversificados a la especificidad de atención, teniendo en cuenta que la población es diversa, cambiante, fluctuante, etc.; pero de igual forma debe ser incluida y atendida.

En la inmersión se logró reconocer que en estos espacios trabajan principalmente por medio de actividades lúdico-recreativas, intencionadas en su mayoría a los intereses de los niños y niñas participantes o a sus capacidades de acuerdo con las edades, pero no precisamente con sus lógicas de desarrollo cognitivo, ni con lo que propone el sistema educativo colombiano respecto a sus referentes de ley y la normatividad educativa, tales como: Lineamientos curriculares, Estándares básicos de competencias y DBA.

Otro de los aspectos de reflexión sobre el servicio educativo en el sistema hospitalario, lo menciona Lizasoain (2002), al referirse que es fundamental darle la atención y la importancia pertinente a la pedagogía hospitalaria, pues esta se concibe como un factor positivo que conlleva a la disminución de la ansiedad y el miedo que implica extraer al niño y a la niña de su entorno cotidiano. Es por lo anterior que se considera importante el rol del Educador (a) o Pedagogo (a) Infantil en el acompañamiento y atención integral hospitalaria, tanto en el apoyo educativo que se debe prestar a la infancia en condición de hospitalización, como a sus familias y por supuesto al personal de salud.

Autores como Lizasoain (2002), consideran al “pedagogo hospitalario” como agente fundamental en el desarrollo de los niños y las niñas, ya que este es el profesional que acompaña, realiza el apoyo pedagógico proponiendo actividades que motivan a crear, experimentar y construir en comunidad, llega a ser flexible y hace un trabajo en conjunto con el personal médico y las familias. Según Salgado (2020) dentro de las funciones del pedagogo hospitalario esta:

“identificar los intereses y motivaciones de cada educando, para diseñar y poner en funcionamiento las estrategias de enseñanza basadas en el autoconcepto y la reafirmación de la identidad como niños, niñas y jóvenes”. (p.102)

Siendo las aulas hospitalarias y el pedagogo hospitalario quien se enfrenta a las singularidades de los niños y niñas hospitalizados, quienes por varios días o meses están alejados de la aula de clase o como en el caso de los más pequeños, de los programas para la atención integral y/o de educación infantil, es por esto que se pretende brindarles un apoyo académico especial como lo manifiesta y regula el MEN dando continuidad al derecho fundamental de la educación de una forma flexible a los niños y niñas que se encuentran bajo esa condición. Al respecto el MEN en su Art. 356821 dispone las orientaciones para la implementación del apoyo académico especial y emocional de los niños, niñas y jóvenes hospitalizados; entendiendo el apoyo académico como:

Una estrategia educativa diseñada con el objetivo de garantizar el ingreso o la continuidad en el sistema educativo de la población menor de 18 años que por motivos de exámenes diagnósticos, procedimientos, tratamientos, consecuencias de la enfermedad, estados de convalecencia, se encuentren en instituciones prestadoras de servicios de salud, aulas hospitalarias públicas o privadas, instituciones de apoyo o en la casa y no pueden asistir de manera regular al Establecimiento Educativo. (p.7)

A nivel nacional se encuentran estudios que hablan de experiencias significativas en pedagogía hospitalaria, como es el caso del Distrito Capital de Colombia siendo este el principal mentor de este tipo de apoyo académico especial. La publicación “*Educación para aferrarse a la vida: historia de un profe de aulas hospitalarias*” (Salgado, 2020), relata el trabajo que realizaron 62 docentes del programa aulas hospitalarias de Bogotá distribuidos en 31 hospitales de la ciudad capital de Colombia, trabajando con y por la pedagogía del amor, bajo la dirección

de inclusión e integración a poblaciones de la secretaria de educación distrital. Al leer estas experiencias se puede concluir que en estas aulas hay magia, además de letras, palabras, números, cuadernos, lecturas y juegos, pero también enfermedad, duelos y pérdida de vidas infantiles, y que la clave de la atención a la infancia definitivamente es el amor.

La revisión de literatura previa en el campo en el contexto nacional hace notoria una brecha entre la forma como se vive y concibe la “pedagogía hospitalaria” en Bogotá con respecto a la ciudad de Medellín. Esta última carece de la ejecución de una Política Pública que garantice la respuesta a la demanda además de su regulación, como si opera en la ciudad capital a través del programa denominado “Aula Hospitalaria” que se desarrolla en cumplimiento al Acuerdo Distrital 453 de 2010, conjuntamente por las secretarías de Educación del Distrito (SED), Salud (SDS) y el acompañamiento cohesivo con las instituciones educativas oficiales.

Para la ciudad de Medellín las “aulas hospitalarias” por el contrario no cuentan con una política pública, se conoce que son reguladas y acompañadas desde la conformación de una Red Pedagógica Hospitalaria, por la secretaria de Educación de Medellín. Como lo definen Acosta y Osorio (2022), la Red Pedagógica Hospitalaria de Medellín “(...) es un grupo conformado por el personal encargado de las aulas hospitalarias: pedagogos infantiles, agentes gubernamentales y personas interesadas en la pedagogía hospitalaria” (p.14), realizan encuentros periódicos con las unidades hospitalarias en las cuales existe un espacio para la acción pedagógica, sin embargo, no se da cumplimiento a cabalidad a la norma que regula a nivel nacional el funcionamiento de las aulas hospitalarias, pero en la mayoría de las unidades hospitalarias de la ciudad se han dispuesto espacios y/o programas que hacen las veces de “aulas hospitalarias”, es decir que permanentemente hacen una especie de apoyo educativo a los niños y niñas hospitalizados, como es el caso de la IPS Universitaria, la Clínica las Américas, el “Aula Pablito” del hospital Pablo Tobón Uribe, el “Aula hospitalaria” del Hospital Infantil de San Vicente Fundación y el contexto

hospitalario donde se realiza esta investigación HICM operada por el IDER Medellín como Ludoteca, estos espacios educativos generalmente cuentan con programas en las aulas que parten de actividades lúdico-recreativas, promoviendo el juego libre y dirigido, la literatura infantil, actividades de exploración y experimentación, la música, entre otras representaciones artísticas.

Muy de la mano con las actividades rectoras que el MEN actualiza en el (2019) para regulan el trabajo con la primera infancia, donde afirma que lejos de ser herramientas o estrategias pedagógicas, en sí mismas posibilitan aprendizajes. Todas ellas orientadas a los intereses y motivaciones de los niños y las niñas participantes.

Específicamente en el aula lúdica de la HICM, apoyada por la red de ludotecas del INDER, se encontró un espacios que le apuesta principalmente al libre desarrollo de los niños y niñas, con acciones como el juego orientado y la literatura, partiendo de planeaciones mensuales que se desarrollan tanto dentro como fuera de las habitaciones de hospitalización, de acuerdo a estas intervenciones se cuenta con un trabajo constante de integración social, creando un ambiente seguro para los niños, niñas y sus familias, permitiendo conocer el entorno que los permean, reconociendo sus problemáticas y analizando situaciones de su cotidianidad.

En inmersión durante el desarrollo de la Práctica Pedagógica y teniendo presente el lugar que se tenía como investigadoras, se logró hacer una observación participante durante la cual se reconocen ciertas problemáticas presentes en el contexto del HICM en relación a los niños y niñas hospitalizados y su bienestar. En esta se encontró un gran número de casos de desnutrición infantil que alertaron el proceso de investigación, emergiendo un interés por reconocer a que se debía esta situación reconociendo las repercusiones que podían tener en el proceso de desarrollo y la afectación a largo plazo.

Al entablar conversaciones informales con los cuidadores o familiares de los menores, se indagó respecto a las principales razones por las que llegan a este lugar, algunas condiciones

sociales, económicas, familiares, etc.; además sobre sus redes de apoyo, si son beneficiaron de programas de gobierno, entre otras. Para así poder tener un contexto ampliado sobre su estado socioeconómico y reconocer las posibles causas que han hecho que los niños y niñas estén en condición de desnutrición, reconociendo que el 100% de esta población es altamente vulnerable.

Además, en conversaciones espontáneas con el equipo de Nutrición del HICM conformado por dos nutricionista y 5 practicantes estudiantes del programa de nutrición y dietética, quienes de manera informal expresaron experiencias vividas en el acompañamiento a los casos de desnutrición en el HICM, de las cuales se logra reconocer que son familias de muy escasos recursos económicos, en su mayoría menores que no se encuentran escolarizados y no han hecho parte de programas de atención, promoción y prevención de la salud. Esta información permitió reconocer un poco más el estado en el que llegan los niños y niñas, acérmanos a sus tradiciones, condiciones y características, para así intentar reflexionar sobre dichas causas, pero también las consecuencias asociadas a la condición de desnutrición.

Debido a las observaciones y conversaciones mencionadas anteriormente, fue necesario rastrear acerca de las costumbres culturales y el contexto con relación a la alimentación. Además de revisar informes sobre la desnutrición en la región. La UNICEF (2020) sobre la condición de la infancia en América Latina y el Caribe, menciona que el COVID-19 dejó una crisis de malnutrición preexistente, con los servicios interrumpidos y los medios de vida devastados, familias que tienen grandes dificultades para poner alimentos saludables en la mesa, lo que deja a muchos niños y niñas con hambre, y en otros casos con sobrepeso por síndromes de ansiedad y crisis emocionales. Según CEPAL, N. (2020).

La pandemia también ha puesto de manifiesto que solo el Estado tiene la capacidad para facilitar, coordinar e intervenir para asegurar la disponibilidad de alimentos. De ahí la

responsabilidad de los gobiernos de evitar que la crisis sanitaria se transforme en una crisis alimentaria. (p.2)

Será el estado responsable de mantener una economía nivelada, algo complejo de lograr por los déficits que se tienen agravados por la pandemia Covid19, ya que los niveles socioeconómicos de las familias bajaron drásticamente. Según CEPAL, (2020) “esto agravará la desigualdad nutricional que precedía a la pandemia: los hogares de menores recursos consumen más granos, panes y cereales y menos lácteos, carnes y huevos que los hogares de mayores adquisición económica”. (p.10), al ser menores los ingresos la canasta familiar la integran productos de menor valor y calidad, que se adquieren sin importar su contenido nutricional, generando en la mayoría de los casos un déficit nutricional en general en las familias, pero viéndose más afectadas poblaciones vulnerables como la primera infancia y los adultos mayores.

Teniendo en cuenta que el foco de interés de esta investigación se centra en la primera infancia, De La Cruz Sánchez (2015). expresa:

Las políticas públicas deben poner un foco distinto en cómo se entiende el desarrollo de la población, con mayor énfasis en el proceso formativo de los niños de los 0 a los 6 años de edad; mayor inversión en el tema de la educación alimentaria y nutricional, y mayor participación de los entes rectores a nivel nacional y regional. (p.18)

Donde la alimentación hace parte de una industria, que inicia desde la producción del alimento, implica su distribución, comercialización, almacenamiento, y el cómo las familias hacen esa selección para el consumo, ósea como llega ese alimento al hogar, como un conjunto de factores inseparables, que se vinculan y correlacionan.

En relación con lo expuesto, Colombia en el 2007 emite el documento Conpes Social # 109 sobre la política pública nacional de primera infancia “Colombia por la Primera Infancia”, en el cual se da soporte teórico al tema sobre seguridad alimentaria en la infancia, entendido por

Nariño (2020) como el “Acceso suficiente a los alimentos, tanto en términos de calidad como de cantidad”. (p.16). Término abordado por organizaciones gubernamentales para dar cumplimiento a los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), el segundo de ellos hambre cero y seguridad alimentaria mejorando la nutrición, y que en esta investigación se hace importante en el reconocimiento de las causas y consecuencias de la desnutrición infantil.

Esta investigación también aborda el rol que tiene los educadores(as) o pedagogos (as) infantiles frente al tema de la nutrición infantil, desde acciones pedagógicas preventivas que ayuden a mitigar consecuencias de la problemática al mismo tiempo se aporten a la promoción y prevención de la salud infantil; donde el centro son y serán los niños, niñas menores de 6 años y sus familias que llegan al HICM, de la misma manera, se busca poder coordinar acciones y rutas de acompañamiento entre educadores infantiles y personal de salud, especialmente con el equipo de nutrición, intentando de manera articulada establecer un programa de acompañamiento pedagógico dirigido a las familias, sobre la nutrición infantil y en sus diferentes etapas, como un aporte al mejoramiento de la salud nutricional y por ende a la calidad de vida de los niños, niñas y en general de las familias que llegan al HICM.

2. Pregunta de investigación

De lo anteriormente expuesto, se desprende la siguiente pregunta de investigación, como propósito preponderante a ser reconocido en este ejercicio de investigación:

¿Cuáles son las principales causas y consecuencias de la desnutrición en niños y niñas entre 0 a 6 años del Hospital Infantil Concejo de Medellín y cómo podríamos contribuir como educadoras infantiles a la prevención de la desnutrición y la promoción de una adecuada alimentación en la infancia hospitalizada?

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Analizar las causas y consecuencias de la desnutrición en niños y niñas entre 0 a 6 años en el HICM, como una contribución a la prevención de la desnutrición y la promoción de una adecuada alimentación en la infancia hospitalizada desde acciones pedagógicas.

3.2 Objetivos específicos

- Reconocer causas y consecuencias en los casos de desnutrición de los niños y las niñas que ingresaron al HICM en el periodo comprendido entre agosto de 2022 y agosto de 2023.
- Identificar las acciones, rutas y programas estipulados en la atención de los niños y niñas con desnutrición en el HICM para el acompañamiento pedagógico de sus familias.
- Proponer acciones pedagógicas desde la educación infantil a la prevención de la desnutrición y la promoción de una adecuada alimentación en los niños y niñas de 0 a 6 años.

4. Marco Conceptual

A continuación, se presentan los principales antecedentes y el marco de referencia teórica acogido en la presente investigación.

4.1 Antecedentes

En el mes de octubre del 2022, se da inicio a la revisión de literatura para la identificación de investigaciones relacionadas, en la cual se utilizaron plataformas digitales como Online Public Access Catalogue (OPAC) de la UdeA y su repositorio de trabajos de grado, además de otros motores de búsqueda. Reconociendo conexiones con la presente investigación en tres investigaciones locales del nivel de pregrado de la Facultad de Educación realizadas en los años 2002, 2004 y 2022, las dos primeras realizadas en el aula hospitalaria del Hospital San Vicente Fundación, y la última, reconoce que pasa a nivel ciudad con la pedagogía hospitalaria en la red hospitalaria de la ciudad de Medellín conformada por los 4 hospitales que cuentan con un aula hospitalaria constituida. También se resalta un estudio realizado en España, país donde a partir de la revisión de literatura realizada se evidencia que han profundizado mucho más sobre el campo de la "pedagogía hospitalaria", y finalmente una publicación de una experiencia en el contexto hospitalario realizada en la ciudad de Bogotá.

Para tal fin, se realizó una descripción muy corta de cada trabajo en orden cronológico de publicación, reconociendo los aportes de cada una a este trabajo.

El primer trabajo de grado denominado “*Acompañamiento lúdico-pedagógico al aula hospitalaria*” en el pabellón infantil del Hospital Universidad San Vicente de Paúl por Álvarez et al. (2002), es una investigación de tipo etnográfica descriptiva con observación directa de los niños y las niñas. Utilizaron encuesta para los menores, los padres o cuidadores, personal médico y administrativo del hospital, a su vez describen el trabajo que los maestros realizaron estimulando diferentes dimensiones del desarrollo cognitivo, socioafectivo, comunicativo, espiritual, ética, estética y corporal con los pacientes participantes, una propuesta flexible ejecutada en la llamada aula hospitalaria del HUSF y en las habitaciones para responder a las necesidades de los niños y niñas que por estar conectados no podían asistir al aula; concluyendo que estas actividades lúdicas realizadas dentro o fuera del aula mejoraban el estado físico, mental y anímico de los pacientes aportando a su pronta recuperación.

La segunda investigación tiene como nombre: *Fundamentación teórico-práctica de la pedagogía hospitalaria y estrategias metodológicas para la intervención con el niño hospitalizado* en el Hospital San Vicente Fundación, realizada por Arango et al. (2004) para optar al título de Licenciados en educación preescolar de la Facultad de Educación en la UdeA, buscando reconocer la pedagogía hospitalaria como un espacio propicio para que los menores hospitalizados no se vean privados del derecho a la educación, sino que profesionales como pedagogos o educadores infantiles posibiliten un acompañamiento académico mediante estrategias metodológicas como la musicoterapia, arteterapia, risoterapia, masaje terapéutico, juego terapéutico y lectura reparadora, entre otros y así, según los autores, optimizar la intervención con niños hospitalizados. La Metodología utilizada fue de carácter diagnóstica, evaluativa, valorativa, analítica y prospectiva, esta recogió información teórica y empírica con unos criterios específicos en busca de una construcción propia; los instrumentos de recolección de información utilizados fueron revisión bibliográfica, observación directa y el diario

pedagógico, presentando como principal resultado que la pedagogía hospitalaria es una alternativa educativa y terapéutica que da continuidad al proceso escolar y atenúa el síndrome hospitalario para los niños y niñas participantes.

La tercera investigación tiene como nombre *“Posibilidades para el desarrollo del pensamiento científico de los niños y las niñas en hospitales de la ciudad de Medellín”* (2022) realizado por Acosta García y Osorio Jaramillo del programa Educación Infantil – Facultad de Educación – UdeA, en la cual se indagan sobre el estado de la pedagogía hospitalaria en ciudad de Medellín caracterizando las acciones pedagógicas de los cuatro hospitales que conforman la red de pedagogía hospitalaria, con el objetivo de reconocer las posibilidades que brindan para el desarrollo del pensamiento científico y cómo integrarlo a la situación de enfermedad de los niños y las niñas. Al mismo tiempo visibilizar la importancia del pedagogo infantil como el profesional que acompañan los procesos educativos en este contexto. La metodología propuesta plantea un estudio cualitativo con enfoque de estudio de caso colectivo, generaron la información de los 4 hospitales a partir de entrevistas semiestructuradas realizadas al personal a cargo del aula hospitalaria y presentaron los resultados a partir de una revisión comparativa. Logrando reconocer que los participantes evidencian definiciones y significaciones distintas respecto a la pedagogía hospitalaria, asimismo, sobre el funcionamiento y acción pedagógica de los espacios denominados “aula hospitalaria”, siendo particular y singular en cada una de las cuatro unidades hospitalarias, además precisan en que no hay una directriz común de funcionamiento ni una política pública que los acoja y regule.

La cuarta investigación denominada *“Educación inclusiva en contextos inéditos: La implementación de la Pedagogía Hospitalaria”* fue publicada en el año 2015 en España, por Palomares Ruiz, Sánchez Navalón & Garrote Rojas, cuyo principal objetivo fue analizar los

beneficios de la pedagogía infantil partiendo de la contextualización y el origen de estos espacios, pensados para la recuperación efectiva de los niños y niñas.

De igual manera se encontró un artículo llamado “*Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario*”, publicado por Salgado Bocanegra, (2019) En Bogotá D.F, cuyo autor resalta la importancia de la pedagogía hospitalaria como acompañamiento de los procesos tanto académicos como emocionales de los niños, niñas, adolescentes y de sus familias, una publicación que ha sido citada en la mayoría de trabajos asociados al contexto hospitalario, dando pie a un sinnúmero de preguntas y reflexiones relacionadas al quehacer del pedagogo infantil como garante del derecho a la educación de la niñez hospitalizada, y resaltando la importancia de la educación en las aulas hospitalarias como escenario de derechos de la infancia.

También se utilizaron otros motores de búsqueda de carácter académicos como Scielo, Dialnet, Google académico, entre otros; encontrados principalmente artículos publicados en el contexto hospitalario algunos de ellos fueron: Fernández (2000) “*La pedagogía hospitalaria y el pedagogo hospitalario*”, Palomares, Sánchez & Garrote. (2016). “*Educación inclusiva en contextos inéditos: La implementación de la Pedagogía Hospitalaria*”, Arango, et al. (2004). “*Fundamentación teórico-práctica de la pedagogía hospitalaria y estrategias metodológicas para la intervención con el niño hospitalizado*”, entre otras.

En los cuales se rastrearon principalmente los siguientes conceptos: *pedagogía hospitalaria, aula pedagógica, desnutrición y causas y consecuencias de la desnutrición en la infancia*, con esta búsqueda se esperaba identificar publicaciones e investigación del campo educativo específicamente de la educación infantil, pero en su mayoría se encontró información del campo de la salud y la nutrición. Por lo cual, es preciso mencionar que en el plano educativo y pedagógico se evidencian vacíos teóricos desde la relación educación y nutrición infantil en el

contexto hospitalario, solo se logró el reconoció directrices de organizaciones oficiales internacionales como la UNICEF y a nivel nacional el ICBF, entre otros programas gubernamentales, donde se centró la búsqueda de información que a continuación se presenta en el marco teórico.

4.2 Marco teórico

Es preciso enfatizar sobre el concepto de desnutrición de Burgos, (2013) desde su relación con la salud del infante, sobre el cual plantea,

está relacionada con la enfermedad es uno de los principales problemas de salud pública que afecta a todo el mundo, no sólo en las sociedades más desfavorecidas a nivel económico, sino también es un problema grave en los países más desarrollados. (p.10)

Al respecto puede mostrarse como un tema de salud pública a nivel mundial, asociada mayormente a la mortalidad y morbilidad. Según Pincay, (2022)

La malnutrición infantil en todas sus formas, incluida la desnutrición, las deficiencias de micronutrientes, así como el sobrepeso y la obesidad, constituyen una triple carga de enfermedad, especialmente para los países de ingresos bajos y medianos, asimismo es una de las principales causas de mala salud, un impedimento importante para el desarrollo personal y el logro del potencial humano completo en todo el mundo. (p.4)

Según el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), esta enfermedad es la principal causa de muerte en lactantes y niños pequeños en países en vía de desarrollo y ha provocado la muerte de más de la mitad de los niños menores de cinco años que la padecen.

En consecuencia, esta condición puede afectar a todos los seres humanos y se encontró un porcentaje altamente peligroso en los niños y las niñas menores de 6 años, reduciendo así las capacidades sensoriales, motoras y afectando su desarrollo efectivo, causada por la falta de

macronutrientes. En efecto se ha demostrado que aproximadamente el 45% de las muertes de niños menores de 6 años pueden atribuirse a la desnutrición según la OMS.

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores y la importancia que tiene la educación en las implicaciones positivas para una adecuada alimentación, permitiendo observar si es una situación que afecta de manera individual a algunas familias o por el contrario se refiere a situaciones económicas de índole mundial, cabe resaltar que la implementación de adecuadas rutinas alimenticias contribuyen al desarrollo físico y mental de los niños, niñas y sus familias, siendo esta una de las consecuencias fundamentales de la desnutrición y mostrando acciones que se pueden implementar desde la pedagogía hospitalaria.

Es aquí donde surge la preocupación y la intención de comprender las causas, características y consecuencias de los casos de desnutrición infantil especialmente aguda-severa que llegan a la Corporación Hospital Infantil Concejo de Medellín, desde un análisis que permita hacer contribuciones desde la educación infantil como aporte a la brecha de desnutrición en lo local y una contribución pedagógica a las familias y cuidadores respecto a la importancia que tiene la alimentación en el desarrollo efectivo de los niños y niña, tal como lo dice el Fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF, 2019).

Estos niños y niñas tendrán que soportar la carga del retraso en el crecimiento durante el resto de sus vidas y es posible que nunca alcancen su pleno potencial físico e intelectual. La desnutrición también es evidente en la emaciación de los menores en cualquier etapa de sus vidas, cuando circunstancias como la escasez de alimentos, las malas prácticas de alimentación y las infecciones, a menudo agravadas por la pobreza, las crisis humanitarias y los conflictos, los privan de una nutrición adecuada y, en algunos casos, provocan su muerte, para esto encontramos datos que demuestran que en el año 2018, 149 millones de niños menores de 5 años sufrían de retraso en el crecimiento y 49 millones de ellos tenían emaciación.

A nivel internacional

Existen muchas organizaciones y fundaciones del mundo que trabajan y luchan por el bienestar de los niños y las niñas en especial aquellos que padecen desnutrición infantil, entre ellos podemos nombrar a: *Acción contra el hambre, Save the children, World Vision y la UNICEF* es en ésta última donde nos vamos a centrar en la investigación.

La UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas) es una organización que trabaja en todo el mundo para promover y proteger los derechos de los niños y las niñas, incluyendo el derecho a una nutrición adecuada, la cual ha hecho un gran trabajo en cuanto a las investigaciones en el campo de la desnutrición infantil, según el artículo publicado en junio de 2022 recalca que se salvaron de la muerte por desnutrición aguda a casi 5,5 millones de niños y niñas, un 10% más que en el año anterior, además, trabajaron para prevenir la desnutrición crónica y otras formas de malnutrición llegando a 336 millones de niños. Esto lo lograron gracias a todos los programas que promueven y previenen esta condición, dejando una tarea importante a todos los agente educativos y sociales que apuestan por el bienestar integral de la infancia.

A nivel nacional

Esta ONG ha promovido políticas y programas para abordar la desnutrición a nivel mundial, en Colombia, la UNICEF ha llevado a cabo varias iniciativas para abordar la problemática de la desnutrición infantil y para apoyar programas gubernamentales, fortalecer capacidades, promover la lactancia materna, apoyar la diversificación alimentaria y llevar a cabo monitoreo y evaluación para abordar la problemática de la desnutrición infantil, especialmente en departamentos como Guajira, Choco y el sur del país.

Se cuenta con el instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), organización que trabaja por el bienestar de los niños y las niñas a nivel nacional, velando por el cumplimiento de

lo establecido por la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2021); quienes realizan una clasificación y categorización de las tipologías de desnutrición, las cuales se relacionan en el siguiente cuadro y el cual servirá de referencia para elegir los casos de interés de análisis para la presente investigación.

4.2.1 Tipos de desnutrición infantil

La tabla 1 realiza una descripción detallada de las principales tipologías de desnutrición infantil según lo estipulado por la OMS.

Tabla 1. *Tipos de desnutrición OMS (2021).*

TIPOS DE DESNUTRICIÓN	DESNUTRICION AGUDA O BAJO PESO PARA LA TALLA	DESNUTRICION CRÓNICA O RETRASO EN EL CRECIMIENTO	DEFICIENCIAS DE MICRO NUTRIENTES
DEFINICIÓN	Está asociada a una pérdida de peso reciente y acelerada u otro tipo de incapacidad para ganar peso dada en la mayoría de los casos, por un bajo consumo de alimentos o la presencia de enfermedades infecciosas.	Está asociado a problemas prolongados o persistentes (de larga duración) que afectan negativamente el crecimiento infantil.	Está asociado a problemas prolongados o persistentes (de larga duración) que afectan negativamente el crecimiento infantil.
CLASIFICACIÓN	DNT Aguda O DNT aguda moderada: Se determina cuando el puntaje Z del indicador Peso para la talla está por debajo de menos dos y por encima de menos tres desviaciones estándar y puede acompañarse de delgadez o		

	emaciación moderada debido a la pérdida reciente de peso	
CLASIFICACIÓN	<p>DNT Aguda Severa: Se determina cuando el puntaje Z del indicador peso para la talla está por debajo de menos tres desviaciones estándar, también puede acompañarse de edemas bilaterales, emaciación grave y otros signos clínicos como la falta de apetito.</p>	<p>Marasmo: Se caracteriza por atrofia severa de la masa grasa y muscular, los cuales el cuerpo ha utilizado como fuente de energía, dejando "los huesos forrados en la piel"</p> <p>Kwashiorkor: Se caracteriza esencialmente por el edema bilateral (que suele comenzar en los pies y piernas), disminución del peso corporal que se encuentra enmascarado por el edema, y puede estar acompañado de erupciones en la piel y/o cambios en el color del pelo (de color grisáceo o rojizo) los cuales están asociados a deficiencias nutricionales específicas.</p> <p>Marasmo - kwashiorkor: Caracterizado por una combinación de emaciación grave y edema bilateral. Esta es</p>

		una forma muy severa de desnutrición aguda.
--	--	---

Fuente: Información extraída de MIN Salud (2022).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-desnutricion-aguda.pdf>

4.2.2 Causas de la desnutrición infantil

Esta enfermedad según Codas & otros (2016) ha sido un problema de primer orden en los países del “Tercer Mundo”, así como también en determinadas áreas de pobreza del mundo desarrollado, siendo la primera causa de morbilidad en individuos que la padecen. Las cuatro causas conocidas son: sociales, financieras, psicológicas y patológicas, de las que afectan principalmente a grupos vulnerables como la infancia, la adolescencia y la ancianidad. (p.12)

Se tendrá en cuenta la siguiente clasificación sobre las causas de desnutrición infantil;

Tabla 2. *Causas de la desnutrición descrita por UNICEF, (2011).*

Causas inmediatas	Causas subyacentes	Causas básicas
Alimentación insuficiente	Falta de acceso a alimentos	Pobreza
Atención inadecuada	Falta de atención sanitaria	Desigualdad
Enfermedades	Agua y saneamiento insalubres	Escasa educación de las madres
	Los conflictos armados y desplazamientos forzados	Mitos de la cultura.

4.2.3. Consecuencias de la desnutrición infantil

La desnutrición conlleva a consecuencias para la infancia que la padece o ha padecido, que pueden evidenciarse a largo, mediano y corto plazo y pueden ser graves y duraderas, conllevando a que el niño tenga retraso en el crecimiento y desarrollo, mayor riesgo de enfermedades infecciosas, ya que los niños y las niñas desnutridos tienen un sistema inmunológico débil y son más propensos a enfermedades infecciosas, como la diarrea y la

neumonía, de la misma manera esta enfermedad puede afectar el desarrollo cognitivo de los niños y niñas, además de su capacidad para aprender y rendir en la escuela y lastimosamente un mayor riesgo de mortalidad infantil.

4.2.4 Programas, acciones y rutas para la atención de los casos de desnutrición.

Las nutricionistas del HICM proporcionaron información importante sobre este punto, recreando que los niños y las niñas que asisten a los programas de crecimiento y desarrollo en sus localidades y dirigidos por las entidades promotoras de salud, tienen en la mayoría de los casos la posibilidad de tener charlas con expertos sobre temas relacionados a salubridad y hábitos saludables, sobre: nutrición, lactancia materna, alimentación complementaria, cuidados del menor, entre otros; también se les lleva un control a los menores y cuando hay síntomas o evidencias de desequilibrio en su crecimiento y desarrollo, son remitidos a la unidad hospitalaria más cercana, allí están bajo la observación del personal de nutrición estos, según el caso, son medicados hasta lograr recuperar por lo menos el peso límite; son dados de alta con una dieta estricta, suplementos nutricionales y bajo la supervisión del personal de salud con revisión periódicas. Pero si el padecimiento es reiterativo, la EPS o la unidad hospitalaria está en la obligación de remitir el infante al ICBF, ya que su familia no está garantizando los cuidados necesarios al menor y estos pueden ser llevados a hogares sustitutos en busca del bienestar y recuperación de los niños y niñas. Las familias deben pedir cita en su EPS de revisión pasado un (1) mes, aunque los tiempos no siempre se cumplen por la cantidad de casos de desnutrición y el poco personal, que llevan a que el personal de salud no de abasto con la atención para cumplir con la demanda, además ya cada vez hay menos disponibilidad de espacios unidades pediátricas y de profesionales en atención a la infancia en los hospitales de la ciudad de Medellín.

También se destaca que el gobierno nacional de Colombia ha implementado varios programas para abordar la tasa de desnutrición infantil en el país. Algunos de estos programas son:

Tabla 3. *Programas para abordar la tasa de desnutrición infantil en Colombia.*

PROGRAMAS	FUNCIÓN
Programa de alimentación escolar (PAE):	Brinda alimentos nutritivos a los niños en las escuelas públicas del país para mejorar su estado nutricional y apoyar su desarrollo académico.
Red Unidos:	Su objetivo es reducir la pobreza y la desnutrición infantil en las zonas más pobres del país, a través de la entrega de incentivos económicos y la provisión de servicios de salud y educación.
Estrategia de atención primaria en salud (APS):	Busca mejorar la salud y el bienestar de la población más vulnerable del país, incluidos los niños desnutridos, mediante la promoción de prácticas saludables y el acceso a servicios de salud básicos.
Jardines infantiles del instituto colombiano de bienestar familiar (ICBF):	Brindan servicios de cuidado y nutrición a niños en situación de vulnerabilidad y sus familias, para garantizar una alimentación adecuada y un ambiente seguro y estimulante.
Programa de nutrición y salud del ICBF:	Brinda servicios de nutrición y salud a los niños y las familias en situación de vulnerabilidad, para prevenir y tratar la desnutrición infantil.

Fuente: <https://www.icbf.gov.co/bienestar/nutricion/estrategia-atencion-prevencion-desnutricion-infantil>

Además de estos programas, el gobierno colombiano ha establecido objetivos nacionales para reducir la tasa de desnutrición infantil en el país y ha comprometido recursos y esfuerzos para mitigar esta problemática.

Para abordar el tema de la desnutrición y las estrategias que se implementan a nivel nacional e internacional frente, se trae a colación los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), para poder ampliar la mirada hacia nuestro objetivo principal. Su objetivo #2, nombrado como Hambre Cero, dice: que “el hambre y la desnutrición siguen siendo grandes obstáculos para el

desarrollo de muchos países” por esto se estima que más de 821 millones de personas sufrían de desnutrición crónica al 2017, a menudo como consecuencia directa de la degradación ambiental, la sequía y la pérdida de biodiversidad. Así pues, más de 90 millones de niños menores de cinco años tienen un peso peligrosamente bajo según datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, por lo cual la declaración universal de derechos humano es enfática en la erradicación del hambre y la malnutrición, especialmente en las poblaciones vulnerables como la infancia.

Colombia desde su gobierno de turno asume este gran reto de “Garantizar la soberanía alimentaria y el derecho a la alimentación” desde lo estipulados en el Conpes 4069 y la política nacional de ciencia, tecnología e innovación 2022 y 2031.

Lo anterior no es nuevo, porque en la misma vía podemos hablar de lo estipulado en el Plan Nacional de Desarrollo Prosperidad para Todos 2010-2014, del cual se reconoce que uno de los principales propósitos del Gobierno es el ofrecer una atención integral a la población colombiana menor de seis años, y uno de sus principales pilares, es el enfoque de desarrollo infantil basado en derechos, que debe ser abordado multisectorialmente a través de la integración de servicios de educación inicial, salud, nutrición, cuidado y protección, que permitan potenciar las habilidades cognitivas, sensoriales, motrices, sociales y emocionales de los niños y las niñas.

Lo que conlleva a que los temas de nutrición y educación estén directamente correlacionados e interrelacionados, y que sean de competencia del educador infantil.

Al mismo tiempo se da a conocer los estudios realizados frente a esta problemática social, mostrando el interés de los entes gubernamentales por la infancia y su bienestar, proporcionando políticas públicas que los cobijen como los son “ de cero a siempre” lanzada en el año 2011, donde su mayor objetivo es promover el desarrollo de planes y políticas para la atención integral a la primera infancia; uno de sus planteamientos es que: la infancia es corresponsabilidad del

Estado, la Sociedad Civil y la Familia, buscando generar las condiciones necesarias para que la primera infancia obtenga un trato con amor y respeto; goce de una familia que proteja y acompañe su crecimiento; para lograr un desarrollo sano y al mismo tiempo pueda gozar de una nutrición adecuada; y acceda a una educación inicial diferencial que facilite la potenciación de sus habilidades y capacidades.

Según lo anterior y sabiendo que en el mundo hay una gran multiplicidad de culturas, entendiendo que todos los países no cuentan con las mismas características en sus contextos por diversas razones de carácter social, cultural, económicas, educativas y políticas, las acciones del gobierno nacional en cuanto a la atención integral no son igualitarias y equitativas en todos los centros asistenciales y hospitales, pero cabe aclarar que en su mayoría se trabaja por la inclusión y la atención especial en todos los ámbitos, según las normativas que lo rigen.

4.3 Acciones para la promoción y prevención de la salud en los niños 0 a 6 años.

Para la sociedad y en especial en el contexto pedagógico, la infancia es uno de los temas de interés y preocupación, especialmente la formación de seres capaces, sujetos de derecho y personas con posibilidades y posibilitadores de un futuro mejor, por eso se enfatiza que su formación no debería ser interrumpida en ningún momento, ni por ninguna condición y que los estamentos responsables tienen la tarea de garantizar esto en todos los espacios, en efecto se considera importante retomar a (González y Pórtela, 2020) quien manifiestan que:

Para los niños y niñas hospitalizados, las aulas hospitalarias no solo son espacios en los que aprenden los contenidos escolares de un currículo oficial, son espacios de construcción de vínculos de amistad, afecto, dignidad y solidaridad con las personas responsables de mejorar sus condiciones de vida. (p.55)

Además de aportar a su desarrollo, socialización y salir de la monotonía en la que están inmersos.

En efecto se puede mencionar que el pedagogo hospitalario es un acompañante en el proceso psico-pedagógico que llevan los niños, niñas y sus familias durante el periodo de hospitalización, cumple como apoyo emocional y al mismo tiempo utiliza las acciones pedagógicas para acompañar el componente educativo, emocional y estimular el desarrollo psicosociales, que es de las partes más afectadas durante la enfermedad, al mismo tiempo permite la integración con otros niños que están pasando por la misma situación y que al compartir y socializar entre sí, logran minimizar los efectos negativos que conlleva estar enfermos y sometidos a procedimientos en ese espacio llamado hospital. Para las autoras de esta investigación como educadoras infantiles, es una oportunidad para a través de actividades y acciones pedagógicas lograr orientar, mitigar, informar y acompañar a los niños, niñas y sus familias que entran en procesos de observación por condiciones de desnutrición.

La participación de niños en programas de crecimiento y desarrollo es vital para garantizar el bienestar y el disfrute de la infancia, ya que estos programas son cruciales en su salud y desarrollo a corto, medio y largo plazo. Para esto podemos nombrar alguna de los puntos clave que se destacan en estos temas:

Inicialmente hablamos de la detección Temprana de Problemas de Salud y Desarrollo y las revisiones de salud infantil, estas permiten identificar tempranamente problemas de salud y desarrollo. Según la Academia Estadounidense de Pediatría (AAP), las visitas de control regulares ayudan a los profesionales de la salud a monitorear el crecimiento y desarrollo de los niños y detectar signos de posibles trastornos o retrasos (AAP, 2021). Así mismo podemos identificar que la detección e intervención Temprana, pues estas brindan la oportunidad de intervenir de manera temprana, lo que a menudo puede mejorar los resultados a largo plazo. La

Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca que las intervenciones tempranas pueden prevenir discapacidades y retrasos en el desarrollo (OMS, 2021). Siendo una de las principales razones por las que asistir a en estos programas sea fundamental, para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades pues estos no solo se centran en la detección de problemas, sino también en Proporcionan oportunidades para educar a los padres y cuidadores sobre la importancia de una alimentación saludable, la inmunización y las prácticas de seguridad, entre otros aspectos, incluyendo aspectos físicos, emocionales, cognitivos y sociales.

4.3.1. Actores vinculantes en la desnutrición infantil.

La desnutrición es un problema que involucra a diversos actores en su estado de enfermedad, prevención y tratamiento. Entre los actores clave y esenciales se encuentran la familia, el personal de salud y las/ los pedagogos hospitalarios o educadores (as) infantiles, quienes desempeñan un papel fundamental en la identificación y abordaje de este problema, ya que de una u otra forma aportan, intervienen y educan sobre la salud y la nutrición infantil.

Familia: la familia es un actor central en la prevención y tratamiento de la desnutrición, especialmente en el caso de los niños y las niñas. La alimentación adecuada y el entorno familiar son determinantes para el crecimiento y desarrollo saludable de los niños, pues es en casa donde inicia la educación alimentaria y la sensibilización con los alimentos y las comidas del día a día. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), "la desnutrición infantil es a menudo una consecuencia de la falta de conocimientos y recursos de la familia" (OMS, 2021).

Personal de Salud: el personal de salud, incluyendo médicos, enfermeras y nutricionistas, es crucial para detectar y tratar la desnutrición. Son responsables de evaluar el estado nutricional de los pacientes, proporcionar orientación dietética y, en casos graves, prescribir terapias nutricionales específicas. La OMS enfatiza la importancia de la capacitación

del personal de salud en la identificación temprana de la desnutrición y la atención adecuada (OMS, 2019). También son responsables en la educación de la prevención de la desnutrición, orientando a la familia para elaborar un trabajo adecuado cuando el niño o niña estén dados de alta, pues si sabemos que la salud en Colombia es compleja y los tratamientos que se mandan desde el hospital son dietas, citas de control y suplemento alimenticio, este no siempre se cumple de la manera adecuada y necesaria, logrando que los niños y niñas en estado de desnutrición recaigan en la enfermedad y no mejoren su salud.

Pedagogo (a) Hospitalario: pedagogos (as) hospitalarios son profesionales que trabajan en entornos de atención médica, como hospitales y clínicas. En el caso de la desnutrición, las/los pedagogos hospitalarios deben desempeñar un papel esencial al garantizar que los pacientes y sus familias comprendan la importancia de una alimentación adecuada y reciban orientación sobre hábitos alimenticios saludables durante su estadía en el hospital y durante la vida, así poder tener un entorno protector en todas las fases de la enfermedad, pero sobre todo sobre la comprensión de la relación alimentación-salud.

Es importante destacar que la colaboración entre estos actores es esencial para abordar la desnutrición de manera efectiva. La familia necesita trabajar en estrecha colaboración con el personal de salud y las/los pedagogos hospitalarios para garantizar que se sigan las recomendaciones nutricionales y se brinde apoyo emocional y educativo a los pacientes.

Como se presentó en la tabla 1, la desnutrición aguda severa debe seguir un protocolo, entendido este concepto desde las palabras de estos autores: (Arguello, E 2018) quienes la denominan “La desnutrición aguda grave o severa es la forma más peligrosa, ya que el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura”. (p.41) teniendo este cuadro la definición anterior como base, se caracterizarán los casos con dicho diagnóstico como población objetivo de esta investigación.

Es importante también reconocer según lo planteado por Unicef (2019) que “a nivel mundial, al menos uno de cada tres niños menores de cinco años no crece de manera adecuada porque sufre una o más de las tres formas más visibles de malnutrición: retraso en el crecimiento, emaciación y sobrepeso” (p.6), destacando que todo esto es más evidente en los estratos más pobres y marginados, del país. Se quiere dar claridad sobre algunas referencias nutricionales que la OMS tiene establecida para los recién nacidos hasta los 6 meses como es la lactancia exclusiva, entendida esta según López, Sara Morales, et al. (2022).

La lactancia materna es primordial para el cumplimiento de los derechos a la salud de los niños y las niñas para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos, ya que ofrece beneficios inigualables en la salud física y emocional de los lactantes y sus madres. (p.2)




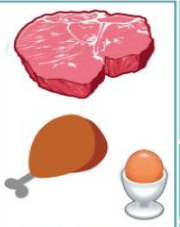


Estos beneficios perdurarán a lo largo de sus vidas el cual se debe brindar al menor con total exclusividad en sus primeros 6 meses de vida, siendo la leche materna la sustancia que cubre todas estas necesidades nutricionales, calóricas, inmunológicas para el recién nacido sea prematuro o a término.

Después de este tiempo viene la alimentación complementaria que es hasta los dos años de edad, que puede variar según ciertas características, y recomendaciones del pediatra o nutricionistas entre ellas, se puede mencionar el género, la actividad física, las condiciones del nacimiento como son el peso, la talla y las semanas de gestación y otros factores individuales. Sin embargo, hay ciertas generalizaciones que se deben tener en cuenta cuando se habla de la nutrición y bienestar de los menores.

Al consumir nutrientes esenciales en la dieta diaria de los niños y niñas, se logra mantener un bienestar en cuanto a la alimentación, es así como en la guía de alimentación según ICEFB encontramos una tabla que se considera dentro de la investigación como una buena explicación de lo que representa una buena alimentación, pues nos muestra la cantidad de nutrientes y los

alimentos que se deben consumir de los 6 meses hasta los 23 meses. Tomado de las ‘Guías alimentarias basadas en alimentos para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años de Colombia’.

Tabla 4. Guía para una adecuada alimentación infantil.

Grupo de alimentos	Subgrupo	Alimentos	Grupo de edad		
			6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 23 meses
			Textura		
LECHE MATERNA			A LIBRE DEMANDA		DESPUES DE LAS COMIDAS
	Cereales	Arroz, maíz, trigo, cebada, avena, centeno, preparados en casa.	Machacados*	Machacados*	En la preparación de la familia.
	Derivados de cereales	Pastas, pan, arepas, envueltos, amasijos, coladas, tostadas, calados preferiblemente preparados en casa.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
	Raíces, tubérculos, plátanos	Papa, yuca, ñame, arracacha, plátano verde.	Entre los 6 y los 7 meses de edad en puré o machados.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
	Frutas	Frutas frescas como papaya, guayaba, manzana, mango, mandarina, naranja, granadilla, etc.*	En puré o en zumo para frutas como la granadilla.	En trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
	Verduras	Ahuyama, espinaca, brócoli, coliflor, zanahoria, etc.	En puré o trozos de verduras cocidas al vapor, en caso que no se puedan consumir frescas.	En trozos pequeños frescas o al vapor.	En trozos pequeños frescas o al vapor.
	Leche	Leche de vaca u otros mamíferos.	No ofrecer.		Hervida o pasteurizada.
	Productos Lácteos	<p>Cuajada y quesos frescos sin adición de sal.</p> <p>Yogurt y kumis elaborados a base de leche entera.*</p>	Queso rallado sin sal, cuajada machacados.	En trozos pequeños.	En trozos pequeños.
			Sin adición de azúcar, en vaso y con cuchara, preparados en casa.		
Grupo de alimentos	Subgrupo	Alimentos	Grupo de edad		
			6 a 8 meses	9 a 11 meses	12 a 23 meses
			Textura		
	Carnes	Carnes rojas y blancas, vísceras, pollo, cerdo, pescado fresco y especias menores como conejo, cuy.	Carne o pollo bien picados, desmechados, molidos o triturados.	Desmechados o cortados en trozos pequeños que el bebé pueda agarrar con la mano.	En trozos pequeños.
			Pescados sin espinas, deshuesados.	Pescados sin espinas, deshuesados.	
	Huevo	Huevo	Inicie con la yema evaluando tolerancia hasta ofrecerlo completo (yema más clara).	Todas las preparaciones.	Todas las preparaciones.
Leguminosas	Frijol, garbanzo, lentejas, alverja seca.	Machacados combinados con cereales como el arroz.	Granos machacados combinados con cereales como el arroz.	Granos machacados combinados con cereales como el arroz.	
	Grasas	Se puede utilizar aceite vegetal y mantequilla de vaca.			
		No incluya en la alimentación grasas TRANS que se encuentran en productos de paquete, margarina y galletas.			
	Azúcar simple, dulces	No adicionar azúcar, panela o miel en los alimentos y preparaciones. No ofrecer dulces.			

Fuente: tabla proyectada por ICBF <https://www.icbf.gov.co/mis-manos-te-ensenan/que-alimentos-debo-darle-mi-bebe-partir-de-los-6-meses>

4.3.2 Desnutrición infantil en Colombia

La desnutrición infantil es un problema grave en Colombia, especialmente en las zonas rurales y en las poblaciones más pobres. Según datos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), en el año 2021, el 7.8% de los niños menores de cinco años en el país sufrían de desnutrición crónica, mientras que el 1.3% presentaban desnutrición aguda. La desnutrición crónica se refiere a un retraso en el crecimiento de los niños, mientras que la desnutrición aguda se refiere a una falta aguda de nutrientes y calorías en el cuerpo. Ambas formas de desnutrición pueden causar daño físico y mental permanente a los niños.

El gobierno colombiano ha implementado varias políticas y programas para abordar la desnutrición infantil en el país. El programa de alimentación escolar "PAE" brinda nutrición a niños en escuelas públicas, mientras que el ICBF ofrece programas de nutrición y salud para niños y familias vulnerables. Además, el gobierno ha establecido objetivos nacionales para reducir la tasa de desnutrición infantil en el país, pero esto no ha sido 100% efectivo, pues las cifras de mortalidad por desnutrición según la revista INFOBAE, relata que hasta octubre de 2022 han fallecido 122 niños, menores de cinco años por causas relacionadas a la desnutrición” y resalta que las zonas más afectada es en primer lugar: el Chocó con 21 casos confirmados, en segunda instancia está La Guajira y el Cesar con 13, y de ahí parten otros municipios con menor cifras como lo es Bolívar con 12 hechos de este tipo; Risaralda y Meta con 5 casos confirmados; Antioquia, Casanare y Magdalena, con 4; Barranquilla 3, Santa Marta 3, Bogotá con 2 y Cartagena con 1.

Sin embargo, en Antioquia si bien las cifras de mortalidad son bajas, se ha podido evidenciar que existe una tasa alta de desnutrición infantil y según la información que se ha documentado en la Corporación hospital Concejo de Medellín, en uno de sus informes dice que para 2022, 133 niños y niñas entraron en estado de hospitalización por casos de desnutrición

extrema, con epicentro en el municipio de Bello, la Comuna 10, específicamente en el sector la candelaria y el centro de Medellín y la comuna 13 en San Javier. Sin embargo, nos aclara una de las nutricionistas que no todos los casos que llegan al hospital son reportados pues algunos son de baja complejidad y se pueden tratar fácilmente en un periodo corto de tiempo y sin necesidad de activar rutas.

No obstante, Cabe resaltar que la desnutrición infantil conlleva ciertas causas y consecuencias que pueden afectar a los que la padecen, estos factores que afectan a los niños y a las niñas son, según (Codas, Echague, Ramírez, & Viveros, 2016)

Causas sociales, financieras, psicológicas y patológicas, siendo los niños, adolescentes y ancianos el grupo más vulnerable, así mismo consecuencias como problema de aprendizaje en la etapa escolar, sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles, que llevarían a una vida adulta con problemáticas. (p.12)

Las causas de la desnutrición infantil en Colombia son múltiples y complejas, y varían según la región y la población, pero siguen siendo las principales las descritas en la tabla 2 por la UNICEF.

4.4 La educación infantil en el contexto hospitalario

Las aulas hospitalarias o aulas pedagógicas en el contexto hospitalario, tiene como epicentro fundamental Europa y Latinoamérica, en estos continentes se dieron los inicios a una pedagogía que, si bien no se ha explorado en extensión y profundidad, ya que no se encuentran muchos estudios del campo educativos en este contexto, la mayoría de ellos, se han publicado en los últimos 20 años en países europeos e iberoamericanos.

Esta nueva metodología de trabajo se empezó a expandir por varios países como España, donde pensando en el bienestar de las infancias crearon asociaciones, corporaciones y

fundaciones que trabajan y velan por los derechos del niño, gracias al trabajo de estas organizaciones en el año de 1959 y en este mismo contexto, se establecieron los derechos de los niños y niñas hospitalizados.

En Latinoamérica para este periodo también inicia una creciente lucha por los derechos de la infancia, y por hacer que los niños y las niñas fueran sujetos cuidados y acompañados, para esto se crearon varios institutos, entre ellos el instituto internacional americano de protección a la infancia con sede en Montevideo (Uruguay) y se declaró el siglo XX como el siglo de los niños y las niñas.

El pedagogo hospitalario es sin duda un eje fundamental en esta investigación, pues este es el mediador de conocimientos y experiencias brindadas a los menores que se encuentran en estado de hospitalización, por ello es importante definirlo, tal como lo plantea (Ortiz, 1999) quien describe al pedagogo hospitalario como:

Un profesional íntegro, caracterizado por la serenidad, la empatía, flexibilidad, la imaginación y la creatividad. El cual propicia la comunicación entre el niño, su familia, el personal médico y su entorno educativo exterior, dado que a veces tendrá que replantearse su tarea en función del estado del niño enfermo. (p.104)

Es por esto que nos parece importante hablar de las cualidades que debiese tener este profesional que se desenvuelve profesionalmente en el contexto hospitalario y enfatizar en lo planteado por Grau (2001) al hablar del pedagogo como:

Un docente que tiene conocimientos y habilidades muy avanzadas sobre las necesidades educativas y psicosociales de los niños enfermos hospitalizados, así como un elevado grado de preparación para desarrollar su labor de forma coordinada con los padres, con el personal médico asistencial y demás profesionales encargados de su atención en el hospital. (p.104)

4.5 El pedagogo infantil y su acompañamiento en lo hospitalario

Se hace mención como la educación alimentaria y nutricional ha tomado una gran importancia no solo en los hogares sino también en el contexto de la educación inicial, se retoma al autor De La Cruz Sánchez (2015) quien hace referencia que:

...la Educación Inicial contribuye con la socialización del niño y la niña, participando en su proceso de vida para que tengan oportunidades de adquirir patrones sociales y culturales que les permitan integrarse y transformar a la sociedad en la que viven y se desarrollan; en esta misma línea va esta investigación la cual está interesada en proponer acciones pedagógicas que ayuden desde el ámbito educativo a concientizar sobre hábitos saludables tempranos en los niños y las niñas (p.163).

Coherente con estos planteamientos, el/la docente debe cumplir un papel decisivo para llevar a cabo la acción pedagógica y más en estos escenarios (aulas hospitalarias), a partir de planificaciones que al mismo tiempo posibiliten la participación activa a los niños y niñas, proporcionándoles un ambiente de aprendizaje saludable y con actividades que promuevan contenidos útiles, cercanos, desde situaciones reales, contextuales y experienciales. Y el tema de la nutrición desde la infancia cumple a cabalidad con estos atributos, Pues hace parte de los ejes temáticos que aportan y posibilitan favorecer el desarrollo infantil en cualquier escenario educativo que albergue la infancia, sea un contexto educativo formal, informal o no formal, como lo son las unidades hospitalaria, además son contenidos que vinculan la familia y que pueden tener un impacto muy significativos para la vida presente y futura de un infante desde el mejoramiento de su calidad de vida.

5. Metodología de la investigación

El presente estudio de caso tiene como objetivo principal analizar las principales causas y consecuencias de la desnutrición infantil en un contexto hospitalario, a través de la caracterización de los casos de desnutrición aguda severa que llegaron entre agosto del 2022 a agosto del 2023 al HICM. Para ello, se lleva a cabo un diseño metodológico que permita la identificación de las causas subyacentes de la desnutrición infantil y su relación con las consecuencias que esta condición tiene en la salud de los niños y las niñas.

5.1 Tipo de estudio y enfoque de investigación

Este trabajo pretende brindar una mirada desde la educación infantil a un tema preocupante para nuestra sociedad, como lo es la desnutrición en la primera infancia, entendida desde el departamento nacional de planeación del gobierno de Colombia, como la etapa de la vida que va desde el nacimiento hasta los 6 años (0a 6 años); y cada vez más estudios sobre infancia reconocen su importancia desde la influencia de las experiencias vividas durante sus primeros años con relación a sus posibilidades futuras.

Se proyectó desde octubre del 2022 y durante el primer semestre del 2023, realizar un trabajo directamente con las familias y/o cuidadores de los niños y niñas con diagnóstico por desnutrición que llegan al HICM. Es por esto que la presente investigación se plantea como un estudio de tipo cualitativo entendiendo este como un conjunto de epistemologías que buscan la comprensión y reflexión profunda de fenómenos humanos Simons (2009) plantea que en el enfoque de estudio su “principal finalidad es investigar la particularidad, la unidad, del caso singular” (p.20), en este caso lo asociado a las condiciones, causa y consecuencias de la desnutrición infantil. Sanmartí, (2007) define la investigación cualitativa como: “(...) el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos

la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta “(p.1), y Samper puntualiza (2018) en que “el enfoque cualitativo se fundamenta en sí mismo. para construir creencias propias sobre el fenómeno estudiado como lo sería un grupo de personas únicas”. (p.18)

Es en este tipo de investigación donde se emplea la generación de datos, las descripciones detalladas de situaciones que surgen en este contexto hospitalarios eventos, personas, interacciones, situaciones, conductas observadas y sus manifestaciones sobre el fenómeno en reflexión; con la pretensión de ir a la profundidad del tema de la desnutrición para reconocer que posibilidades de abordaje se pueden plantear desde la educación infantil, para lo cual, Cerda afirma (2011, citado por Portilla et al., 2014) que “lo cualitativo hace alusión a caracteres, atributos o facultades no cuantificables que pueden describir, comprender o explicar los fenómenos sociales o acciones de un grupo o del ser humano”. (p.91)

Teniendo en cuenta que esta problemática además surge desde la inmersión en el contexto hospitalario por parte de sus autoras, se busca un acercamiento a la comprensión de la naturaleza del problema in situ; como lo menciona Simons, (2009) en su libro “estudio de caso teoría y práctica” al resaltar que no todos los investigadores tienen la oportunidad de estar en el escenario, compartir con los participantes como fue en esta investigación, al estar en el contexto hospitalario donde llegaron niños y niñas diagnosticados con desnutrición, así se intentó reconocer las causas y consecuencias de esta condición.. Es decir, se tiene como propósito el entendimiento de las particularidades de los casos de desnutrición infantil en el HICM como dice (Stake,1999) “nos interesan tanto por lo que tienen de único como por lo que tienen de común” (p.12), al intentar conocer las partes que lo conforman y sus relaciones en el contexto global en que se desarrollan (ibit); además como lo indica Martínez (2006):

El estudio de caso se dirige a la comprensión de aquello que se desarrolla en un contexto, es así como se podría dar un estudio de un caso único o de varios, usando diferentes medios para la recolección de información, con el propósito de describir, verificar o generar una teoría. (p.174)

Por lo cual, se identifica que el estudio de caso es pertinente con los objetivos de la presente investigación, siguiendo las ideas de Simons, (2011):

El estudio de caso es una investigación exhaustiva y desde múltiples perspectivas de la complejidad y unicidad de un determinado proyecto, política, institución, programa o sistema en un contexto “real”. Se basa en la investigación, integra diferentes métodos y se guía por las pruebas. La finalidad primordial es generar una comprensión exhaustiva de un tema determinado (por ejemplo, en una tesis) para generar conocimientos y/o informar el desarrollo de políticas, la práctica profesional y la acción civil o de la comunidad. (p.43)

La finalidad es investigar varios casos en concreto, para luego generalizar y triangular lo que se dice sobre cada caso uno, para dar respuesta a la pregunta y por ende cumplimiento a los objetivos planteados.

Para obtener información se acude a las fuentes directas, que en este caso son las familias y/o cuidadores, de esta forma se podrá realizar una descripción más detallada de algunos de los casos de desnutrición infantil, al mismo tiempo se podría detectar que está ocurriendo dentro de las familias o núcleos de cuidado de los infantes, por qué está surgiendo la desnutrición de los niños y niñas y que factores desencadenan su condición de desnutrición.

Bajo esta misma mirada podemos resaltar que el enfoque de estudios de caso está en concordancia con el enfoque cualitativo, ya que es de gran utilidad en las investigaciones y ha sido muy efectivas en el área de la salud al respecto E. Urra, (2014) aclara que, esta metodología

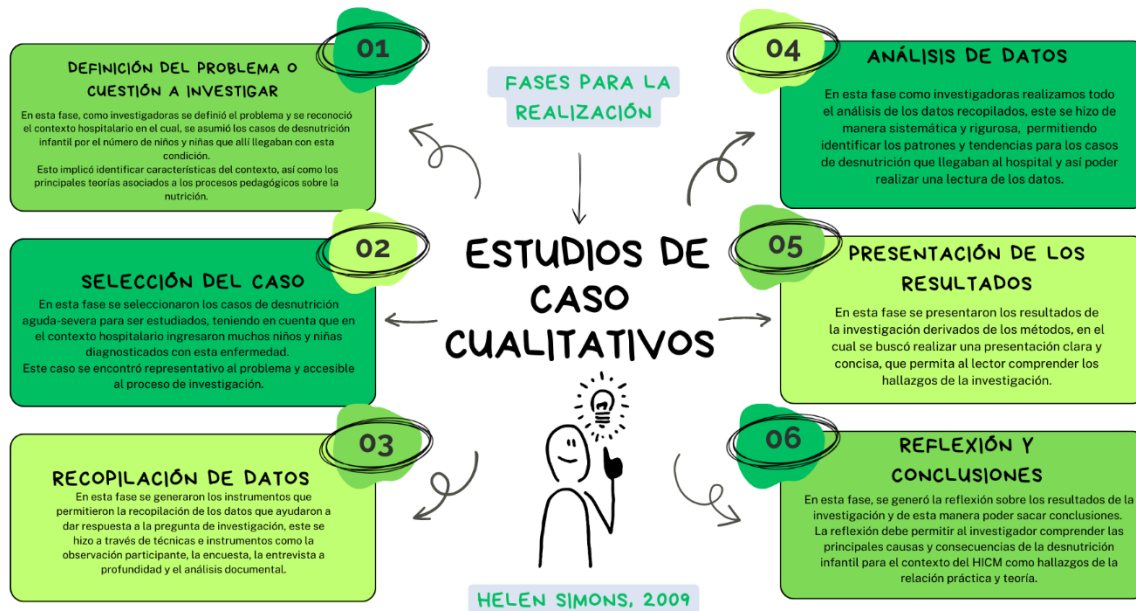
permite a los investigadores profundizar en el análisis de un fenómeno, utilizando diferentes métodos y enfoques. Los estudios de casos pueden responder a una variedad de preguntas de investigación, incluyendo las centradas en las experiencias individuales, la complejidad de los contextos o la eficacia de las intervenciones, puntualizando:

El diseño de estudios de casos como parte de una estrategia investigativa busca dar respuesta a una pregunta de investigación que permite usar diferentes métodos para hacer constantes comparaciones múltiples. En síntesis, los estudios de casos son usados en ambas formas por los investigadores y tienen un potencial de utilidad en situaciones y contextos de enfermería y salud. (p.131)

Además, siendo este un estudio de caso en el campo de la educación infantil sería importante mencionar que también han sido ampliamente usados en investigaciones educativas con esta población, ya que permiten comprender la complejidad de los fenómenos educativos, favorecer el aprendizaje significativo, promover la reflexión crítica y contribuir a la mejora de la práctica educativa.

A continuación, se presenta un gráfico (figura 5) sobre las fases para la realización del estudio de caso cualitativos propuestos por Helen Simons (2009), los cuales fueron retomados como estrategia de planeación en las fases de este trabajo de investigación.

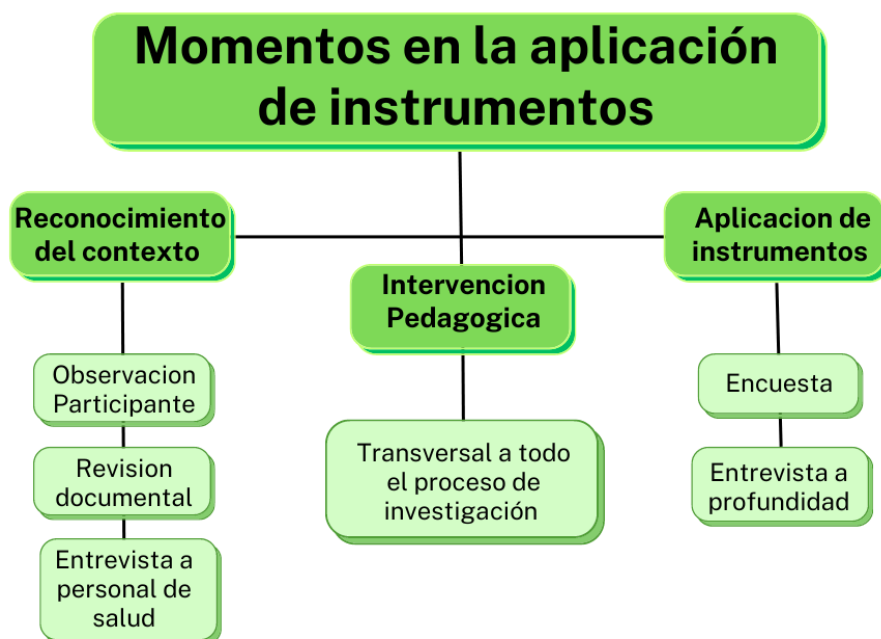
Figura 1. Fases de la investigación respecto a los estudios de caso.



Fuente: elaboración propia, a partir del libro de Simons (2009)

Además de estas fases, esta autora señala que los estudios de caso cualitativos se caracterizan porque el investigador comienza su proyecto de investigación con preguntas abiertas y las respuestas a estas preguntas forman la investigación, también proporcionan un marco general para realizar estudios cualitativos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que cada estudio de caso es único, y que el investigador debe adaptar el marco a las necesidades específicas de su investigación, como se realizó para este caso.

Figura 2. *Momentos en la aplicación de instrumentos*

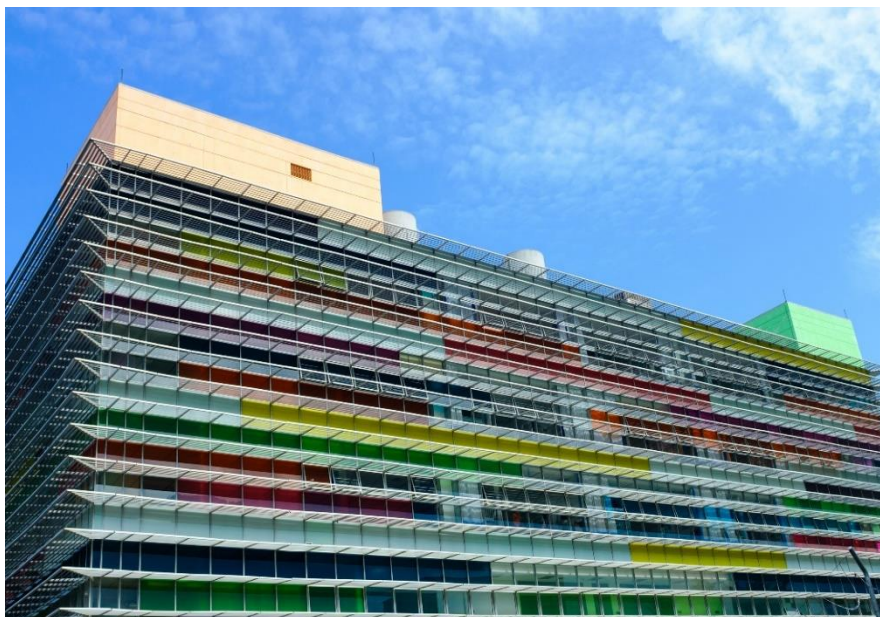


Fuente: elaboración propia, a partir del libro de Simons, (2009).

5.2 Contexto y participantes

El contexto hospitalario para nuestro trabajo de investigación es el HICM, ubicado en el barrio Campo Valdés N°1, en la zona Nororiental de la Ciudad de Medellín, comuna 4. Este hospital pertenece a la red de prestación de servicios de salud que fortalece la red metropolitana de la especialidad de atención, iniciando su operación en 2013, donde atiende a niños que lo requieran desde el primer mes de vida hasta los 17 años, 364 días.

Figura 3. *Corporación Hospital Concejo de Medellín HICM.*



Fuente: *página Web* (2013) <https://images.app.goo.gl/jC3pkWutymXu3LcLA>

Su estructura física presenta 7 pisos para la atención integral y exclusiva de los menores de edad y está dividida en los siguientes servicios: urgencias, consulta externa, hospitalización, sala de UCI y cirugía. El Hospital cuenta con doctores y enfermeras pediátricas, con trabajadora social, psicóloga y nutricionistas de planta, todo un personal de la salud que están al servicio de ellos durante el día.

El hospital en el 5° piso cuenta con un aula lúdica, que es atendida por una funcionaria de la red de ludotecas del INDER, esta sala funciona de lunes a viernes en el horario 9:00 a 3:30 de la tarde y sábados de 8:00 a 1:00 de la tarde, también cuenta con practicantes del Tecnológico de Antioquia y de la Universidad de Antioquia, quienes apoyan y acompañan a los niños, niñas y sus familias con actividades previamente planeadas e intencionadas desde su condición de enfermedad. Ya que las practicantes tienen acceso al historial de los pacientes, datos que ayudan a la intencionalidad, mediación y ejecución de las actividades planteadas y a la atención integral de los niños y niñas. En este protocolo se especifican datos como enfermedades o diagnóstico, se

discriminan las habitaciones aisladas por protocolo de seguridad, en qué condiciones llegan niños y niñas, en que pisos se pueden recorrer y poder acercarse con familias y cuidadores, lo que permitirá recolectar información de evidencia para la investigación.

Figura 4. *Corredor quinto piso HICM, Toma lúdica Fuente propia (2022).*



Fuente: propia (2022.)

El aula lúdica cumple con función de ludoteca y cuenta con unas reglas establecidas para sus visitantes y participantes de las actividades programadas, algunas de estas son: que los menores siempre deben estar acompañados por su cuidador(a), el cual se le invita a participar de una forma activa en la actividad o juego de los niños y las niñas; para esto debe dejar a un lado aparatos electrónicos o cualquier elemento de distracción, también cada acompañante con los menores debe volver a dejar el material organizado, no se acepta el ingreso de comestibles, siempre deben tener puesto el tapabocas esto por protocolo de bioseguridad y el cuidado de todos, especialmente de los niños y las niñas inmunocomprometidos, estas reglas están pensadas para que los padres de familia y los niños y las niñas siempre cuenten con espacios garantes de bienestar.

Figura 5. Aula lúdica HICM. Taller sobre el cuerpo. Fuente propia (2022).



Fuente: propia (2022).

Como ya se mencionó, también se llevan actividades a las habitaciones en los diferentes pisos de hospitalización, de esta forma se busca que los pacientes que no pueden desplazarse por su condición de enfermedad también puedan participar de ellas y se sientan incluidos en el proceso.

Así que los participantes principales de esta investigación serán las familias y/o cuidadores de niños y niñas entre los 0 a 6 años, es decir, que transiten la primera infancia, que fueron diagnosticados con un cuadro de desnutrición y que se dispongan a participar, de manera abierta, libre y voluntariamente de este proceso, permitiendo la aplicación de técnicas e instrumentos diseñados para los propósitos de esta investigación.

Para la generación de la información se acudió a las fuentes directa que en este caso son las familias y/o cuidadores, de esta forma se logró realizar una descripción más detallada de algunos de los casos de desnutrición infantil, al mismo tiempo que se pudo detectar que está ocurriendo dentro de las familias o núcleos de cuidado de los infantes, por qué está surgiendo la desnutrición de los niños y niñas y que factores sociales desencadenan su condición de desnutrición.

Figura 6. *Dormitorio 5° piso HICM, cuento “Clara y su sombra”.*



Fuente: propia (2022)

5.3 Técnicas e instrumentos para el registro y análisis de la información:

Las técnicas y los instrumentos que se van a implementar en la presente investigación de corte cualitativo son, inicialmente una observación participante, la cual es entendida según Marshall y Rossman (1989) como “la descripción sistemática de eventos, comportamientos y artefactos en el escenario social elegido para ser estudiado”(p.79), esta permite conocer el

contexto, incorporando una mirada activa a las situaciones, personas o elementos que se puedan evidenciar, de la misma manera posibilita la escritura de notas de campo y la elaboración de entrevistas informales que pueden generar datos importantes para el desarrollo efectivo de la investigación. En segunda instancia se realiza una revisión documental, este término se define según Hurtado (2008) como, una técnica en donde se recolecta información escrita sobre un determinado tema, teniendo como fin proporcionar variables que se relacionan indirectamente o directamente con el tema establecido, vinculando esta relaciones, posturas o etapas, en donde se observe el estado actual de conocimiento sobre ese fenómeno o problemática existente.

Su sistematización se realiza por medio de una matriz documental (ver anexo 1) en donde se recolecta la información que se suministra desde lo institucional y de los documentos legales en relación a los procesos, rutas y estrategias que existen en torno a la nutrición y desnutrición infantil, también se proyecta una encuesta de caracterización de la población participante (ver anexo 2), este se aplica directamente a las familias que lleguen al HICM con diagnóstico de desnutrición, a cada uno de ellos se les solicitan los datos que permitan reconocer diferencias y semejanzas de las causas del estado de desnutrición, la encuesta es entendida desde la perspectiva de Meneses, J (2016) como:

“Una herramienta que permite al científico social plantear un conjunto de preguntas para recoger información estructurada sobre una muestra de personas, empleando el tratamiento cuantitativo y agregado de las respuestas para describir a la población a la que pertenecen y/o contrastar estadísticamente algunas relaciones entre medidas de su interés”. (p.9)

El cuestionario, como lo menciona Torres et al., (2015) “es un conjunto de preguntas sobre los hechos o aspectos que interesan en una investigación y que son contestadas por los encuestados. Se trata de un instrumento fundamental para la obtención de datos” (p.8). Dichas

preguntas pueden ser abiertas o cerradas y solo se necesita que el investigado tome un tiempo para contestar y el investigador tenga una forma de recoger la información, para este estudio se realiza de manera física por las condiciones en que se encuentran las familias y/o cuidadores.

Y, por último, se plantea una entrevista a profundidad (ver anexo 3) para algunos casos donde no se reconocen elementos que cuente con la información necesaria o como su nombre lo dice que requiere profundizar en los mismo, la entrevista son conversaciones como lo dice (Simons 2009) “... me permite llegar al núcleo de los temas del caso con mayor rapidez y profundidad, sondear las motivaciones, hacer preguntas de seguimiento y facilitar que las personas cuenten sus historias”. (p.70)

Finalmente, es importante mencionar que a cada instrumento se le realizará validación por pares académicos y por experto temático.

5.4 Fases metodológicas para el análisis de los casos de destrucción en el HICM

A continuación, se describen cada una de las fases del proceso de investigación a ejecutar durante tres semestres académicos:

Fase 1: Se realiza una revisión de literatura y documentos legales, normativos e institucionales, con el fin de profundizar en la problemática, además durante los primeros 5 meses se realiza una observación participante lo cual se sistematiza en una matriz documental. Teniendo en cuenta a Simons, 2009 la observación es una técnica “es útil en la investigación con estudio de caso, donde hay que observar atentamente un caso específico y/o interpretar lo que se averigua de otras fuentes o con otros métodos del contexto” (p.86).

Fase 2: Se continúa con el trabajo de generación de la información específica del proyecto, y como ya se mencionó, ya que el objeto de estudio son los niños y niñas hospitalizado con diagnóstico de desnutrición aguda severa, según los indicadores de talla/edad, peso/edad y

peso/talla de la Organización Mundial de la Salud y las normas reglamentarias del hospital, Se precisa de la información del diagnóstico médico, por lo cual, cada día teniendo en cuenta las entregas de turno proporcionadas por la jefe de enfermería y los datos de las nutricionistas de la unidad hospitalaria se identifican las familias y se logra un acercamiento, en el cual se les invita a participar, se comunica la naturaleza de la investigación y sus fines, si de manera libre y voluntaria aceptan participar, se invita a la afirma de consentimiento informado (ver anexo 4) .

A continuación, se explica paso a paso la forma en que se realiza la recolección de la información con los representantes legalre de los menores con desnutrición aguda severa:

- Se inicia con una encuesta de caracterización dirigida a los representantes legales de los menores con diagnosticados por el personal de salud con desnutrición, y que están hospitalizados por un período no inferior a tres días, como se puede apreciar en el instrumentos en esta se recolecta la información personal, familiar, socioeconómica y académica del menor, para considerar las condiciones en las que vive el niño o niña; tras recolectada esta información, se organiza en cuadros por categorías (ver anexo 5), seguidamente y dependiendo de la complejidad del caso, se realiza una entrevistará a profundidad con preguntas abiertas (ver anexo 3), para intentar profundidad respecto a aspectos sociofamiliares y emocionales.

Fase 3: Con la información recolectada se analizan las posibilidades y contribuciones de la educación infantil a la prevención de la desnutrición y promoción de la salud en este contexto hospitalario HICM, desde la construcción de un informe final.

Es importante destacar que a medida que se fue realiza el proceso de investigación, se realizarán intervención pedagógica, a través de talleres referidos a temas de nutrición infantil y alimentación saludable según la demanda del contexto y los participantes, actividades que serán uno de los producto del ejercicio investigativo y que se consignaron en un documento a manera

de cartica, especialmente dirigida al personal de salud, a agentes educativos y las familias de niños y niñas menores de 6 años (ver anexo 6).

5.5 Consideraciones éticas

En esta investigación se tuvo en cuenta los lineamientos éticos estipulados en la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social, por medio de la cual, se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Al mismo tiempo se fue consciente del deber moral y ético con los actores participantes más siendo menores. Con las familias se realizó un acercamiento sincero y cuidadoso del otro, para generar confianza, una relación de respeto y empatía con ellos, ya que, permiten que la información sea contada con más fluidez dependiendo de su experiencia y pueda ser recolectada sin herir susceptibilidad y sobre todo mantener condiciones de equidad e igualdad para con los participantes.

Se comprende la responsabilidad que implica el uso adecuado de la información recolectada, la cual, será guardada y almacenada confidencialmente, por las investigadoras con contraseñas electrónicas que permitan la protección de los datos, teniendo presente la ley 1581 de 2012, de protección de datos, ya que, serán utilizados única y exclusivamente para fines de la investigación. Es importante resaltar que se realizarán consentimientos informados, los cuáles serán reconocidos y aceptados a través de firma de manera individuales por cada familia participantes (ver anexo 4), asimismo, se acuerda si se quiere o no participar de manera libre y voluntaria, que en cualquier momento puede retirarse y claudicar de su participación, además se respeta el mantener el anonimato durante su participación, como lo expone Flick (2015):

Al abordar el campo y a nuestros participantes, debemos preparar —si esto es posible— un impreso que regule el consentimiento informado. La mejor manera es preparar un

contrato mutuo que explique el propósito de la investigación, lo que se espera del participante (por ej., que conceda una entrevista) y el procedimiento con los datos (durante cuánto tiempo se almacenarán, quién tendrá acceso a ellos, cómo se garantiza el anonimato). Este contrato lo deben firmar tanto el investigador como el participante, y ha de incluir una posibilidad de retirar el consentimiento (p.129)

Se espera generar confianza entre las investigadoras y las/los participantes, por medio de la escucha atenta y procedimientos técnicos formales durante el acompañamiento y la aplicación de instrumentos.

5.6 Sobre el proceso de análisis.

Después de la recolección de información, se realiza el proceso de organización de la misma, es decir, el proceso de sistematización y generación de los datos obtenidos a través de cada uno de los instrumentos.

A nivel de las encuestas, éstas fueron analizadas en varias etapas, inicialmente se organizan las respuestas del cuestionario en tablas de Excel, la información suministrada de cada participante fue denominado por un código, de la siguiente manera como F1 (Familia 1), esto con el fin de proteger y darle cumplimiento al tratamiento de datos. El siguiente fue revisar y limpiar los datos generados para eliminar cualquier error o información incompleta, en segundo lugar, se realiza una tabulación de datos para obtener un resumen estadístico de los resultados (ver anexo 7).

Esto implica que en algunas preguntas se acudiera a la creación de tablas y gráficos para visualizar los datos más significativos, en otras preguntas, se realizó análisis de contenido, entendiéndose este como un “conjunto de procedimientos interpretativos de productos

comunicativos (...) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados” (Piñuel, 2002) (p.2).

En el momento de realizar las encuestas a los familiares se eligieron seis casos con diagnóstico por desnutrición aguda severa, que se consideraron relevantes para la investigación, para la aplicación de la entrevista a profundidad, la cual posteriormente se transcribió en función de las categorías de causas y consecuencias de la desnutrición infantil.

Para finalmente, triangular la información de los otros instrumentos (encuesta, revisión documental y entrevista a profundidad), esto quiere decir que luego de tener la información registrada de los instrumentos, se procedió a realizar su interpretación para evidenciar las tendencias y variables en las respuestas dadas, dando interpretación de las respuestas de los participantes al extraer enunciados argumentativos

6. Análisis de la información.

El inicio de este proceso se dio en el mes de agosto del 2022 y se desarrolló durante todo el año 2023, ya que se propuso un estudio de caso como un conjunto de procedimientos cualitativos para la comprensión y reflexión profunda de fenómenos humanos, en este caso lo asociado a las condiciones, causa y consecuencias de la desnutrición infantil en el contexto de una unidad hospitalaria infantil (HICM) de la ciudad de Medellín – Antioquia – Colombia, desde un trabajo directamente con las familias y/o cuidadores de los niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda severa, el cual a continuación se describirá en tres pasos que fueron el producto de síntesis de la matriz de observación participante .

Primer momento: denominado reconocimiento del contexto y surge un problema a ser investigado

Tras 5 meses de observación participante, la cual se realizó por diferentes lugares del hospital, estos fueron: el aula lúdica, las habitaciones, los pasillos, la sala de lactancia, los pisos de hospitalización, la sala de urgencias, la plazoleta central del hospital, entre otros. Permitió primero reconocer la agudización del problema de nutrición infantil en la ciudad, por el alto número de casos que se recibían en esta unidad hospitalaria con dicho padecimiento, principalmente en menores entre 0 a 6 años, lo cual se convirtió en causa y propósito de las investigadoras. Además, estar en inmersión permitió un reconocimiento del contexto hospitalario (de sus dinámicas, acciones, rutas y programas principalmente de atención) como también de los participantes y sus familias, finalmente también posibilitó un proceso de caracterización para la validación de la información que era de nuestro interés.

Además, se realizaron entrevistas informales con el personal de salud enfermeras, social y el equipo de nutrición y con personas que habitaban el espacio del HICM, familias y participantes, además se realizó la revisión de los documentos y protocolos institucionales asociados a como manejan los casos de desnutrición infantil.

Segundo momento: caracterización de la población participante y aplicación de instrumentos encuesta y entrevista.

Desde finales del 2022 hasta agosto del 2023, se construyó y aplicó el primer instrumento la encuesta a los representantes legales de niños y niñas con diagnóstico de desnutrición aguda severa en el HICM obteniendo 30 familias participantes de casos que ingresaron exclusivamente por desnutrición en el periodo mencionado, entre ellos se seleccionaron seis (6) familias con casos de desnutrición aguda severa, a las cuales se les aplicó el instrumento dos _la entrevista a profundidad_ en busca de información adicional donde se pudiera poner en conversación las

causas y consecuencias de la misma; todo esto estuvo acompañado de un consentimiento informado que respaldó la investigación y que pretendía proteger la información de los niños y niñas y las familias participantes.

Tercer momento: talleres pedagógicos sobre salud y nutrición infantil.

Para complementar el proceso se realizaron de manera paralela al proceso de investigación, una serie de actividades/talleres de promoción de la alimentación adecuada y la prevención de la desnutrición, actuando principalmente desde la importancia de la alimentación saludable en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, desde encuentros semanales en los que se abordaron temas, tales como: la lactancia materna y la alimentación complementaria, el beneficio de frutas y verduras, la prevención de enfermedades, el consumo de azúcar, tipos de alimentos, entre otros; para esto se utilizaron diferentes materiales didácticos que permitieron la comprensión del tema e interacción entre los niños y niñas con sus familias. Un momento transversal a todo el proceso de investigación y del cual se derivó una cartilla de actividades.

Sobre el proceso de análisis de la información se propusieron 5 etapas que están explicitadas por acción y descripción de la acción, en la tabla 5, esto para facilitar su comprensión:

Tabla 5. *Sobre el proceso de análisis de la información.*

ETAPA	ACCION	DESCRIPCIÓN
1	CARACTERIZACIÓN DE LOS PARTICIPANTES	Teniendo en cuenta que se tuvieron 30 casos de desnutrición infantil, se decidió nombrar estas familias por códigos de la siguiente manera: Flia 1 (familia 1). Con el fin de proteger y dar cumplimiento a los datos se denominaron las 30 familias participantes por códigos.
2	TABULACIÓN DE LA ENCUESTA	Para realizar el proceso de caracterización de la encuesta se tabuló la información tenida en la encuesta revisando y eliminando cualquier error para así poder generar una información más efectiva.
3	REGISTRO Y OBTENCIÓN DE DATOS SIGNIFICATIVOS	Se sacaron los datos más relevantes de la información y se hizo un proceso estadístico, además de eso se realizaron gráficos que permitieran una mejor comprensión de la información.
4	TRANSCRIPCIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS ENTREVISTAS	Se transcribió la información y se generó un proceso de organización en una matriz que nos permitió analizar sus principales resultados y llegar a conclusiones.
5	CATEGORIZACIÓN Y TRIANGULACIÓN DE LA INFORMACIÓN	Teniendo en cuenta los instrumentos se tomaron los datos más relevantes y se generó un proceso de triangulación con estos para el análisis.

Fuente: elaboración propia.

Esta investigación por ser un estudio de caso y teniendo en cuenta las técnicas e instrumentos cualitativas utilizadas, se logró destacar información relevante en las encuestas las cuales se organizaron y tabularon por medio de gráficas. A lo cual Portilla, M. (2014) menciona como este tipo de organización permite “cambian la concepción de la observación pasiva de la naturaleza, hacia una metodología experimental, utilizando instrumentos que permiten analizar dicha naturaleza”. (p.4) mientras que para las preguntas abiertas y las entrevistas a profundidad se propuso un análisis de contenido, es importante reconocer que toda la información se organizó a través de una matriz, donde se utilizaron códigos para diferenciar los participantes.

Para la organización de los instrumentos, se debe presentar los resultados y hacer un análisis para lo cual se debe utiliza una buena capacidad de síntesis, nombrar los instrumentos a

partir de un sistema de códigos, ordenarlos según la fecha de realización, dando inicio con Flia 1, Flia 2 y así sucesivamente hasta llegar a la última familia Flia 30.

Tabla 6. *Códigos para la sistematización de los instrumentos.*

Nombre del Instrumento aplicado	Código
Revisión documental	RD
Encuesta desnutrición infantil	EDI
Entrevista a profundidad	EP
Definición de los participantes de la encuesta.	Flia 1 - Flia 30...

Tabla 6: elaboración propia

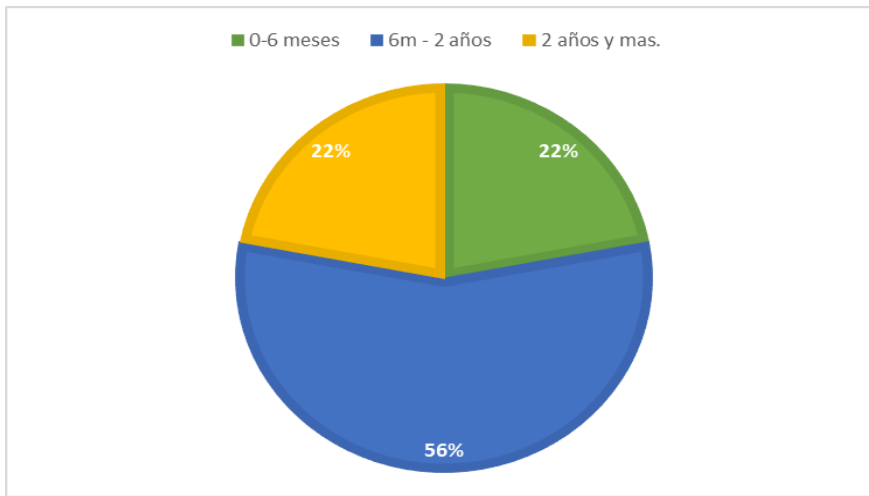
7. Presentación de resultados

Los resultados de la investigación serán presentados teniendo en cuenta los objetivos específicos, que guiaron el proceso de investigación y permitieron identificar los hallazgos más relevantes desde la interpretación de las investigadoras.

A continuación, se presentan los resultados de la investigación por instrumentos y posteriormente se realiza la triangulación de los mismos, dando cuenta de las principales categorías teóricas. Finalmente, las conclusiones que arrojan los análisis y resultados de esta investigación, siendo estos a su vez la base para emitir una serie de recomendaciones que aporten a la formación en el campo de la educación infantiles, a los educadores infantiles, a las familias y al mismo tiempo aportar posibilidades para estudios posteriores. Tanto las conclusiones como las recomendaciones buscan contribuir a reducir la prevalencia de la desnutrición infantil en el HICM y a mejorar el desarrollo físico, cognitivo y social de los niños y las niñas.

7.1 Análisis e interpretación de los resultados

Gráfico 1. *Edad de los menores participantes.*



Fuente: propia

En el gráfico # 1 se muestra la distribución por edades de los pacientes que fueron incluidos en el estudio, observando que hay un mayor porcentaje en menores de 2 años adelante, esto equivale a un 56% teniendo en cuenta en esta estadística que muchos de estos menores vienen con condición de desnutrición desde el nacimiento, ya que el 70 % de la muestra indica que fueron prematuros, condición que por lo general no permite una recuperación total. Seguido por los menores de 0 a 6 meses y los menores de 6 meses a 2 años con el mismo porcentaje de un 22%, edades esenciales para que el desarrollo de los niños sea efectivo.

La desnutrición en niños de 0 a 6 años es perjudicial por varias razones, En primer lugar, esta etapa temprana de la vida es crucial para el crecimiento y el desarrollo adecuados de un niño o niña. La desnutrición puede desencadenarse en un retardo en el crecimiento físico y cognitivo, lo que afecta su estatura y desarrollo, esto puede dificultar su capacidad de aprendizaje, como también debilitar el sistema inmunológico, aumentando la vulnerabilidad a enfermedades e infecciones graves, algo que es muy recurrente dentro del hospital, pues se pudo evidenciar que la

mayoría de los niños y niñas que ingresaban a hospitalización, lo hacían por enfermedades ajenas a su estado de desnutrición, pero que en el fondo este era su detonante, de igual forma puede afectar el desarrollo cognitivo, tal y como lo confirman los estudios de UNICEF al revelar que podría llevar a problemas de aprendizaje, concentración y rendimiento escolar a largo plazo, como también pueden tener un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en la edad adulta, como diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y obesidad, debido a los efectos adversos de la desnutrición en su salud a una edad temprana.

La UNICEF (2023). Informe sobre el estado de la niñez: Una infancia en riesgo. Se afirma que los niños y niñas menores de 2 años se encuentran en una etapa de desarrollo crítico, en la que su organismo está creciendo y desarrollándose a un ritmo acelerado. Durante este período, los niños necesitan una cantidad suficiente de nutrientes para apoyar su crecimiento físico y mental. Así como también puede tener un impacto negativo duradero en el desarrollo de los niños y niñas y que son más propensos a tener problemas de crecimiento, retrasos en el desarrollo cognitivo y motor, y/o problemas de aprendizaje.

Gráfico 2. Niveles socioeconómicos de las familias participantes.



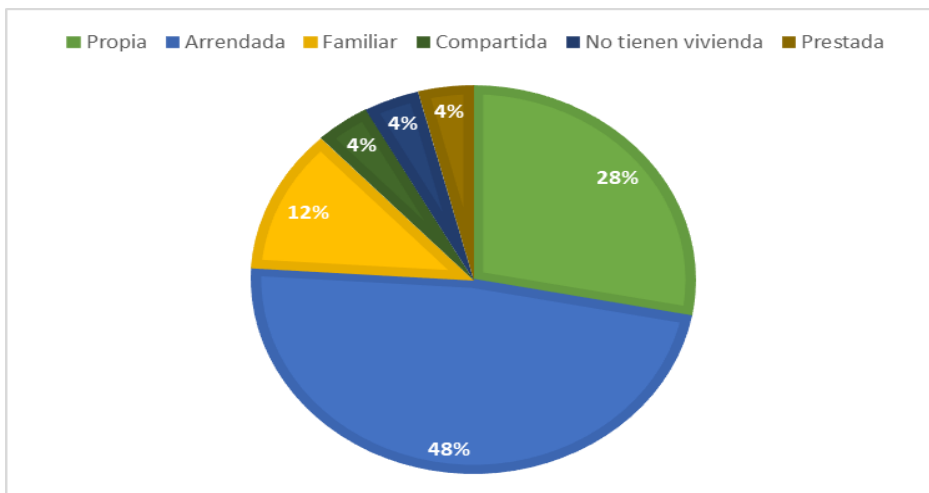
Fuente: propia.

A nivel socioeconómico, se puede observar que a partir de la muestra estudiada un 38% de la población vive en estrato # 1. Seguido de un porcentaje del 31% para las flias que viven en estrato 2, esto evidencia que en un porcentaje alto las flias encuestadas se encuentran en estos dos estratos, manifestando situación económica difícil con falencias en bienes y servicios. Luego tenemos un 17% de las familias que viven en viviendas de estrato 3 y un 14% de la población vive en viviendas pagadas por día o viviendas de invasión. De igual forma la figura 8, permite observar la pobreza extrema de algunas familias; dejando en evidencia que el nivel socioeconómico afecta gravemente el estado de salud nutricional de los niños y niñas, pues estos no reciben los alimentos necesarios para una nutrición adecuada, convirtiéndose en una de las causas principales, ya que son mucho más propensos a contagiarse de virosis y otras enfermedades debido a bajas defensas (por las condiciones poco saludables en las que viven).

Otro aspecto que afecta es la poca educación que tienen los padres o cuidadores de los menores, ya que algunos les faltan conocimientos sobre las necesidades que tienen los niños y las niñas en sus procesos de crecimiento y salud nutricional. En el caso de la desnutrición infantil, los procesos de recuperación son rigurosos y al tener los cuidadores poca información sobre las medidas de promoción y preventivas, no se acercan a los programas que el gobierno colombiano les ofrece o en otras ocasiones les toca luchar contra el sistema de salud del país, donde los procesos por lo general son largos. La FAO (2022). Informe mundial sobre la alimentación y la agricultura. “La crisis climática y la alimentación” afirma que la pobreza es uno de los principales factores que contribuyen a la desnutrición infantil. Las familias de bajos recursos tienen menos acceso a alimentos nutritivos y a servicios de salud de calidad, los alimentos nutritivos suelen ser más caros que los alimentos no nutritivos y estas tienen menos dinero para gastar, por lo que suelen consumir alimentos menos nutritivos sea por desconocimiento o falta de

información. Además, las familias de bajos recursos tienen menos acceso a servicios de salud de calidad que pueden ayudar a prevenir y tratar la desnutrición.

Gráfico 3. *Tipo de vivienda de las familias participantes.*



Fuente: propia

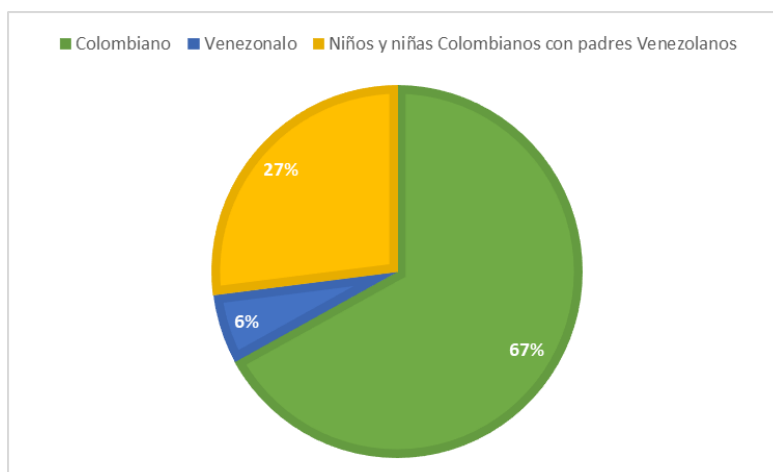
En las encuestas realizadas a las 30 familias que presentaron casos con diagnóstico de desnutrición en el HICM, encontramos que las viviendas en las que habitan los niños, niñas y sus familias en su mayoría son viviendas arrendadas con un porcentaje del 48% seguida por acomodación con las familiares con un 12% y en un 28% manifiestan que cuenta con vivienda propia, además de un 4% que rentan habitaciones por noches en vivienda compartidas y con un mismo porcentaje que deambulan por la calles de la ciudad.

El pago de vivienda es un factor importante que puede contribuir a que las familias de escasos ingresos no puedan llevar los alimentos necesarios para una adecuada nutrición. Se tomó como punto de partida el salario mensual de un colombiano el cual este año es de \$1.160.000 mil pesos ml, regido según lo dispuesto en el artículo 300, numeral 6 y el artículo 313 numeral 7, de la Constitución Política. Dinero que según encuestas del DANE (2008) no es suficiente para los

hogares que deben cubrir sus necesidades primarias como son: arriendo, servicios, comida entre otros.

Burgos R, (2013) al hablar de desnutrición se refiere a que la enfermedad es uno de los principales problemas de salud pública que afecta a todo el mundo, no sólo a los más desfavorecidas a nivel económico, sino también es un problema grave en los países más desarrollados. Se evidenció en la gráfica que los hogares encuestados que alquilan viviendas suelen estar en zonas de bajos recursos y con riesgos sociales y siendo así siguen inasequibles, esto contribuye para que se dificulte el acceso a alimentos nutritivos, condiciones de vivienda insalubres que puede aumentar el riesgo de enfermedades infecciosas, el acceso limitado a servicios básicos como agua potable que son de vital importancia para la alimentación de los niños y niñas. Según DANE (2022) Los hogares son considerados pobres multidimensionalmente cuando tienen privación en por lo menos el 33,3% de los indicadores mirando sus encuestas ellas arrojan que, en el total nacional, la dimensión que tuvo mayor contribución a la pobreza multidimensional fue educación (35,0%), seguida de las dimensiones trabajo (29,7%), niñez y juventud, (13,4%), condiciones de la vivienda (13,4%) y salud (8,5%).

Gráfico 4. Nacionalidad de los infantes y sus familias.



Fuente: propia

De la encuesta otro de los aspectos que se consideran importante de destacar es la nacionalidad de los infantes y sus familias. En el gráfico 4 se puede observar que un 67% de las familias encuestadas son de nacionalidad colombiana, un 27% de la población los menores son colombianos, pero uno de los padres o los dos son de nacionalidad venezolana y un 6% de la población tanto los menores como los padres son de nacionalidad venezolana. Es un porcentaje significativo de familias migrantes del país vecino, evidenciando que no cuentan con condiciones económicas para su manutención y que hace que no tengan condiciones dignas en temas de alimentación y salud, pero a la vez se evidencia que la economía del país se haga más restringida o para las familias colombianas.

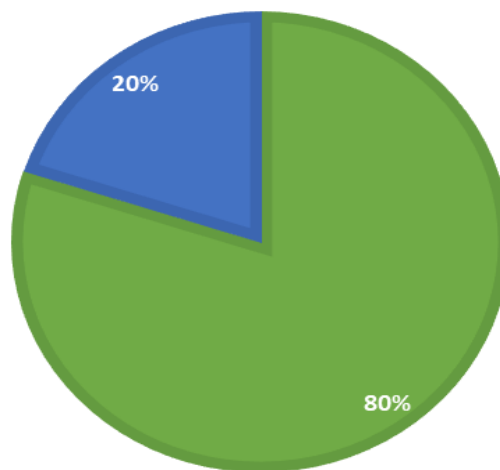
Según el reporte estadístico de migración # 2 aportado por el DANE (2022) el total de migrantes de Venezuela, el 50,2% son mujeres (1,13 millones de personas) y 49,8% son hombres (1,12 millones de personas). Cifra significativa que se ve reflejada en el gráfico de la encuesta y que preocupa frente a la atención de bienes y servicio mínimos como la salud, la educación y la adecuada alimentación. Es importante resaltar que el 50% de esta familiar son los que representan el porcentaje de familias son vivienda y el otro 50% son familias de pertenecientes a comunidades indígenas que reportaron vivir en las calles del barrio Niquitao de la ciudad de Medellín.

También se encuentra que la OCDE (2023) Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos agrupa a 35 países miembros y su misión es promover políticas que mejoren el bienestar económico y social de las personas alrededor del mundo. Publican un artículo reciente donde hablan de que España, Grecia y Colombia son los países con mayor desempleo hasta agosto del presente año. Estudio que demuestra una de situación económicas del país tanto para nacionales como migrantes.

El impacto de la nacionalidad y la migración en la desnutrición infantil en Medellín ha demostrado que los niños y niñas migrantes, especialmente los venezolanos, tienen un mayor riesgo de desnutrición que los niños y niñas colombianos. Según un artículo sobre la “*situación nutricional de la primera infancia y gestantes de la población migrante venezolana en Bogotá*” (2022) La desnutrición aguda en menores de cinco años migrantes para el año 2019 tuvo una prevalencia de 8,5 % con una frecuencia de 166 casos, para el año 2020 fue de 4,6 % con una frecuencia de 57 casos, y para el año 2021 fue de 3,4 % con una frecuencia de 71, el comportamiento de estos datos ha sido mayor que los de la ciudad en los 3 años. (parr.10). (Farné y Sanín, 2020). citado por Montezuma (2020) mencionan que

... al menos 74,3% de los venezolanos trabajaba en algún sector comercial; sin embargo, las condiciones laborales eran poco dignas, se dedicaban principalmente al comercio informal, trabajaban más de 8 horas y recibían menos remuneración económica, lo cual dificultaba la adquisición de alimentos de calidad que permitiese mantener un buen estado nutricional, para sí mismos y sus familias. (p.16)

Gráfico 5. Procedencia de las familias.

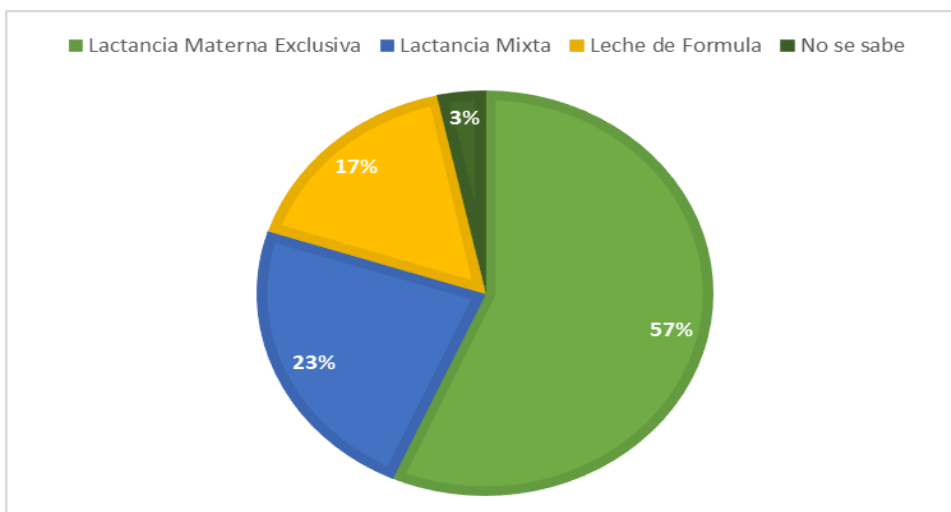


Fuente: propia

La gráfica 5, da indicios de que el 80% de las familias son procedentes de la cabecera municipal, comprendido entre las comunas: 1 popular, 3 Manrique, 4 Aranjuez, 5 Castilla, 7 Robledo, 9 Buenos aires, 10 La candelaria. Casi todas ubicadas en la zona Nororiental del municipio de Medellín, territorio de la ciudad históricamente vulnerable, donde habitan los menos favorecido en cuanto a desarrollo y necesidades económicas de quienes allí habitan. según el informe de calidad de vida de Medellín (2016-2019). Donde el objetivo principal es mostrar los resultados en sectores como pobreza, desigualdad, educación, salud, empleo, entre otros

El restante 20 % tiene que ver con las familias aledañas al municipio de Medellín que son remitidos de otros hospitales con diagnóstico de desnutrición, para ser tratados aquí; algunos de los pueblos encontrados en la tabulación de la encuesta son: Sonsón, Murindo, Ituango, Paraíso, Bajira, Choco, Quebrada arriba, Andes entre otros. Flias que llegan al hospital sin un apoyo externo, con muy bajos recursos para su sostenimiento y con menores a su cargo, dificultades que son visibles por las condiciones en que se encuentran los menores.

Gráfico 6. Alimentación del menor en los primeros 6 meses.



Fuente: propia

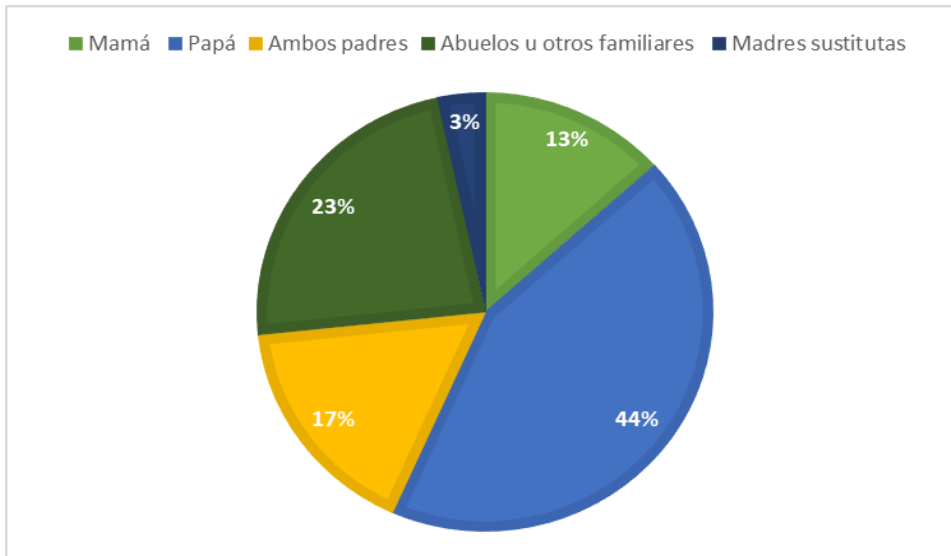
Con respecto a los primeros meses de vida del menor, los cuidadores manifestaron que el 57% de ellos tomaron leche materna exclusiva y un 23% sostuvieron lactancia mixta, ya que no tuvieron leche materna suficiente o por motivo de trabajo tuvo que ser interrumpida, el 17% utilizó leche de fórmula manifestando la madre que no produjo leche materna, en otras ocasiones, expresaron no darle leche materna por vanidad "no querían que mi cuerpo estuviera afectado" (Flia.x) y un 3% manifestaron no saber la información ya que son madres sustitutas del ICBF y no tienen conocimiento sobre los primeros meses de vida del menor.

Cabe resaltar que la lactancia materna es fundamental en los primeros seis meses de vida de un bebé por múltiples razones, esto lo afianza López (2022), la lactancia materna es primordial para el cumplimiento de los derechos a la salud de los niños y las niñas para alcanzar un crecimiento y desarrollo óptimos, ya que tiene muchos beneficios en la salud física y emocional de los lactantes y a lo largo de sus vidas. ya que esta proporciona una nutrición óptima al bebé, pues la leche materna contiene todos los nutrientes necesarios en las proporciones adecuadas.

Además de su valor nutricional, la leche materna también brinda inmunidad al bebé. Contiene anticuerpos y células inmunitarias que ayudan a proteger al bebé contra infecciones y enfermedades, fortaleciendo su sistema inmunológico, que todavía está en desarrollo durante los primeros meses de vida.

Lo cual también afianza los argumentos del porqué de este padecimiento, inclusive en alguno de estos casos son niños y niñas recurrentes, es decir que han entrado y salen del hospital con el mismo diagnóstico = desnutrición infantil.

Gráfico 7. *Responsables de la situación económica del hogar.*



Fuente: propia

Sobre la pregunta que nombraba “¿Quién es el responsable de la situación económica en el hogar?” Se obtuvo un porcentaje del 44% para los padres que responden económicamente por sus hijos quienes por medio de la cuota alimentaria o siendo partícipes de la crianza de sus hijos en el hogar eran quienes llevaban el dinero para suplir las necesidades. Se encontró que un 23% de hogares en donde los que se hacen responsables económicamente de los gastos son los familiares externos del niño o la niña, tíos, abuelos, primos que asumen la responsabilidad de llevar el dinero, ya que en la mayoría de los casos son familias numerosas en las que la madre del niño o niña son madres o padres menores de edad. El 17% equivale a las familias donde papá y mamá trabajan y los dos aportan para los ingresos de la familia, a cambio de esto el cuidado del menor pasa a manos de una persona externa. El 13% de la población se refería a las madres que manifestaban que son cabeza de familia y que los padres no aportaban en nada para la situación económica de la casa, en estos casos la mayoría de las madres eran trabajadoras independientes que salían a “rebuscarse” la comida diaria de sus hijos y en una minoría del 3% en familias sustitutas del ICBF, son familias que se hacen cargo de los menores y es bienestar familiar el que

se encarga de hacer el aporte económico, velando por que se cumplan los derechos básicos de los niños y niñas que por diferentes motivos son puestos en custodia mientras los padres o familiares más cercanos del menor demuestran que pueden tenerlos en óptimas condiciones. Según las estadísticas del DANE (2022) y la encuesta de Calidad de Vida (ECV) para el año 2021 mostró que incluso el año pasado empeoró la percepción de pobreza y de bienestar subjetivo de las familias colombianas, afirma que la situación económica de los hogares ha tenido variaciones muy significativas donde hay muchos hogares que se consideran en pobreza extrema; aunque fue más marcado a lo largo de la pandemia de COVID-19 en Colombia (años 2020 y 2021), llevando a necesidades económicas y desigualdades en los ingresos de las familias que, aunque repercuten en todos los miembros del hogar, representan más afectación en la infancia y adolescencia, por lo tanto, las dificultades económicas hacen que se reduzcan gastos que afectan la nutrición entre otros, esto lleva a tener hogares con menos recursos y más necesidades.

7.2 Hallazgos: triangulación de instrumentos

En el momento de realizar las encuestas a los representantes legales de los participantes, se seleccionaron 6 casos considerados relevantes para la investigación, con el objetivo de llevar a cabo entrevistas a profundidad. Esta técnica permitió obtener información detallada sobre la condición de la enfermedad, identificar las causas y consecuencias más significativas, y destacar aspectos como la situación socioeconómica que responde a los pocos ingresos que reciben las familias ya sea porque solo uno de los padres trabaja, porque son madres cabeza de familia que en su mayoría se dedican a las ventas informales, como explicitaba una de las participantes “si uno vende come”, familias sin un salario fijo y en algunos casos migrantes principalmente Venezolanos y también se tuvo población procedente de minorías étnicas como afrodescendiente e indígenas. Por lo cual, entre los hallazgos a resaltar se observó que factores como bajos

ingresos en los grupos familiares, la informalidad laboral, la migración y los grupos familiares numerosos, son factores que afectan la alimentación de todo el grupo familiar pero especialmente de los miembros menores, llegando a situaciones en las que las familias se ven limitadas a comer una o si mucho dos veces al día, sin embargo, son factores particulares, múltiples y variados.

En conclusión, respecto a la pregunta de investigación sobre las principales causas y consecuencias de la desnutrición en niños y niñas de 0 a 6 años en el HICM, se destaca la influencia crucial de factores socioeconómicos en las circunstancias expuestas. Si bien existen documentos normativos importantes a nivel nacional e internacional sobre la actuación que debería tener el estado sobre el tema de nutrición haciendo énfasis en la primera infancia, la realidad percibida con los casos de desnutrición que se analizó en este escenario hospitalario está lejos de lo expuesto en estos documentos ¿Cómo desde estos estudios visualizar esos vacíos normativos sobre la atención a los más vulnerables?

Como educadoras infantiles, nuestra contribución a la prevención de la desnutrición y la promoción de una alimentación adecuada en la infancia hospitalizada podría materializarse a través de la implementación de estrategias de acompañamiento pedagógico in situ y precisamente por grupos poblacionales, características o inclusive casos, un actuar de la educadora infantil más específico, estrategias diseñadas para abordar las necesidades particulares de las familias en situación de vulnerabilidad. Estas estrategias podrían incluir programas de educación alimentaria por edades o grupos poblacionales, acompañamiento para que puedan ser parte de los programas de apoyo económico por parte del estado, y formación a las familias para que fomenten un entorno propicio y una nutrición adecuada, en línea con las realidades identificadas en este estudio.

8. Conclusiones

A continuación, se exponen algunas conclusiones derivadas de este ejercicio de investigación:

En este trabajo de investigación, se abordó exhaustivamente la temática de la pedagogía hospitalaria, aulas hospitalarias y desnutrición infantil, evaluando cómo diferentes organizaciones nacionales e internacionales enfrentan este problema. La exploración se centró en la contribución de acciones pedagógicas desde el ámbito educativo para la promoción y prevención de la desnutrición infantil en el Hospital Infantil Concejo de Medellín (HICM). La triangulación de los instrumentos encuestas, entrevistas y revisión documental permitió identificar causas y consecuencias, destacando factores como las condiciones socioeconómicas, hábitos alimenticios y desigualdad de oportunidades a nivel de trabajo, vivienda y en algunos casos salud, que afectan en gran manera la nutrición de los niños y las niñas diagnosticados con desnutrición aguda-severa.

Se reconoció que en la ciudad de Medellín las “aulas hospitalarias” no cuentan o por lo menos no se reconoce una política pública o acto administrativo que regule su funcionamiento académico administrativo, ni mucho menos el acompañamiento pedagógico a los temas de nutrición infantil. Se reconoce la conformación de una Red Pedagógica Hospitalaria por la SEM la cual podría liderar un proyecto de atención, promoción y prevención a la desnutrición infantil para el contexto hospitalario de la mano con programas de salud.

Desde la inmersión inicial realizada en el campo de la pedagogía hospitalaria se logra reconocer que los hospitales no necesariamente brindan un acompañamiento pedagógico a los niños y niñas hospitalizados, ni mucho menos de apoyo a la educación escolar, pues la pedagogía hospitalaria en la ciudad de Medellín no presenta una articulación con el sistema educativo formal ni con las instituciones educativas de las entidades territoriales, ni cuenta con programas

educativos diversificados a la especificidad de atención, teniendo en cuenta que la población es diversa, cambiante, fluctuante, etc.; pero de igual forma debe ser incluida y atendida, respetando su derecho constitucional a la educación.

Los objetivos específicos permitieron identificar que la desnutrición infantil en el HICM es un problema multicausal que demanda una intervención integral desde la educación infantil, la atención a las familias y en general a las comunidades más vulnerables. Se resaltó la importancia de las acciones pedagógicas como pieza clave para la prevención de la desnutrición infantil.

Las causas principales identificadas incluyen la precaria situación socioeconómica de las familias, la falta de empleo fijo, y las dificultades asociadas a trabajar en ventas informales.

Como consecuencia, se observó la hospitalización recurrente de niños y niñas con la misma patología o con otros padecimientos gastrointestinales por microorganismos, a menudo relacionada con condiciones poco saludables en su entorno socio familiares. A pesar de existir rutas y programas para el desarrollo integral de la primera infancia, se evidenció que muchas personas no acceden a estos debido a limitaciones económicas, falta de acceso a la IPS o desconocimiento de las oportunidades disponibles.

Gracias a la información proporcionada por el HICM y desde el proceso de inmersión en el espacio de práctica pedagógica, fue posible identificar las rutas y los programas que están establecidos para el desarrollo integral de la primera infancia, debido a esto se evidencio que la mayoría de las personas no acceden a estos programas, tales como, control y desarrollo, vacunación, revisión pediátrica, entre otros, esto por faltas de posibilidades económicas y de

acceso a su IPS, o por desconocimiento a las posibilidades en atención, prevención y promoción que estos brindan sobre nutrición infantil.

Finalmente, es importante mencionar que el aporte de este trabajo fue el proponer acciones pedagógicas centradas en temas como la lactancia materna y la alimentación complementaria, mediante talleres dirigidos a niños, niñas y sus familias, los asistentes a estos espacios durante la ejecución de la propuesta, mostraron una respuesta positiva por parte de los participantes, resaltando la efectividad de estas intervenciones.

En conclusión, se lograron los objetivos específicos al reconocer causas y consecuencias de la desnutrición infantil para los casos analizados, identificar acciones existentes en el HICM para el acompañamiento pedagógico, y proponiendo acciones pedagógicas desde la educación infantil para la prevención de la desnutrición y la promoción de una alimentación adecuada en niños y niñas de 0 a 6 años. Es importante hacer mención que estas propuestas apuntan a abordar de manera integral los desafíos identificados en el contexto hospitalario, pero la necesidad está puesta en el acompañamiento particular e individual de cada familia, de cada niño, niña...

9. Recomendaciones

A la Facultad de Educación y especialmente para el programa de formación, les recomendamos que la práctica pedagógica sobre salud y educación sea focalizada en una unidad hospitalaria, un contexto de educación no formal que brinda herramientas y miradas diferentes a las prácticas en instituciones educativas formales, y al mismo tiempo permite una mirada amplia sobre los distintos roles que tiene un educador (a) infantil en temas de salud infantil, acompañamiento a las familias y pedagogía infantil en educación no formal. Este a su vez ampliaría nuestro perfil profesional. Además, que estas pudieran hacerse en conversación y alianza con programas de otras unidades académicas como nutrición o salud pública.

Dentro de las **instituciones e instancias de la administración pública,** que les correspondan estos ámbitos, se hace importantes fortalecer la política pública y los programas de protección social para reducir la brecha de pobreza y desigualdad en la primera infancia de la ciudad de Medellín y sus alrededores, esto con el fin de generar una mejora en la calidad de vida en los menores y sus familias.

Buscar opciones de programas que puedan promover la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida de los niños y niñas, ya que esta proporciona los nutrientes que se necesitan para el crecimiento y desarrollo efectivo de los niños y las niñas.

Finalmente, desde la experiencia vivenciada en la presente investigación y fundamentadas en manuales pediátricos, damos las siguientes recomendaciones desde nuestro rol de educadoras infantiles con el compromiso pedagógico no solo de recomendar sino sobre todo con el firme propósito de generar procesos de formación **para los padres de familia o representantes legales** de los niños y niñas mejores de 0 a 6 años, para que conozcan y apropien los siguientes puntos respecto a los programas, rutas de atención y prevención de la desnutrición infantil:

- Participar activamente de los programas locales de crecimiento y desarrollo para niños y niñas. Estos programas ofrecen información valiosa y servicios esenciales para el bienestar de sus hijos y/o acudidos.
- Asistir a las charlas y sesiones informativas impartidas por expertos y el personal de salud. Los hospitales de su localidad o la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) están en la obligación moral y social de tener un programa de charlas y acompañamientos donde abordan temas sobre hábitos saludables, como nutrición, lactancia materna, alimentación complementaria, entre otras. Estas charlas proporcionan conocimientos clave para el cuidado y desarrollo de los niños y niñas.
- Si están en proceso de gestación hacer parte de los controles prenatales.
- Asistir con sus hijos o acudidos a los controles médicos periódicos, y si el personal médico indica que este requiere hospitalización por desnutrición, acuda sin temor a la entidad prestadora de salud, la cual velará por sus derechos y la integridad de la familia. En el hospital y dependiendo del caso, los niños y niñas con desnutrición reciben atención especializada del personal de nutrición y otras especialidades médicas, recetados con medicamentos y suplementos nutricionales para lograr una recuperación gradual y alcanzar un peso saludable. Cuando los niños están recuperados, reciben el alta médica esta se acompaña con una dieta estricta y suplementos nutricionales. Además, en algunos casos, la supervisión continua del nutricionista hospitalario o de la Entidad Promotora de Salud (EPS), asegura un seguimiento adecuado para mantener el progreso logrado en el tiempo.
- Asistir con sus hijos o acudidos a los controles médicos periódicos. La participación activa en estos programas y el seguimiento de las recomendaciones médicas son fundamentales para el desarrollo saludable de los niños y niñas, además, estar atento a

las señales de la desnutrición infantil. Esta enfermedad puede manifestarse a través de diversas alarmas y alertas físicas. Es importante destacar que estos signos pueden variar en gravedad y presentarse de manera diferente en cada niño o niña. Algunas de las alarmas y alertas físicas de la desnutrición infantil incluyen:

- **Bajo Peso para la Edad:** uno de los indicadores más evidentes es que el niño (a) tiene un peso significativamente inferior al esperado para su edad.
- **Retraso en el Crecimiento:** las y los niños con desnutrición pueden experimentar un crecimiento más lento que lo normal para su edad.
- **Edema:** la retención de líquidos y la hinchazón, especialmente en áreas como los pies y las piernas, pueden ser signos de desnutrición.
- **Aspecto Delgado y Debilidad Muscular:** niñas y niños desnutridos a menudo tienen una apariencia delgada y pueden mostrar debilidad muscular
- **Piel Seca y Descamada:** la piel seca, descamada o con cambios en la pigmentación puede ser un indicativo de falta de nutrientes esenciales.
- **Cabello y uñas frágiles:** el cabello quebradizo y las uñas frágiles son señales de posibles deficiencias nutricionales.
- **Fatiga y Debilidad Generalizada:** pueden mostrar cansancio constante y falta de energía.
- **Dificultades en el Desarrollo Cognitivo y Motor:** afectando negativamente el desarrollo del cerebro y la capacidad motora.
- **Infecciones Frecuentes y Dificultad para Recuperarse:** son más propensos a contraer infecciones y pueden tener dificultades para recuperarse de enfermedades comunes.
- **Problemas Digestivos:** en muchos casos la desnutrición puede ir acompañada de problemas gastrointestinales como diarrea persistente.

Es importante destacar que estos signos no siempre indican desnutrición y pueden tener otras causas. Sin embargo, si observas varios de estos síntomas, es crucial buscar atención médica para una evaluación adecuada. La detección temprana y la intervención son fundamentales para abordar la desnutrición infantil de manera efectiva.

Y nuestro propósito educativo promover y prevenir su padecimiento.

Esta investigación es solo una primera mirada de lo que afrontan la mayoría de las familias en la ciudad de Medellín en temas de nutrición, evidenciando las realidades a las que se tienen que enfrentar los niños y las niñas dentro de su entorno sociofamiliar, es por esto que consideramos importante que en futuras investigaciones se aborden temas de salud y nutrición infantil, haciendo énfasis en programas que promuevan directamente la seguridad alimentaria de las familias que llegan a las unidades hospitalarias especialmente de carácter público, además del papel del y la pedagoga infantil en el abordaje y acompañamiento pedagógico en estos temas, allí se evidenciaron varios teóricos y oportunidades de estudios en el campo educativo, ya que principalmente son temas que han sido abordados por profesionales de la salud.

Referencias

- Academia Estadounidense de Pediatría (AAP). (2021). *Bright Futures: Guidelines for Health*
- Acosta García, L. M. & Osorio Jaramillo, J. M. (2022). *Posibilidades para el desarrollo del pensamiento científico de los niños y las niñas en hospitales de la ciudad de Medellín*. [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia].
https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/30418/4/AcostaLuisa_2022_DesarrolloPensamientoCient%c3%adfico.pdf
- Álvarez, F., Díaz, M., Gaviria, P., Giraldo, M., Jaramillo, F., Lemos, M., Núñez, A., y Portela, E. (2002). Acompañamiento lúdico-pedagógico al aula hospitalaria en el pabellón infantil del hospital universitario san Vicente de paúl [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio digital Universidad de Antioquia.
<http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/handle/123456789/1087>
- Appleton, J. V. (1995). Analysing qualitative interview data: addressing issues of validity and reliability. *Journal of advanced nursing*, 22(5), 993-997.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02653.x>
- Arango, L., Castañeda, D., Henao, C., Jaramillo, C., Londoño, M., Patiño, N., Ruiz, B., y Tamayo, A. (2004). Fundamentación teórico-práctica de la pedagogía hospitalaria y estrategias metodológicas para la intervención con el niño hospitalizado [Trabajo de grado, Universidad de Antioquia]. Repositorio digital Universidad de Antioquia.
<http://ayura.udea.edu.co:8080/jspui/handle/123456789/832>
- Arguello Santos, E. M., & Rodríguez Díaz, M. J. (2018). *Prevalencia del riesgo de desnutrición mediante cuestionario STAMP y costos que genera la estancia hospitalaria en niños de 2 a 10 años que ingresan en el Hospital de Niños Dr. Roberto Gilbert Elizalde en la ciudad de Guayaquil en el periodo de octubre 2017—2018*.
- Burgos Peláez, R. (2013). Desnutrición y enfermedad, 6, 10-23.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10260/1/T-UCSG-PRE-MED-NUTRI-358.pdf>
- Calderón Calderón, L.F & Perfetti Santiesteban, D.T. (2021). *Pedagogía hospitalaria, visiones y prácticas significativas*. [Trabajo de grado, Pontificia Universidad Javeriana].
<https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/58272/Pedagog%C3%ADa%20Hospitalaria%2Cvisiones%20y%20pr%C3%A1cticas%20significativas%20%2013.12.pdf?sequence=1>
- Cardona, L. M. G. (2017). *Primera infancia y educación emocional*. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, (52), 174-184.
<https://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/950>
- CEPAL, N. (2020). *Cómo evitar que la crisis del COVID-19 se transforme en una crisis alimentaria: acciones urgentes contra el hambre en América Latina y el Caribe*.
- Codas, M., Echague, L., Ramírez, L., & Viveros, C. (2016). Malnutrition in adult patients admitted to the Regional Hospital of Encarnacion, Paraguay. *Revista Virtual de la*

- Sociedad Paraguaya de Medicina Interna, 3(1), 11-21.
[https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03\(01\)11-021](https://doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2016.03(01)11-021)
- Congreso de Colombia. (noviembre 8 de 2006) Por la cual se expide el Código de la Infancia y la Adolescencia. [Ley 1098 de 2006]. DO: 52249
- Constitución Política de Colombia [Const.] (1886) Recuperado de:
<https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=7153>
- Davis, J. N., Oaks, B. M., & Engle-Stone, R. (2020). *The Double Burden of Malnutrition: A Systematic Review of Operational Definitions*. *Current Developments in Nutrition*, 4(9), nzaa127. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa127>
- De La Cruz Sánchez, E. E. (2015). La educación alimentaria y nutricional en el contexto de la educación inicial. *Paradigma*, 36(1), 161-183.
<http://ve.scielo.org/pdf/pdg/v36n1/art09.pdf>
- Flick, U. (2015) *El diseño de investigación cualitativa*. Morata.
- González, A. O. (2019). Entrevista con Olga Lizasoáin Rumeu sobre pedagogía hospitalaria: trayectorias de desarrollo intelectual, conquistas profesionales y desafíos de futuro. *Revista Boletín Redipe*, 8(1), 16-22.
<https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/664/614>
- González, F., y Pórtela, L. X. L. (2020). *El perfil del docente en el ámbito hospitalario*. *Hojas de El Bosque* <https://masd.unbosque.edu.co/index.php/HEB/article/view/3411>
- Hernández-Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2018). *Metodología de la investigación* (Vol. 4, pp. 310-386). México: McGraw-Hill Interamericana.
<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10260>
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2016000200043
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45702/S2000393_es.pdf?sequence=4&isAllowed=y
<https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/35720/Nari%c3%b1oDavilaCarlosAndres2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<https://revistas.udistrital.edu.co/index.php/infancias/article/view/14684>
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/conpes_113_de_2008.pdf
- Hurtado, J. (2008). Guía para la comprensión Holística de la ciencia, Unidad III, Capítulo 3, PP. 45 a 65 [Recuperado de <http://virtual.urbe.edu/tesispub/0092769/cap03.pdf>]
- Lizasoáin, O. (2002). La pedagogía hospitalaria frente a un niño con pronóstico fatal. Reflexiones en torno a la necesidad de una formación profesional específica. *Estudios Sobre Educación*, 2, 157-165. <https://revistas.unav.edu/index.php/estudios-sobre-educacion/article/view/25670/22964>
- López, S. M., Castaño, M. C., Cruz-Licea, V., Pérez, M. D. C. I., Rincón, N. M., Rodríguez, A. V., & Lavín, M. R. V. (2022). Recordemos lo importante que es la lactancia materna. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 65(2), 9-25.
- Martínez Gaitán, A. & Urueña Delgado, Y. A. (2020). *Pedagogía hospitalaria y aulas hospitalarias: un reto para la formación de licenciados en educación infantil*. [Trabajo de grado, Universidad Pedagógica Nacional].

- http://repository.pedagogica.edu.co/bitstream/handle/20.500.12209/12285/pedagogia_hospitalaria_y_aulas_hospitalarias_un_reto_para_la_formacion_de_licenciados_en_educacion_infantil.pdf?sequence=3.#:~:text=La%20pedagog%C3%ADa%20hospitalaria%20tiene%20la,acad%C3%A9micos%20y%20formales%20por%20su
- Martínez, P. (2006). El método de estudio de caso. Estrategia metodológica de la investigación científica. *Pensamiento & Gestión*, (20), 165-193. <https://bit.ly/3P0At7z>
- Meneses, J. (2016). El cuestionario. <https://femrecerca.cat/meneses/publication/cuestionario/cuestionario.pdf>
- Ministerio de Educación Nacional. (marzo 15 de 2022). Sistema educativo colombiano. <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-79894.html>
- Ministerio de Educación. Orientaciones para la implementación del apoyo académico especial y apoyo emocional a niñas, niños y jóvenes en condición de enfermedad. Recuperado de: https://www.mineducacion.gov.co/1780/articles-356821_recurso_1.pdf
- Montezuma Chávez, J. M. (2020). Seguridad alimentaria y nutricional y estrategias de sobrevivencia de los migrantes venezolanos en Colombia.
- Muñoz Garrido, V. P. (2013). *Pedagogía Hospitalaria y Resiliencia*. [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional Complutense de Madrid]. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/18133/1/T34246.pdf>
- Nariño Davila, C. A. Políticas contra la lucha de la desnutrición infantil en Bogotá DC.: Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Prevención y tratamiento de la desnutrición infantil: Guía para los servicios de atención de salud materna y neonatal, infantil y del adolescente. Recuperado de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/technical_note/es/
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Desnutrición infantil. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Early Childhood Development. Recuperado de https://www.who.int/health-topics/early-childhood-development#tab=tab_1
- Ortega Roa, J. A. (2007). *Aulas hospitalarias, una mirada hacia el fortalecimiento del desarrollo humano en niños, niñas y jóvenes hospitalizados*. [Trabajo de grado, Universidad Pedagógica Nacional]. <http://200.119.126.32/handle/20.500.12209/2519>
- Palomares-Ruiz, A., Sánchez-Navalón, B., & Garrote-Rojas, D. (2016). *Educación inclusiva en contextos inéditos: La implementación de la Pedagogía Hospitalaria*. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1507-1522.
- Pincay, Y. E. D., Santos, R. M. A., Bartolomé, Y. L. A., & Zambrano, D. S. M. (2022). *Análisis Situacional de la desnutrición infantil a nivel de Latinoamérica*. *MQR Investigar*, 6(3), 1205-1225. <https://www.investigarmqr.com/ojs/index.php/mqr/article/view/64>
- Portilla, M., Rojas, A. y Hernández, I. (2014) *Investigación cualitativa: una reflexión desde la educación como hecho social*. *Revista Universitaria Docencia, Investigación e Innovación*, 3(2), 86-100. <https://bit.ly/3FmRFQ9>

- Presidente de la República. (julio 12 de 2013) por medio del cual se reglamenta el Apoyo Académico Especial regulado en la Ley 1384 de 2010 y Ley 1388 de 2010 para la población menor de 18 años. [Decreto 1470 de 2013]. DO: 48849
- Rangel, V. R. M. (2001). *La Evaluación de las acciones pedagógicas de los docentes*. *Rostros Rostros*, 4(7), 10-11. <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/ra/article/view/3418>
- Salgado, C. (2020). *Miradas de la pedagogía hospitalaria: reflexiones encarnadas de un docente hospitalario*. *Infancias Imágenes*, 19(1), 100-107
- Sanabria Hernández, A. P., Beltrán Beltrán, J. I., Barreto Torres, J. P & Guerrero Gómez, K. Y. (2016). *La experimentación: estrategia didáctica para favorecer el desarrollo del pensamiento científico en niños y niñas, Aula Hospitalaria Bosa II nivel*. [Trabajo de grado, Universidad Pedagógica Nacional]. <http://repository.pedagogica.edu.co/handle/20.500.12209/2491>
- Sanmartí, N. (2007). *10 ideas claves evaluar para aprender*. Barcelona: Grao.
- Simons, H. (2011). *El estudio de caso: Teoría y práctica*. Edición Morata. <https://books.google.com.pe/books?id=WZxyAgAAQBAJ&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Stake, R. (1999). *Investigación con estudio de casos* (2ª ed.). Ediciones Morata. <https://bit.ly/3sj9DOa>
- Supervision of Infants, Children, and Adolescents. Recuperado de https://downloads.aap.org/AAP/PDF/periodicity_schedule.pdf
- Unicef (2011); La desnutrición infantil causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Recuperado de: <http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3713/La%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20causas%20y%20consecuencias%20y%20estrategias%20para%20su%20prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Unicef. (2019). Niños, alimentos y nutrición. *Crecer bien en un mundo en transformación*. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.unicef.org/media/61091/file/Estado-mundial-infancia-2019-resumen-ejecutivo.pdf>
- Urra Medina, E., Núñez Carrasco, R., Retamal Valenzuela, C., & Jure Cares, L. (2014). *Enfoques de estudio de casos en la investigación de enfermería*. *Ciencia y enfermería*, 20(1), 131-142. https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-5532014000100012&script=sci_arttext&tlng=pt

Anexos

Anexo 1. Matriz documental de la técnica de observación participante.

INSTRUMENTO DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

Propósito: Identificar elementos que sustenten el planteamiento del problema desde la observación participante y la interacción con la población infantil en condición de hospitalización en centro de práctica Hospital Infantil Concejo de Medellín.

Fecha:

Observaciones intencionadas:

Realizado por:

1. Sobre la ludoteca Disposición física, disponibilidad de recursos, uso de materiales, momentos, rutinas, organización, dinámicas, etc.	2. Sobre la población Asistencia, vinculación, preferencias, intereses, motivaciones, movilizaciones, posibilidades, relacionamiento, etc.	3. Sobre lo que dicen y sienten los niños/as participantes Comentarios, pensamientos, ideas, reflexiones, emociones, sensaciones, sentimientos manifiestos, etc.

Anexo 2. Encuesta de caracterización de casos de desnutrición infantil en el HICM.

Esta encuesta hace parte de una investigación de carácter cualitativo denominada *Una mirada desde la educación infantil a la desnutrición de niños en el Hospital Infantil Concejo de Medellín (HICM)*, realizada por las estudiantes de Educación y Pedagogía Infantil, Sandra Quiceno y Smith Paola Mejía de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, en la que se pretende analizar las condiciones de la nutrición de los niños de 0 a 6 años hospitalizados en el HICM.

Encuesta Desnutrición Infantil (EDI): Instrumento de recolección de la información con fines académicos.

Información general:

1. Edad: _____
2. Nacionalidad del menor: _____ Nacionalidad de los padres: _____
3. Parentesco del representante legal: _____
4. Lugar de procedencia o vivienda: Departamento _____
Municipio _____ Barrio _____ Vereda _____
Otro _____
5. Conformación de su núcleo familiar: _____
Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa entre ellos: _____ (si aplica).

Condiciones socioeconómicas:

6. Estrato socio económico: _____
7. Tipo de vivienda: Casa propia _____ Arrendada _____ Familiar _____ Compartida _____
8. Marque con una X con cuales de los siguientes servicios básicos cuenta la casa
Agua _____ Luz _____ Gas _____ Telefonía _____ Internet _____ Alcantarillado _____
9. Marque con una X de quien depende la situación económica del hogar
Padre _____ Independiente _____ Dependiente _____
Madre _____ Independiente _____ Dependiente _____
Otro _____
10. Señala con una X cuáles de estos momentos están presentes en la alimentación del menor en el día a día.
_____ Desayuno
_____ Media mañana
_____ Almuerzo
_____ Media tarde (algo)
_____ Cena
_____ Merienda
11. Marca con una X según el tipo de alimentación del menor en sus primeros 6 meses:
Lactancia materna exclusiva _____ Leche de fórmula _____ Alimentación mixta _____
12. ¿A qué edad empezó la alimentación complementaria el menor?:

13. Marque con una X el tipo o método de alimentación complementaria empleado
Alimento triturado _____ Alimento licuado _____ Alimento completo _____ Alimento mixto _____
Otro _____ ¿cuáles?
14. ¿Padece el menor de alguna enfermedad gastro-intestinal? Sí _____ No _____
En caso de ser afirmativo: Cuál _____ Qué tipo de tratamiento recibe:

15. ¿El menor padece de algún desorden alimenticio? Si _____ No_____ de ser afirmativo, indique el tratamiento o especialista que lo trata

16. ¿Recibe alguna ayuda del estado? ¿Si _____ No _____Cuál?

17. ¿El menor está matriculado en algún Centro de Desarrollo infantil (CDI)? Si _____ No _____ ¿cuál? _____

18. ¿Recibe alimentación en el CDI? Si _____ No_____ ¿Qué alimentos recibe?:

19. ¿Los Consume? Si _____ No _____ si su respuesta es negativa explique el porqué

Anexo 3. Guion entrevista a profundidad las familias

La siguiente entrevista a profundidad es uno de los instrumentos que posibilitara la generación de información. Esta entrevista se le realizará al representante legal del menor en condición de hospitalización con un cuadro de desnutrición aguda-severa, según las categorías de desnutrición utilizadas en el protocolo del hospital las cuales fueron tomadas de (OMS (Organización Mundial de la Salud, 2021)

A continuación, se encontrará el guion de la entrevista que se realizará como segunda etapa del proceso de investigación, la cual será grabada y posteriormente transcrita y analizada.

Información del momento de aplicación del instrumento:

Parentesco de quien acompaña al menor: ____

Fecha de realización de la entrevista: ____

Hora de inicio ____ Hora de culminación ____

Lugar donde se realiza la entrevista: ____

Realizada por: _____

Guion de la entrevista:

Datos a indagar a todos los participantes sin importar sus rangos de edad.

1. Edad actual:
2. Sexo del menor: (Femenino ____ Masculino ____)
3. Edad gestacional
4. Peso y talla al nacer

Peso al año: _____

Peso a los dos años: _____

Peso actual: _____

5. De ser prematuro, ¿a las cuántas semanas nació? y por cuántas personas fue canguriado?
6. Nacionalidad del menor y los parientes
7. ¿Con quién vive el menor?
8. Estrato socioeconómico: (estrato)
9. Tipo de población (Desplazados, Discapacitado, Población Migrante)
10. Inscrito a crecimiento y desarrollo
11. Su esquema de vacunación completo
12. Cuéntenos si asiste al programa de crecimiento y desarrollo y ¿cómo ha sido el comportamiento de la curva de crecimiento?

PREGUNTAS PARA FAMILIARES CON NIÑOS Y NIÑAS MAYORES DE 2 AÑOS

1. Desde su conocimiento, ¿cuál considera que es la razón principal del diagnóstico del niño o niña?
2. ¿Sabe usted cuántas veces come el menor al día? (si la afirmación es positiva) Describe detalladamente la alimentación del menor en un día, contando el paso a paso de la alimentación.
3. ¿En el momento de servir la comida, tiene conocimiento de que grupos de alimentos le ofrece durante el día? Ejemplo.

Cereales, tubérculos, raíces, plátanos y derivados.

Frutas y Verduras.
Leche y productos lácteos.
Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas.
Grasas.
Azúcares.

Tomado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/manual_facilitadores_gaba.pdf

4. Describe y muestra en el plato con este grupo de alimentos, como regularmente le sirves al niño o niña al momento de darle los alimentos (se le da un plato y alimentos de material didáctico para que plasme lo que normalmente come el menor y la cantidad) tomar foto de la evidencia
5. ¿Cómo selecciona los alimentos que regularmente da al menor?
6. ¿Y cuándo va a comprarlos que es lo primordial para su escogencia que criterios tiene en cuenta?
7. ¿Conoce usted los signos de alarma para detectar la desnutrición infantil? Es decir, sabe qué condiciones físicas se ve en el menor cuando está en estado de desnutrición. De su respuesta ser afirmativa, Enúncielos/Menciónelos. De su respuesta ser negativa, las características de alerta por padecimiento de desnutrición son: piel reseca, uñas débiles, Pérdida de pelo, falta de fuerza, disminución de la masa muscular y abdomen y piernas hinchadas. ¿Cuál de las anteriores características presenta el menor a su cargo?

PREGUNTAS COMPLEMENTARIAS PARA FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS LACTANTES (MENORES DE 2 AÑOS).

1. Cuéntenos detalladamente hasta el momento como ha sido el proceso de alimentación del menor: lactancia materna exclusiva, Lactancia materna complementaria u otra.
2. ¿Cuántas tomas de alimento realiza al día el menor? Y ¿por cuánto tiempo?
3. ¿Usa tetero? de ser positiva la respuesta
4. ¿Qué toma en el tetero? ¿Cuántas onzas?
5. ¿El menor ya tiene dientes?, si la respuesta es positiva, ¿ha revisado la dentadura de él?
6. ¿El menor tiene dificultad para masticar? si su respuesta es positiva ¿Qué han hecho al respecto?
7. Pudiera contarnos ¿Cómo ha sido el apetito del menor en los últimos 3 meses?

Anexo 4. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____ con documento de identidad N° _____, acudiente del menor _____, declaro que he sido informado e invitado a participar abiertamente en la investigación de carácter cualitativo denominada: “Una mirada desde la educación infantil a la desnutrición de niños y niñas de 0 a 6 años en el Hospital Infantil Concejo de Medellín (HICM)”, realizada por las estudiantes de Educación y Pedagogía Infantil Sandra Quiceno y Smith Paola Mejía de la Facultad de Educación de la Universidad de Antioquia, en la que se pretende analizar condiciones de la nutrición y la desnutrición en los niños y niñas de 0 a 6 años hospitalizados en el HICM.

La información a indagar al representante legal es sobre el niño o la niña en condición de hospitalización como participantes directos del estudio, a través de una encuesta de caracterización y una entrevista semiestructurada, información que será registrada solo con fines académicos y custodiada por las investigadoras de manera confidencial. Por lo tanto, los nombres de los participantes serán asociados a un número de serie o código, ejemplo: Participante 1 - F001, que significa que las respuestas no podrán ser conocidas por otras personas ni tampoco ser identificadas en la fase de publicación de los resultados.

Estoy de acuerdo con que la información suministrada acerca a la comprensión del objeto de reflexión me aporta de manera indirecta, por su beneficio a la sociedad en general dado el tipo de investigación. Asimismo, me explican que puedo negarme a participar o retirarme en cualquier etapa del proceso, sin expresión de causa ni consecuencias negativas para mí, tal y como lo afirma la Ley 41 de 2002 y la resolución 8430 de 1993. Manifiesto que he leído y entendido en su totalidad el presente consentimiento informado y con mi firma acepto voluntariamente participar de este estudio.

Firma participante: _____

Fecha: _____

Lugar: _____

Número de contacto: _____

Recuerde que, si tiene alguna pregunta adicional, puede comunicarse a la siguiente información de contacto:

Correos electrónicos: sandra.quiceno@udea.edu.co o paola.mejia1@udea.edu.co

Número de celular: 3104751262

¡Agradecemos sus aportes y participación!

Anexo 5. Ejemplo de cuadro de sistematización de la información

Pregunta	Respuesta	Categoría	Observaciones
Edad del menor	3 meses--	Información general	Desgarre al momento del nacimiento, Nació de 39 Semanas. Peso: 27,30. Estatura: 49cm
Parentesco del Representante Legal	Mamá	Información General	Sin Observaciones
Conformación de su núcleo Familia	Papá, Mamá, Hermano	Información General	Hermano de 5 Años. Lugar que ocupa entre los hermanos: 2
Estrato Socio Económico			
Servicios básicos con los que cuenta.	Luz, Alcantarillado	Condiciones Socioeconómicas	No cuenta con agua potable, ni red de gas.
Responsable de la situación económica	Papá	Condiciones Socioeconómicas	Papá: cerrajero y varios. Mamá: Ama de casa
Edad en la que empezó la alimentación complementaria	No aplica	Alimentación del menor	No aplica
Método de alimentación complementaria	No aplica	Alimentación del menor	No aplica
Enfermedades gastrointestinales del menor	No	Salud	No aplica
Desorden alimenticio	No	Salud	No aplica
Recibo alguna del estado	No	Condiciones socioeconómicas	No aplica
Asiste a algún CDI	No	Escolaridad	Los días jueves asisten a charlas y les regalan alimentación (mercado básico)

Recibe alimentación en el CDI	No aplica		
-------------------------------	-----------	--	--

Fuente: propia

Elaborado por: Mejía, S. Quiceno, S. -Estudiantes de la U de A

Anexo 6. Cartilla de actividades

Cartilla nutricional para la promoción de la salud infantil: Jugando voy aprendiendo sobre los alimentos



Ver aquí:

https://www.canva.com/design/DAFz5yr2xN8/qfcrVrZd3DsJ1XS522Rtww/edit?utm_content=DAFz5yr2xN8&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton