



# GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA MUJERES GESTANTES, MADRES EN PERÍODO DE LACTANCIA Y NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS PARA COLOMBIA

DOCUMENTO TÉCNICO



Organización de las Naciones  
Unidas para la Alimentación  
y la Agricultura



GOBIERNO DE COLOMBIA

*Cambiando el mundo de las familias colombianas*



# GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA MUJERES GESTANTES, MADRES EN PERÍODO DE LACTANCIA Y NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DE COLOMBIA

## DOCUMENTO TÉCNICO

**INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR**

Karen Cecilia Abudinen Abuchaibe  
Directora general

Alejandro Gómez López  
Director de Nutrición

**Equipo Técnico de la Dirección de Nutrición**

Alba Victoria Serna Cortés  
María Fernanda Valbuena Hernández  
Martha Cecilia Borda Torres  
Paola Andrea Cárdenas Mendoza  
Samantha Agudelo Cañas  
Luisa Fernanda Rojas Sandoval  
Ángela María Jiménez Ángel

**Equipo Técnico Oficina de Cooperación y Convenios**

Sol Beatriz Gómez Bonilla  
Clemencia Ivón Sanabria Parra

**Coordinación editorial**

Julio Solano Jiménez  
Jefe Oficina Asesora de Comunicaciones  
Grupo de Imagen Corporativa

**ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA – FAO**

Rafael Zavala Gómez Del Campo  
Representante de la FAO en Colombia

Iván Felipe León Ayala  
Oficial Nacional de Programas – FAO Colombia

Israel Ríos-Castillo  
Oficial de Nutrición – Oficina Regional para América Latina y El Caribe

Yenory Hernández-Garbanzo  
Consultor internacional – FAO Guías Alimentarias Basadas en Alimentos

Michela Espinosa Reyes  
Especialista senior  
Alimentación y Lucha contra la Malnutrición

**Equipo Técnico**

Zulma Yanira Fonseca Centeno  
Santiago Mazo Echeverri  
María del Pilar Pinto Mora  
Edwin Fernando Quiroga Villalobos

**Diseño y Diagramación**

Oficina de comunicaciones FAO – Colombia  
Gabriel Clavijo

**Impresión**

Impresiones Litográficas América

ISBN: 978-958-623-194-7

Primera Edición. Julio 2018

Convenio 1264 de 2017 entre el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura – FAO

Con el apoyo técnico del Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias - CTNGA

Los contenidos son responsabilidad de las entidades participantes. Prohibida su reproducción total o parcial sin la debida autorización del ICBF. Las denominaciones empleadas en este producto informativo y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la FAO o el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, juicio alguno sobre la condición jurídica o el nivel de desarrollo de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto de la delimitación de sus fronteras o límites. La mención de empresas o productos de fabricantes en particular, que estén o no estén patentadas, no implica que se aprueben o recomienden de preferencia a otros de naturaleza similar que no se mencionan. Las opiniones expresadas en esta publicación son las de su(s) autor (es), y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la FAO.

## COMITÉ TÉCNICO NACIONAL DE GUÍAS ALIMENTARIAS

### MINISTERIO DE AGRICULTURA Y DESARROLLO RURAL

Juan Guillermo Zuluaga Cardona, ministro  
Representante ante el comité: Lijia Silva Bohórquez

### MINISTERIO DE CULTURA

Mariana Garcés Córdoba, ministra  
Representante ante el comité: Luisa Angela Caro Díaz

### MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

Yaneth Giha Tovar, ministra  
Representante ante el comité: Orlando Arnulfo Chacón Barliza

### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Alejandro Gaviria Uribe, ministro  
Representantes ante el comité: Blanca Cecilia Hernández Torre y Luz Angela Ochoa Cubillos

### PROSPERIDAD SOCIAL

Nemesio Roys Garzón, director general  
Representantes ante el comité: Carolina Ramírez Suárez y Diana Carolina Ariza Romero

### INSTITUTO COLOMBIANO DE BIENESTAR FAMILIAR

Karen Cecilia Abudinen Abuchaibe, directora general  
Representantes ante el comité  
Alba Victoria Sema Cortés  
María Fernanda Valbuena Hernández  
Martha Cecilia Borda Torres  
Paola Andrea Cárdenas Mendoza

### INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Martha Lucía Ospina Martínez, directora  
Representantes ante el comité: Ana Yibby Forero Torres y Jenny Alexandra Hernández Montoya

### COMISIÓN INTERSECTORIAL DE PRIMERA INFANCIA

Constanza Liliana Gómez Romero, coordinadora  
Representantes ante el comité: Andrea Suárez Pérez y Ruben E. Robayo Rico

### UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Fabiola Becerra Bulla, directora Departamento de Nutrición Humana  
Representantes ante el comité: Melier Edila Vargas Zárate y Fabiola Becerra Bulla

### ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE DIETISTAS Y NUTRICIONISTAS (ACODIN)

Amparo Russi Rojas, presidenta  
Representante ante el comité: Amparo Russi Rojas

### ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE FACULTADES DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

Esperanza Flórez Fernández, presidenta  
Representante ante el comité: Jannet Arismendi Jiménez

### ASOCIACIÓN DE EX ALUMNOS DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Carolina Montejo, presidenta  
Representante ante el comité: Carolina Montejo

### FEDERACIÓN COLOMBIANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FECOLSOG)

Ivonne J. Díaz Yamal, presidenta  
Representante ante el comité: Carlos Echeverry Ciro

### RED INTERNACIONAL DE GRUPOS PRO ALIMENTACIÓN INFANTIL (IBFAN)

Gloria Ochoa Parra, coordinadora  
Representante ante el comité: Gloria Ochoa Parra

### ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

Gina Watson, representante de la OPS/OMS en Colombia  
Representante ante el comité: Ana María Angel Correa

### PROGRAMA MUNDIAL DE ALIMENTOS

Deborah Hines, representante de PMA en Colombia  
Representante ante el comité: Ana Mercedes Cepeda Arenas

### ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA ALIMENTACIÓN Y LA AGRICULTURA

Rafael Zavala Gómez del Campo, representante de la FAO en Colombia  
Representantes ante el Comité: Zulma Yanira Fonseca Centeno y Santiago Mazo Echeverri

## CONTENIDO

### INTRODUCCIÓN

VI

<b>I.</b>	<b>LAS GUÍAS ALIMENTARIAS PARA MUJERES GESTANTES, MADRES EN PERÍODO DE LACTANCIA Y NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS.....</b>	<b>I</b>
<b>2.</b>	<b>MARCO NORMATIVO .....</b>	<b>2</b>
2.1	Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2008-2015	2
2.2	Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 -2019	3
2.3	Política Nacional de Atención Integral en Salud (PAIS) 2015	3
2.4	Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)	4
2.5	Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)	4
2.6	Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021	4
2.7	Ley 1804 del 2016. Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre	5
2.8	Lineamiento técnico de alimentación y nutrición para la primera infancia (De Cero a Siempre)	5
2.9	Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020	6
2.10	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna	6
2.11	Informe del monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 2016	7
2.12	Lineamiento técnico de alimentación complementaria. 2016	7
2.13	Resolución 3803 de 2016. Recomendación de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana	8
2.14	Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes en Colombia 2014- 2021	8
2.15	Estrategia para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en Colombia 2012- 2021	9
2.16	Resolución 2465 de 2016, patrones de crecimiento	9
2.17	Hojas de balance de alimentos	9
2.18	Tabla de Composición de Alimentos Colombianos 2015	10

<b>3.</b>	<b>ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL.....</b>	<b>11</b>
3.1	Contexto sociodemográfico y económico	11
3.2	Situación alimentaria, nutricional y de salud de los niños y niñas menores de dos años	23
3.3	Situación alimentaria, nutricional y de salud de las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia	33
3.4	Situación alimentaria y nutricional mujeres en período de lactancia	38
<b>4.</b>	<b>PROCESO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS.....</b>	<b>40</b>
4.1	Fase 1: Activación del Comité técnico administrativo	41
4.2	Fase 2: Reactivación del Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias CTNGA	41
4.3	Fase 3: Evaluación de las guías alimentarias actuales del país	41
4.4	Fase 4: Gestión de información para actualizar las guías	42
4.5	Fase 5: Análisis de la evidencia científica y definición de objetivos y metas	42
4.6	Fase 6: Construcción de herramientas técnicas	67
4.7	Fase 7: Validación en campo de mensajes e ícono	69
4.8	Fase 8: Documento técnico, material educativo y plan de divulgación	78
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>118</b>
A.	MATRIZ DE ELABORACIÓN DE RECOMENDACIONES TÉCNICAS A LA LUZ DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	118
B.	METODOLOGÍA PARA LA BÚSQUEDA Y CLASIFICACIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA	122
C.	METODOLOGÍA PARA LA VALIDACIÓN EN CAMPO DEL ÍCONO Y LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS	132
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ACERCA DEL ÍCONO.....</b>	<b>192</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ACERCA DE LOS MENSAJES.....</b>	<b>193</b>
<b>7.</b>	<b>GUÍAS DE PREGUNTAS.....</b>	<b>194</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>207</b>

## INTRODUCCIÓN

En la búsqueda de un compromiso universal firme para alcanzar el desarrollo, promover la prosperidad y el bienestar común en los próximos 15 años, la comunidad internacional y los gobiernos nacionales, entre ellos Colombia, acordaron en la Cumbre de Desarrollo Sostenible de septiembre del 2015, y en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, diecisiete objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Cada país se comprometió a adoptarlos y a movilizar los medios necesarios para su implementación mediante alianzas centradas especialmente en las necesidades de los más pobres y vulnerables.

En el marco de la nueva agenda global de los ODS, se plantea que en la actualidad, en el mundo, hay más gente que alimentar con menos agua, tierras de cultivo y biodiversidad; pero el mundo produce alimentos suficientes para todos y, por lo tanto, se deben transformar los actuales sistemas alimentarios, para hacerlos más sostenibles. Esto implica unos retos importantes que deben trabajarse articuladamente entre entidades y sociedad civil, que generen compromisos bilaterales para avanzar en el cumplimiento de estos objetivos, y uno de estos retos es fortalecer la educación alimentaria y nutricional de la población en general, que conlleve al mejoramiento del consumo de una alimentación saludable.

Las guías alimentarias son una importante herramienta educativa e informativa, cuyo objetivo principal es contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de las deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, promoviendo prácticas saludables a través de un conjunto de mensajes y submensajes que brindan orientación a la población colombiana; en este caso dirigidos a mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, tanto a nivel familiar e institucional, sobre el consumo de alimentos para realizar la mejor selección y manejo de los mismos.

Las guías son dinámicas, flexibles, temporales, es decir, adaptables a las necesidades de las personas sanas, a las políticas y programas. Estas toman en cuenta el patrón alimentario e indican los aspectos que se deben reforzar o modificar<sup>1</sup>, bajo el enfoque transversal de derechos humanos, derecho a la alimentación y el concepto de sostenibilidad ambiental del planeta.

En la Conferencia Internacional de Nutrición, organizada por FAO/OMS en Roma en 1992, los países participantes se comprometieron a elaborar directrices nacionales en materia de alimentación en forma de guías alimentarias, teniendo en cuenta la evidencia científica proporcionada por fuentes nacionales e internacionales. Esas directrices debían orientar las políticas nacionales en alimentación, educación nutricional y otras intervenciones de salud pública, así como propiciar la colaboración intersectorial. Dentro de las recomendaciones se encuentra la actualización periódica de las guías alimentarias, considerando los cambios en hábitos alimentarios y estilos de vida de la población, características de la morbilidad de la población y el desarrollo de nuevos conocimientos en materia de alimentación y nutrición<sup>2</sup>.

En el 2017, en consideración a que la última versión disponible de guías alimentarias para mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años había sido publicada en el 2004, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) propuso realizar la actualización de las guías con el apoyo técnico de la FAO y el papel fundamental de un Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias; de tal forma que estas estuvieran acordes con las condiciones sociodemográficas, de salud y nutrición de estos grupos poblacionales y que además tuvieran en cuenta para su definición las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana.

El resultado de este proceso es expuesto en el presente documento, como insumo base para su socialización e implementación en todo el territorio nacional, igualmente invitando a los gobiernos locales y actores institucionales y sociales de la seguridad alimentaria nutricional (SAN) para adoptarlas y adaptarlas teniendo en cuenta las particulares de cada territorio y diversidad cultural del país.

- 
1. República de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, guías alimentarias para niños y niñas colombianos, consultado en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortalICBF/Bienestar/Beneficiarios/Nutricion-SeguridadAlimentaria/EducacionAlimentaria/GuiasAlimentarias>.
  2. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Estado actual de las guías alimentarias de América. 21 años después de la Conferencia Internacional de Nutrición. Roma: FAO, 2014.



# 1 GUÍAS ALIMENTARIAS PARA MUJERES GESTANTES, MADRES EN PERÍODO DE LACTANCIA Y NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS

Las guías alimentarias son un conjunto de planteamientos que brindan orientación a la población sobre el consumo de alimentos, con el fin de promover un completo bienestar nutricional. Son dinámicas, flexibles y temporales, toman en cuenta el patrón alimentario e indican los aspectos que deben ser modificados o reforzados. (ICBF - FAO, 2013)

El objetivo de las guías alimentarias es contribuir al fomento de estilos de vida saludables, al control de deficiencias o excesos en el consumo de alimentos y a la reducción del riesgo de enfermedades relacionadas con la alimentación, a través de mensajes comprensibles, que buscan orientar a familias, educadores, asociaciones de consumidores, medios de comunicación e industria de alimentos, entre otros actores sociales.

La función de mantener actualizadas las guías alimentarias le corresponde al ICBF, según lo establece el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 – 2019 en la línea de acción No. 2. (ICBF - FAO, 2013)

En el 2017, en convenio entre el ICBF y la FAO se inicia el proceso de revisión y actualización de las guías alimentarias para mujeres gestantes, mujeres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años. Para desarrollar este proceso, nuevamente se conforma un Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias (CTNGA), que incluyó la participación activa y permanente de delegados oficiales de diferentes instituciones y organizaciones del país.

La metodología propuesta para la actualización se programó en 5 etapas, iniciando con la revisión técnica de las guías alimentarias publicadas en el 2004; luego, se formularon y priorizaron temas y preguntas de investigación que posteriormente se resolvieron a través de la revisión de evidencia científica y consulta a expertos. A partir de los hallazgos, se estructuraron los ajustes que permitieron definir los mensajes principales y submensajes por cada uno de los grupos.

La actualización fue liderada por el ICBF, con el acompañamiento técnico de la FAO como secretaría técnica y del CTNGA.

## 2 MARCO NORMATIVO

A nivel nacional, la Constitución Política de Colombia establece el derecho a la alimentación equilibrada como un derecho fundamental de los niños y niñas (Artículo 44) y, en cuanto a la oferta y a la producción agrícola, la Constitución establece en los artículos 64, 65 y 66 los deberes del Estado en esta materia<sup>3</sup>.

Colombia ha adquirido diversos compromisos internacionales con relación al derecho de alimentación adecuada y a no padecer hambre, entre los que caben mencionarse la Conferencia Internacional de Nutrición (1992), la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas (2000), la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (2001), la Cumbre Mundial de la Infancia (2002) y la Cumbre de Nutrición y Salud (2008). Estos compromisos se materializan a través de las siguientes políticas, planes y proyectos.

### 2.1. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2008-2015

En el 2008, mediante documento CONPES Social 113, se aprueba la **Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN)**, la cual presenta dentro de sus objetivos la promoción de hábitos y estilos de vida saludables que permitan mejorar el estado de salud y nutrición de la población, y prevenir la aparición de enfermedades asociadas con la dieta. De igual manera, sostiene dentro de las estrategias la información, educación y comunicación para fortalecer la promoción de la seguridad alimentaria y nutricional, en el sistema educativo formal e informal, para mejorar las prácticas de producción, alimentación, nutrición, salud, higiene, manipulación y preparación de alimentos; para ello, se estableció la estructuración de una red de comunicaciones para la divulgación masiva de información sobre alimentación y nutrición a la población, que permita orientar la decisión de compra y consumo de productos alimenticios.

Establece la actualización y difusión permanente de instrumentos de programación y orientaciones alimentarias y nutricionales, como las guías alimentarias para la población colombiana como herramientas educativas para fomentar adecuados hábitos alimentarios en la población colombiana y articuladas con acciones prioritarias en salud pública, que buscan mejorar la situación nutricional de la población, especialmente de los grupos más vulnerables como los niños y niñas (primera infancia, infancia y adolescencia), mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia, adultos mayores, desplazados y grupos étnicos, y es por tal motivo que su actualización fue una prioridad para el país.

3. Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 113. República de Colombia, Departamento Nacional de Planeación. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional. 2008.



## 2.2. Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional 2012 -2019

La Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PSAN) determinó la necesidad de construir y ejecutar un Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional (PNSAN) cuyo horizonte de ejecución es el periodo 2012-2019, el cual debe articularse programática y presupuestalmente con los diferentes planes de desarrollo de la Nación y de las entidades territoriales.

El PNSAN acoge los objetivos, estrategias y líneas de trabajo de la PSAN y dentro de una de sus estrategias, información, educación y comunicación, se busca el desarrollo de una cultura de toma, aprovechamiento y difusión, que permita a los diferentes actores disponer de la información necesaria para la toma de decisiones, así como su actualización permanente en aspectos como: estado nutricional, composición de alimentos, valores de referencia de calorías y energía, guías alimentarias, entre otras, que orienten al consumidor sobre la adecuada selección y compra de alimentos a un menor costo.

## 2.3. Política Nacional de Atención Integral en Salud (PAIS) 2015

Busca generar las mejores condiciones de la salud de la población mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, bajo el enfoque de determinantes sociales adoptado por el Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021, en el que se reconoce que los problemas de salud son generados o potenciados por las condiciones ambientales, sociales, culturales, políticas, económicas, educacionales, de hábitat y genéticas que afectan a las poblaciones en los diferentes ámbitos territoriales que conforman la Nación<sup>4</sup>.

Dentro de las estrategias centrales de la PAIS se encuentran: la atención primaria en salud con enfoque de salud familiar y comunitaria, como elemento esencial para la viabilidad en la progresividad del ejercicio del derecho, en donde la promoción de la salud, incluyendo estilos de vida saludables (alimentación saludable y actividad física) juegan un papel primordial; el cuidado, entendido como las capacidades, decisiones y acciones que el individuo y el Estado adoptan para proteger la salud de la persona, la de su familia, la comunidad y el medioambiente que los rodea. Para lograr estos objetivos, las guías alimentarias, como herramientas educativas, contribuyen a la promoción de estilos de vida saludable, que incluyen la alimentación saludable, la práctica de actividad física y la promoción para asistir a los servicios de salud, especialmente durante estos periodos vitales del curso de vida: gestación, periodo de lactancia y durante el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas menores de 2 años, que favorezcan la atención integral y la promoción de salud.



---

4. Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social. 2015.

## 2.4. Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

El Modelo adopta herramientas para garantizar la oportunidad, continuidad, integralidad, aceptabilidad y calidad en la atención en salud de la población bajo condiciones de equidad. El propósito del MIAS es, por tanto, la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población y los territorios en que se desarrolla, lo cual requiere la armonización de los objetivos y estrategias del sistema alrededor del ciudadano como objetivo del mismo, y pone en el centro a las personas, su bienestar y desarrollo, propone intervenciones que comprenden acciones de promoción de la salud, cuidado, protección específica, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y paliación a lo largo del curso de su vida, con oportunidad, aceptabilidad, pertinencia, accesibilidad, eficiencia, eficacia y efectividad. Por tanto, la promoción de la alimentación saludable y en general de estilos de vida saludables son temáticas centrales dentro del Modelo Integral de Atención, que pretende involucrar a todos los actores referentes del tema para generar articulación y respuestas efectivas que contribuyan al mantenimiento y recuperación de la salud de la población.

## 2.5. Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS)

Las RIAS son instrumentos que contribuyen a que las personas, familias y comunidades alcancen resultados en salud, teniendo en cuenta las particularidades del territorio donde viven, se relacionan y se desarrollan; de igual manera, permiten orientar y ordenar la gestión de la atención integral en salud a cargo de los actores del SGSSS de manera continua y consecuente con la situación y características de cada territorio, así como la gestión intersectorial para la afectación de los determinantes sociales de la salud.

La ruta integral de atención para la promoción y mantenimiento de la salud en el curso de vida vincula acciones para el cuidado de la salud, la detección temprana, la protección específica y educación para la salud, para potenciar las capacidades físicas, cognitivas y psicosociales y alcanzar los resultados en su desarrollo, gestionar temprana, oportuna e integralmente los riesgos en salud, que incluyen reducir la susceptibilidad al daño, teniendo en cuenta los riesgos acumulados como los que emergen en el momento vital, especialmente en etapas primordiales en la vida como la gestación y primeros años de vida. Del mismo modo, busca afectar entornos para que sean protectores y potenciadores para la salud y el desarrollo. En estas rutas, tener herramientas educativas actualizadas para la promoción de la salud, como lo son las guías alimentarias, contribuirá al autocuidado y fomentará el acceso a servicios de salud oportuna para garantizar una evaluación permanente del estado de salud y nutrición y evitar riesgos de enfermar o morir.

## 2.6. Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021

Es una apuesta política por la equidad en salud, la cual se logra cuando “todas las personas alcanzan su potencial de salud independientemente de sus condiciones sociales, culturales y económicas” y se convierte “en pacto social y un mandato ciudadano que define la actuación articulada entre actores y sectores públicos, privados y comunitarios para crear condiciones que garanticen el bienestar integral y la calidad de vida en Colombia”<sup>5</sup>.



Dentro de las dimensiones prioritarias se encuentra la Seguridad Alimentaria y nutricional (SAN)<sup>6</sup>, definida como “*las acciones que buscan garantizar el derecho a la alimentación sana con equidad, en las diferentes etapas del ciclo de vida, mediante la reducción y prevención de la malnutrición, el control de los riesgos sanitarios y fitosanitarios de los alimentos y la gestión intersectorial de la seguridad alimentaria y nutricional con perspectiva territorial*”.

Se deben vincular estrategias de información, educación y comunicación, como lo son las guías alimentarias, que permiten orientar a la población en general, especialmente en los periodos de mayor demanda de energía y nutrientes, como lo es la gestación, el periodo de lactancia y los primeros años de vida de los niños y las niñas, en la mejor selección y consumo de alimentos para asegurar la salud de las personas, adquirir adecuados estilos de vida y garantizar sus derechos como consumidores bien informados.

## 2.7. Ley 1804 del 2016. Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia De Cero a Siempre

Esta Política tiene como objetivo garantizar el desarrollo integral de niños y niñas de la primera infancia, buscando fortalecer el reconocimiento, la protección y la garantía de los derechos de las mujeres gestantes y de los niños y las niñas de cero a seis años de edad, así como la materialización del Estado Social de Derecho.

Dentro de esta, se establece la gestión de la seguridad alimentaria y nutricional entendida como el conjunto de acciones articuladas que buscan aportar a la realización de los derechos asociados a la alimentación y a la adecuada nutrición de los niños y niñas. Estas acciones buscan promover en las familias hábitos alimentarios y estilos de vida saludables que permitan mejorar el consumo de los alimentos y la nutrición, aportando el mejoramiento de la salud a la prevención de enfermedades ligadas a la alimentación mediante el reconocimiento, valoración e identificación de los haberes y prácticas culinarias. Es así como una herramienta educativa como las guías alimentarias dirigidas a las mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, orientará a la población a la mejor selección y consumo de alimentos en estas etapas cruciales de la vida, y así contribuir a un adecuado estado de salud, nutrición y formación de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables desde el inicio del curso de vida.

## 2.8. Lineamiento técnico de alimentación y nutrición para la primera infancia (De Cero a Siempre)

Los lineamientos técnicos orientan las acciones para la implementación de la política de Cero a Siempre, tanto en el nivel nacional como en el territorial, los cuales reconocen las realizaciones que se deben dar en la primera infancia, entendidas como: *las condiciones y estados, que se materializan en la vida de cada niña y niño, y que hacen posible su desarrollo integral*.

---

5. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social, marzo del 2013.

6. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Ministerio de Salud y Protección Social, marzo del 2013.



La atención alimentaria para la buena nutrición de las niñas y niños ocurre primariamente en el hogar, por lo cual se halla relacionada en la ruta con las atenciones de “formación y acompañamiento a la familia”, indicando las acciones a emprender en el hogar, como la lactancia materna, la alimentación complementaria y los hábitos saludables, entre otras; sin embargo, también incorpora acciones en los servicios de salud a los que acuden las familias en busca de soluciones a los problemas alimentarios y nutricionales de la niñez y en los centros educativos y centros de desarrollo infantil.

Estas orientaciones incluyen: formación en derechos, fomento de hábitos alimentarios y estilos de vida saludables, promoción, protección y apoyo a la lactancia materna, promoción y apoyo de prácticas apropiadas de alimentación complementaria y alimentación de la familia, suplementación con micronutrientes y monitoreo y control del crecimiento y el desarrollo; temáticas centrales que se encuentran incorporadas en la actualización de las guías alimentarias para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, que permiten orientar estos espacios de formación a familias, en los diferentes escenarios en los que transcurre la vida cotidiana.

## 2.9. Plan Decenal de Lactancia Materna 2010-2020

El Plan Decenal de Lactancia Materna se constituye en un instrumento orientado a fines sociales de marcado interés para el conjunto de la sociedad, cuyos objetivos son: 1. Mejoramiento significativo de los índices de la lactancia (iniciación, exclusividad y duración). 2. Transformaciones en las prácticas sociales relacionadas con la lactancia materna y la alimentación complementaria adecuada de los menores de 2 años de edad. 3. Institucionalidad con capacidades efectivas de promoción, apoyo y protección de la lactancia materna y la adecuada alimentación de niños y niñas. 4. Amplio compromiso social. 5. Aportes concretos a mejores condiciones de calidad de vida de cualquier sujeto que entre en relación con la práctica adecuada de la lactancia materna.

Las guías alimentarias dirigidas a mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años incorporan los aspectos relevantes de la práctica de lactancia materna, como factor protector durante los primeros años de vida y sus implicaciones positivas a nivel social, económico y ambiental de gran magnitud, que perduran a lo largo de la vida y su contribución al desarrollo del país.

## 2.10. Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna

En 1981, la 34ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna como requisito mínimo para proteger y fomentar la alimentación adecuada del lactante y del niño pequeño, el cual pretende «proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios, sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución».



Las guías alimentarias se consolidan como un medio de información adecuado y confiable, que orientan a las familias gestantes, con madres en periodo de lactancia y con niños y niñas menores de 2 años, en la práctica adecuada de lactancia materna e inicio adecuado y natural de la alimentación complementaria y documenta los riesgos del uso de leches de tarro y sucedáneos de la leche materna, con el fin de desestimular su uso.

### 2.11. Informe del monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna 2016

El Ministerio de Salud y Protección Social presentó en el 2016 los resultados nacionales del monitoreo al Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, cuyo objetivo fue recolectar elementos técnicos para la actualización del Decreto 1397 de 1992 “por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos para lactantes y complementarios de la leche materna y se dictan otras disposiciones”.

El monitoreo evidenció que si bien es responsabilidad del Gobierno Nacional definir e implementar un sistema de seguimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna, es “compromiso de todos”, velar y cumplir con lo establecido en los artículos tanto del Código como de las resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, dentro de las recomendaciones para la academia está contribuir con procesos investigativos que permitan evidenciar la influencia de la publicidad de los sucedáneos de la leche materna en la alimentación de los menores de 2 años y su estado de salud. Las sociedades y asociaciones científicas y de profesionales de la salud deben ser ejemplo en la promoción y en el cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna y las resoluciones AMS.

Las guías alimentarias, como herramienta educativa, contribuyen a estos procesos formativos, tanto a nivel institucional como comunitario, y enfatizan en el cumplimiento de la normatividad establecida para proteger la práctica de lactancia materna y la decisión de la madre en ofrecerla, brindándole información sobre las redes de apoyo con las que cuenta para lograr una práctica adecuada en beneficio del binomio madre e hijo y de la sociedad en general.

### 2.12 Lineamiento técnico de alimentación complementaria. 2016

Precisa las recomendaciones sobre alimentación complementaria a seguir por parte de todas las instituciones y sectores involucrados en la atención en alimentación, nutrición y salud de los lactantes del país, con el propósito de orientar su quehacer y, en definitiva, promover prácticas de alimentación complementaria que contribuyan a mejorar la situación actual de los niños y niñas de 6 a 23 meses en Colombia, relacionadas con prevalencias de malnutrición, deficiencia de micronutrientes y morbimortalidad. Este lineamiento es uno de los ejes principales para la actualización de las guías alimentarias, con el fin de unificar criterios técnicos que orienten a las familias de niños y niñas menores de 2 años en la adecuada introducción de la alimentación complementaria.



### 2.13. Resolución 3803 de 2016. Recomendación de ingesta de energía y nutrientes para la población colombiana

La FAO, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Universidad de las Naciones Unidas (UNU), y el Food and Nutrition Board, Institute of Medicine (FNB:IOM) de Estados Unidos y Canadá han considerado un nuevo enfoque en la determinación de las recomendaciones de ingesta, que responde a los importantes desarrollos que transformaron el campo de la investigación en nutrición y modificaron las características principales de las recomendaciones de consumo de calorías y nutrientes del siglo pasado. En Colombia, el ICBF, con el apoyo técnico de la Universidad de Antioquia, la Universidad Nacional de Colombia, de expertos, entre otros, actualizó las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes (RIEN) para la población colombiana teniendo en cuenta los antecedentes mencionados previamente.

Las RIEN tienen como uno de sus propósitos “servir como marco de referencia para la actualización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la población colombiana”, al orientar la planificación y evaluación dietética para individuos y grupos.

Estas recomendaciones vigentes permiten el establecimiento de las cantidades necesarias de energía y nutrientes que necesita un individuo o un grupo poblacional para alcanzar un estado nutricional adecuado y evitar las deficiencias y los excesos relacionados con la ingesta inapropiada de uno o varios nutrientes. Las guías alimentarias para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años consideran estas cantidades recomendadas y las transforman en tipos de alimentos, frecuencias de consumo y tamaños, contribuyendo así al cumplimiento de las recomendaciones de ingesta propuestas, al mantenimiento de un estado de salud y nutrición adecuado en estas etapas trascendentales de la vida y a la adopción de hábitos alimentarios saludables que prevengan la aparición de enfermedades no transmisibles o crónicas.

### 2.14. Estrategia Nacional para la Prevención y Control de Deficiencias de Micronutrientes en Colombia 2014- 2021

Establece cuatro líneas de acción dirigidas a la población en general con énfasis en grupos de población de mayor vulnerabilidad como son los niños y niñas hasta 12 años, mujeres gestantes y en edad fértil. Su objetivo es prevenir y reducir las deficiencias de micronutrientes en la población colombiana, con énfasis en niños y niñas hasta 12 años, así como en mujeres gestantes y en edad fértil.

La actualización de las guías alimentarias para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años incorpora líneas de acción que definen la Estrategia como: la diversificación de la alimentación la cual busca que las personas consuman una diversidad de alimentos que les suministren las cantidades requeridas de todos los micronutrientes esenciales en forma continua, promoviendo el desarrollo de la agricultura local, la diversificación productiva y el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas. Las guías alimentarias, a través de la definición de patrones alimentarios de cada grupo poblacional, buscan garantizar la diversificación de la dieta, teniendo en cuenta los grupos de alimentos vigentes y alimentos culturalmente aceptados por la población colombiana.



Otra de las líneas de acción es el fortalecimiento de acciones prioritarias como la lactancia materna y la alimentación complementaria, las cuales son incorporadas en las guías alimentarias, enfatizando en su importancia y en las pautas para lograr una práctica exitosa y una introducción de alimentación complementaria oportuna y adecuada. De igual manera, se informa a la población en general, especialmente en el grupo con mayores requerimientos de nutrientes como son niños, niñas, adolescentes (NNA), mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia, sobre la prevención y control de deficiencias y el mejoramiento del estado de salud, respecto a estrategias como la suplementación con micronutrientes, a la cual tienen acceso a través de los servicios de salud.

### 2.15. Estrategia para la Reducción del Consumo de Sal/Sodio en Colombia 2012- 2021

Tiene como objetivo contribuir a la disminución de la morbimortalidad atribuible a hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular en la población colombiana, mediante la reducción gradual del consumo de sal proveniente de las diferentes fuentes alimentarias, hasta lograr la recomendación de la OMS prevista para el 2021 (5 g sal o 2 g sodio/ persona/día). Dentro de las líneas de acción se encuentra la “información, educación y comunicación”, en la cual las guías alimentarias contribuyen a suministrar información confiable que oriente a los consumidores en la selección y consumo de alimentos con bajo contenido de sal/sodio para evitar complicaciones durante el periodo de gestación e introducción de alimentación complementaria en los menores de 2 años.

### 2.16. Resolución 2465 de 2016, patrones de crecimiento

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para realizar la clasificación antropométrica del estado nutricional de NNA menores de 18 años, conforme con los patrones de crecimiento publicados en los años 2006 y 2007 por la OMS, así como los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para efectuar la clasificación antropométrica del estado nutricional de adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas. Se constituyen en el instrumento para la clasificación antropométrica, monitoreo, investigación académica, científica y vigilancia nutricional, dirigidas a conocer y mejorar el estado nutricional de la población en general.

### 2.17. Hojas de balance de alimentos

Son un instrumento necesario para examinar la suficiencia alimentaria del país respecto al eje de la disponibilidad de alimentos, establecido en la Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.

Colombia cuenta con Hoja de Balance de Alimentos (HBA), constituyéndose como la base esencial para establecer la evolución de la información de disponibilidad de alimentos en el país, a través de una contabilidad exhaustiva de diversos bienes con destino a consumo humano, refleja la capacidad agrícola y pecuaria del país, permite establecer la incidencia de la producción en el entorno alimentario y conocer la proporción de alimentos importados en el total del



suministro nacional. Así mismo, estima el “consumo aparente” de energía, per cápita, desde la perspectiva de disponibilidad alimentaria.

Por otra parte, la HBA involucra dentro de sus objetivos facilitar la variable de suministro de energía alimentaria (SEA) a través del total de calorías disponibles per cápita año, como principal variable en el cálculo y estimación del indicador de la prevalencia de subalimentación en el país, el cual sirve para el monitoreo de los objetivos de desarrollo sostenible.

La información que ofrece la HBA permite evidenciar la capacidad de las personas para lograr un consumo de alimentos y los retos del país para generar la oferta alimentaria necesaria en cuanto a calidad, cantidad y precios, que contribuya al suministro de alimentos adecuados que cubran las necesidades de energía y nutrientes promedio de la población colombiana sana.

### 2.18. Tabla de Composición de Alimentos Colombianos 2015

Es una herramienta que recopila el contenido de calorías y nutrientes de los alimentos que consume la población colombiana; por tanto, su uso es necesario en el desarrollo de estudios epidemiológicos, clínicos, servicios de alimentos, planeación y evaluación de la intervención de complementación alimentaria y nutricional, industria de alimentos y en la formulación de proyectos y desarrollo de políticas de nutrición en salud pública, las hojas de balance de alimentos, las guías alimentarias basadas en alimentos, la planeación de la producción agrícola, el etiquetado nutricional de los alimentos, la regulación de alimentos y su comercio internacional.

Colombia cuenta con la actualización de la Tabla de Composición de Alimentos Colombianos a 2015, la cual incluye un total de 967 datos de alimentos, donde se incluyen 301 alimentos nuevos e información de 81 alimentos autóctonos. Esta herramienta permite definir los patrones alimentarios que se contemplan en la actualización de las guías alimentarias para mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años.



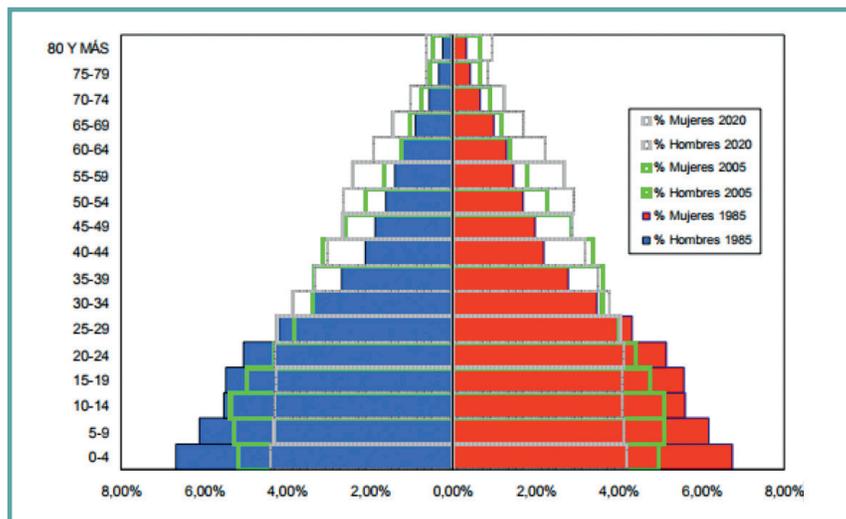
# 3 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

## 3.1. Contexto sociodemográfico y económico

### 3.1.1. Pirámide poblacional

La pirámide poblacional muestra que el país experimenta un proceso de transición demográfica, reflejado por los cambios en la distribución de la población por edad, el cual se ha caracterizado por una reducción de la base de la pirámide poblacional en favor de un ensanchamiento de las zonas medias. La población colombiana ha sido mayoritariamente femenina, la proporción de mujeres dentro del total fue 50,68 % en 1985 y para el 2015, 50,62 % (24.403.311).

Gráfica I. Pirámide poblacional de Colombia según sexo y grupo de edad (1985, 2005, 2020).



Fuente: DANE-Conciliación Censal 1985-2005 y Proyecciones de Población 2005-2020.

### 3.1.2. Crecimiento demográfico

El crecimiento demográfico expresa el incremento anual de las poblaciones relacionando nacimientos, defunciones y migración. Entre 2002 y 2012, por cada 1.000 habitantes la población mundial se incrementó anualmente en 1,2 %; en Colombia fue de 1,5 %<sup>7</sup> encontrándose por encima del promedio mundial.

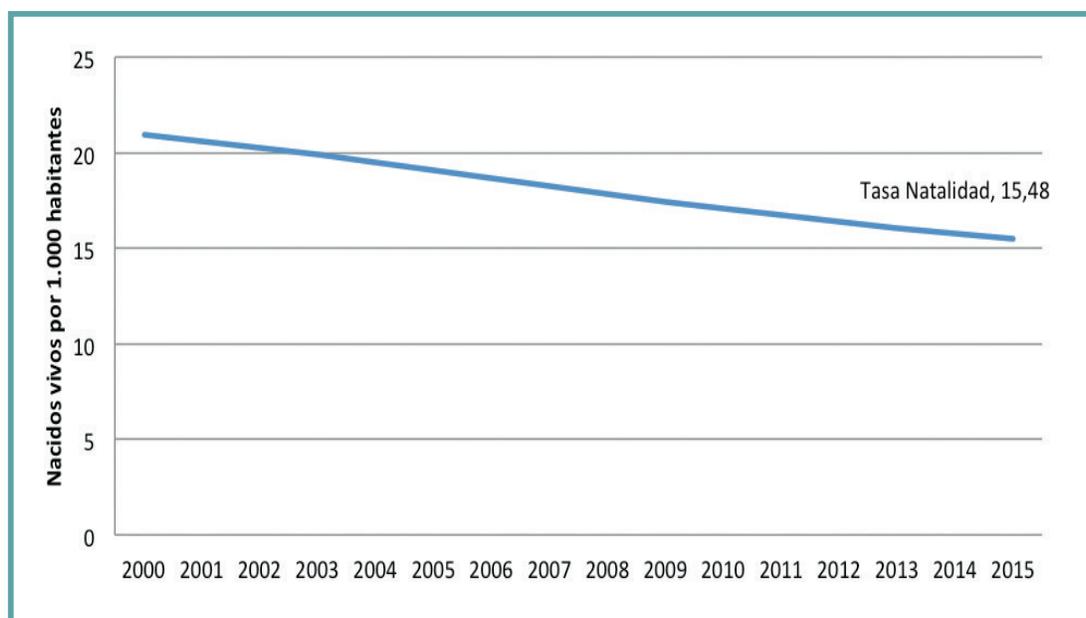
7. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 Estadísticas demográficas y socioeconómicas



El crecimiento demográfico ha sido heterogéneo y las mayores tasas de crecimiento ocurrieron en departamentos con un bajo o moderado desarrollo urbano<sup>8</sup>, y según las proyecciones de población, cuya estructura por edad se refleja en la ENDS 2015, indican que continúa el crecimiento relativo de la población potencialmente activa (15 a 64 años) frente a la población potencialmente inactiva (menores de 15 años y mayores de 64 años).

Natalidad en Colombia: se proyecta con una tendencia al descenso. Para el 2013 nacieron 649.742 niños y niñas de los cuales el 51,29 % (333.299) correspondió a niños y el 48,70 %, niñas. Comparando con el 2012, se observa que el número de nacimientos bajó 3,95 %.

**Gráfico 2. Tasa de natalidad en Colombia (2000 al 2015)**



Fuente: DANE

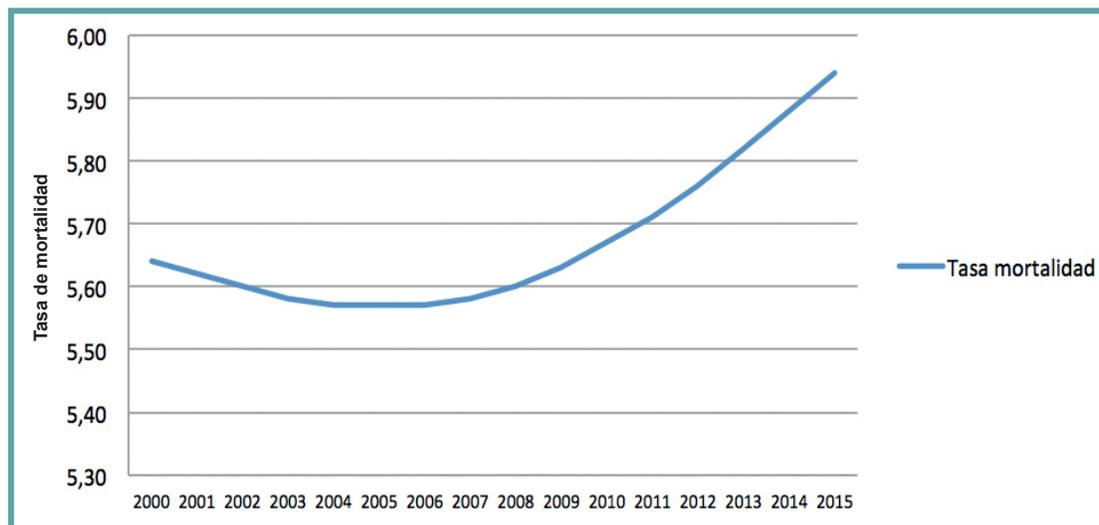
Para el 2015, la tasa de natalidad en Colombia (número de nacimientos por cada mil habitantes en un año) fue del 15,48 % y el índice de fecundidad (número medio de hijos por mujer) fue de 1,87 %. Al observar la evolución de la tasa de natalidad en Colombia se nota una disminución de 3,6 % del 2000 al 2015.

Mortalidad en Colombia: en 2013, en Colombia murieron 191.880 personas, 7.271 menos que el año anterior. Al observar los datos por sexos, mueren más hombres (107.019) que mujeres (84.846). La tasa de mortalidad en 2015 subió respecto a 2014, hasta situarse en el 5,94 %, es decir, 5,94 muertes por cada mil habitantes.

8. Población y principales indicadores demográficos de Colombia. Dirección General de Promoción del Trabajo. Grupo de Fomento de Programas de Trabajo.



Gráfico 3. Tasa de mortalidad en Colombia (2000 al 2015)



Fuente: DANE.

Al observar el comportamiento de la tasa de mortalidad en Colombia, se evidencia un incremento del 0,30 pp del 2000 al 2015, pasando de un 5,64 % a 5,94 %.

Tasa neta de migración: se espera que las salidas de población predominen sobre las llegadas. La Unidad Administrativa Especial Migración Colombia ha permitido soportar el positivo incremento de los flujos migratorios. En el 2001 la cifra alcanzó los 3.6 millones de registros, en contraste con los 11.7 millones de flujos logrados durante el 2014. Lo anterior representa un incremento equivalente al 218 % frente al 2001, en el cual sobresalen los 4.1 millones de entradas y salidas correspondientes a extranjeros (35 % del total)<sup>9</sup>.

Entre los factores internos que pueden influir en la dinámica migratoria a mediano y largo plazo se encuentran: la consolidación de escenarios de paz y reconciliación interna, al igual que el mantenimiento y fortalecimiento de sectores atractivos para la inversión extranjera y el turismo internacional, procesos de integración regional y global, desarrollo de infraestructura, así como la apertura económica y flexibilización migratoria, entre otros.

### Fecundidad

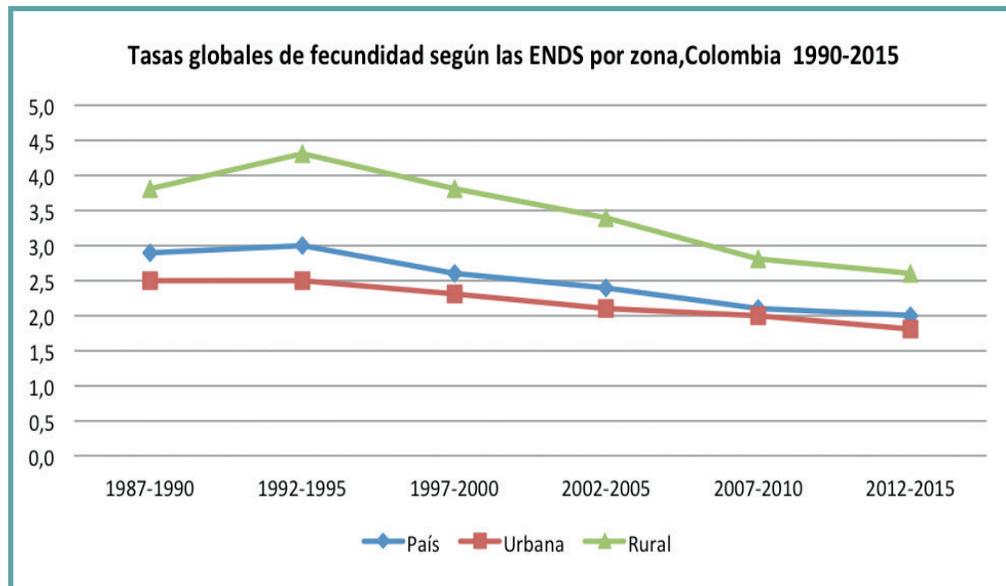
El nivel de fecundidad del país presentó un ligero descenso comparando los periodos de 2007-2010 y 2012-2015, según la ENDS 2015, siendo un poco más marcado en las zonas urbanas que en las rurales, con una brecha entre los dos valores prácticamente igual (el 40 % más de la fecundidad rural sobre la urbana).

9. Boletín anual de estadísticas 2014, Migración Colombia, Ministerio de Relaciones Exteriores.



Para el 2015, la tasa general de fecundidad (TGF) a nivel nacional es de 2.0 hijos por mujer. Esta TGF sitúa al país dentro del grupo de países latinoamericanos de menor fecundidad, junto con Uruguay (2.0), Costa Rica (1.9), Brasil (1.9) y Cuba (1.6), con un nivel de fecundidad menor inclusive que el observado en países de mayor nivel socioeconómico, como Argentina (2.3)<sup>10</sup>.

Gráfico 4. Tasas globales de fecundidad Colombia según la ENDS por zona, 1990-2020



Fuente: ENDS 2015

A pesar del bajo nivel de fecundidad logrado en 2015, la fecundidad es mayor en la zona rural, en las regiones y departamentos menos desarrollados, en quintiles más bajos de riqueza y niveles más bajos de educación. Los diferenciales sociales más amplios se observan por nivel educativo, con un rezago aproximado de 35 años en el descenso de la fecundidad entre las mujeres más y menos educadas: en 2015, las mujeres más educadas tienen niveles de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo (1.6 hijos e hijas), mientras que aquellas sin educación tienen niveles de fecundidad similares a los que tuvo el país a principios de la década de 1980: 3.9 hijos e hijas por mujer<sup>11</sup>.

Entre el 2000 y 2005, la fecundidad por grupos de edad mostró aumentos en la tasa de fecundidad de las adolescentes (15 a 19 años). En el período reciente, este indicador se redujo a 84 por mil en 2010 y a 75 por mil en 2015.

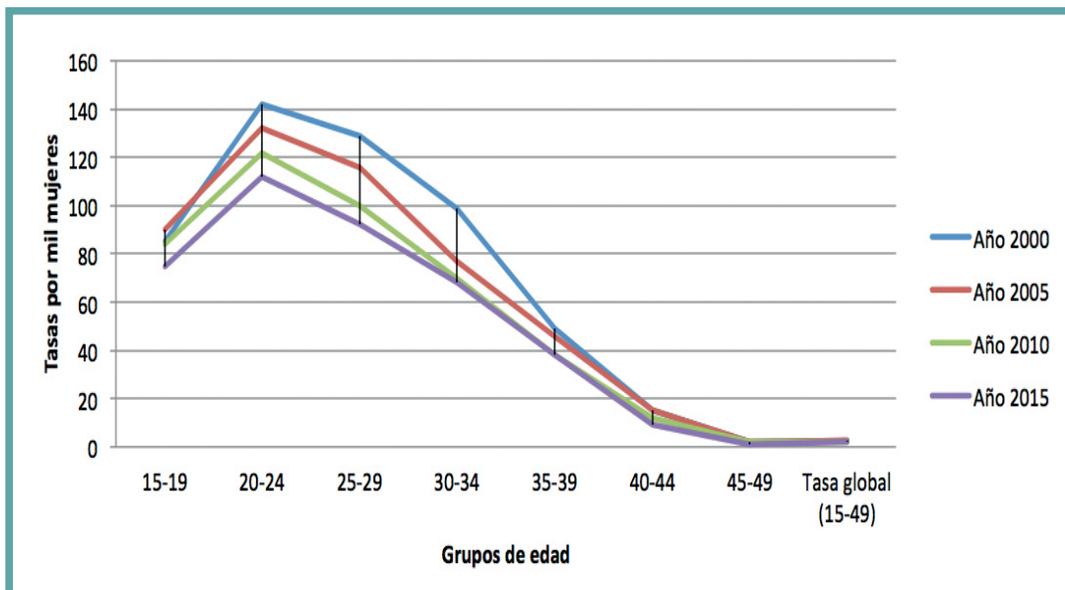
En este último período, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años tuvo un mayor descenso relativo (más de un 10 %) que los cuatro grupos de edad siguientes, lo cual ratifica que el país está ante una tendencia descendente de la fecundidad adolescente.

10. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2015.

11. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografías y Salud, ENDS, 2015.



Gráfico 5. Tasas globales de fecundidad Colombia según la ENDS por edad, 2000 - 2020



Fuente: ENDS 2015.

Los embarazos en adolescentes han sido asociados con condiciones de pobreza, siendo más altos en las áreas con mayor deterioro social y necesidades básicas insatisfechas<sup>12</sup>. Para 2014, el 50 % de la población con más necesidades básicas insatisfechas concentró el 55 % de la fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años.

El inicio del rol reproductivo no parece haber cambiado en el país en los últimos 10 años, situándose alrededor de 21.7 años entre las mujeres de 25 a 49 años. El inicio del rol reproductivo es más tardío a medida que mejoran las condiciones socioeconómicas: mayor urbanización, región de mayor desarrollo, mayor nivel educativo y mayor quintil de riqueza.

La longitud del espaciamiento entre hijos e hijas ha aumentado en el país de manera consistente, la mediana del intervalo intergenésico aumenta de 41.6 meses en 2005 a 50.7 meses en 2015; sin embargo, las mujeres más jóvenes (de 15 a 19 años), las que viven en la zona rural o en las regiones menos desarrolladas, las menos educadas y las de quintil de riqueza más bajo tienen los menores intervalos intergenésicos, favoreciendo las mayores tasas de fecundidad observadas en estos grupos<sup>13</sup>.

### 3.1.3. Tamaño de los hogares

Asociado con el avance en la transición demográfica, principalmente con el descenso de la fecundidad, así como también con los cambios en la composición familiar, se viene observando un descenso marcado del tamaño de los hogares.

<sup>12</sup>. Instituto Geográfico Agustín Codazzi. Atlas de Colombia 2005. Imprenta Nacional.

<sup>13</sup>. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografías y Salud, ENDS, 2015.



El promedio de personas por hogar captado por la ENDS 2015 en el total del país es de 3.5 y es prácticamente igual para las zonas urbanas (3.5 personas por hogar) y rurales (3.6 personas por hogar). Este promedio viene en descenso: en 2010 era 3.8 personas por hogar. El descenso en el período 2010 a 2015 fue más importante en las zonas rurales que en las urbanas: disminuyó de 3.9 a 3.6 (7.7 %) en las primeras y de 3.7 a 3.5 (5.4 %) en las segundas.

#### 3.1.4. Jefatura femenina de los hogares

En el promedio nacional, un 36.4 % de los hogares declaran a una mujer como jefe del hogar, siendo más común en la zona urbana (39,6 %) que la rural (25,5 %)<sup>14</sup>. Los resultados de las ENDS indican que la frecuencia de hogares con jefe mujer creció de 30.3 % en 2005 a 34 % en 2010 y a 36.4 % en 2015.

#### 3.1.5. Esperanza de vida

La esperanza de vida al nacer indica la cantidad de años que vivirá un recién nacido si los patrones de mortalidad se mantienen constantes a lo largo de su vida; además, permite evaluar las condiciones con las cuales los individuos se desarrollan en la sociedad. En Colombia se espera que para el quinquenio 2015-2020 sea de 76,15, siendo mayor en mujeres que en hombres. Se estima que para el 2020 las mujeres vivan 6,3 años más que los hombres, un promedio de años vividos para las mujeres de 79,3 años y para los hombres de 73 años<sup>15</sup>.

#### 3.1.6. Grupos étnicos

Aunque la proporción de población indígena y afrocolombiana captada por la ENDS 2015 es menor que en otras fuentes, los resultados son consistentes en cuanto a distribución geográfica de la población indígena: se concentra en las regiones de Orinoquía y Amazonía, Pacífica y Atlántica, y por departamentos constituye el 83 % de la población del Vaupés, el 72 % de Guainía, el 67 % de Amazonas y el 50% de La Guajira. Por su parte, los afrocolombianos constituyen el 80 % de la población del Chocó.

Además, se ratifica que en las poblaciones indígenas y afrocolombianas se presentan desigualdades: casi el 80 % de los indígenas pertenece a los quintiles bajo y más bajo de riqueza. La población afrocolombiana está un poco menos afectada: el 55 % de ella pertenece a los quintiles bajo y más bajo.

#### 3.1.7. Los quintiles de riqueza

La ENDS 2015 utilizó la metodología de quintiles de riqueza<sup>16</sup>, que se relaciona con la posesión de bienes de consumo duradero en los hogares encuestados, que representan activos o riqueza

14. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografías y Salud, ENDS, 2015.

15. Población y principales indicadores demográficos de Colombia. Dirección General de Promoción del Trabajo. Grupo de Fomento de Programas de Trabajo.

16. Para una descripción detallada de los procedimientos, alcances y limitaciones de esta metodología véase D. R. Gwatkin,



y en combinación con ciertas características de las viviendas, generando quintiles de bienestar o riqueza<sup>17</sup>.

Los quintiles están ordenados de menor riqueza (quintil 1) a mayor riqueza (quintil 5). En la medida en que el porcentaje de población en un quintil de una región sea mayor a 20 %, quiere decir que hay una concentración de población mayor que el promedio o que lo esperado en ese quintil y viceversa.

Al analizar la información, se evidencia que la población rural está concentrada casi en su totalidad (97.5 %) en los dos quintiles de menor riqueza (más bajo y bajo), en tanto que en las áreas urbanas, en esos dos grupos se acumula solo el 22.6 % de la población (por debajo del 40 % esperado), y en cambio en estas áreas hay una concentración relativa en los dos quintiles de mayor riqueza (alto y más alto) cuya suma alcanza 51.9 %.

Tabla 1. Distribución de la población y de los hogares por quintiles de riqueza según zona y región de residencia, Colombia 2015

QUINTIL DE RIQUEZA Población	Zona	
	Urbana	Rural
Más bajo	2,8	76,9
Bajo	19,8	20,6
Medio	25,6	1,6
Alto	25,9	0,6
Más alto	26,0	0,2

Fuente: ENDS 2015.

### 3.1.8. Pobreza monetaria<sup>18</sup>

Busca evaluar la capacidad adquisitiva de los hogares respecto a una canasta, para esto observa su ingreso, el cual es un medio y no un fin para lograr la satisfacción; cuando esta canasta incluye todos los bienes y servicios considerados mínimos vitales se habla de la pobreza monetaria

17. Dependiendo de la disponibilidad de bienes y las características de la vivienda, a cada hogar se le asigna un valor que es generado mediante la metodología de análisis de componentes principales. A los residentes de cada hogar se les asigna el valor del hogar en el cual residen y se generan quintiles poblacionales de “bienestar” o de “riqueza”, es decir, cinco grupos con el mismo número de personas en cada quintil a nivel total del país. En la ENDS 2015 se utilizaron los bienes de consumo duradero que aparecen en el cuadro 3.2 y como características adicionales: si el hogar tiene servicio doméstico, si son trabajadores agrícolas, el tipo de fuente de agua para beber, la clase de sanitario, si no es sanitario compartido, el tipo de combustible utilizado para cocinar, el tipo de material de los pisos y el número de miembros del hogar por cuartos para dormir.

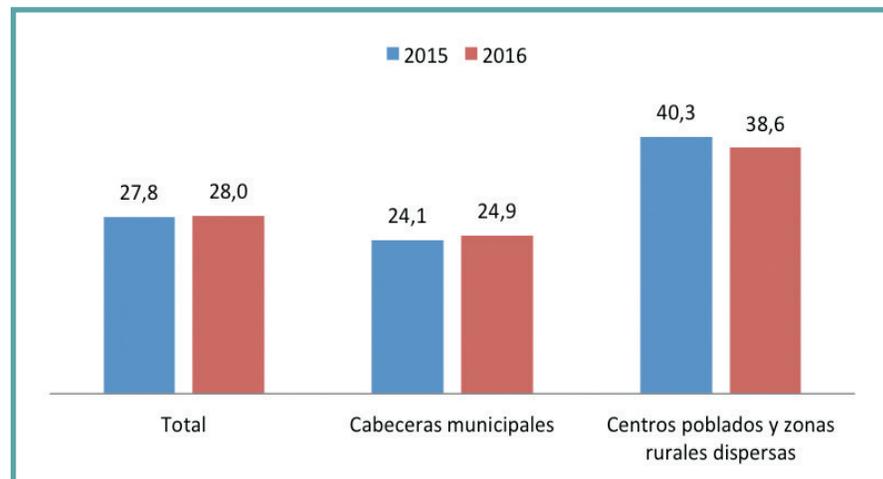
18. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) Bogotá, D. C. – Colombia. Boletín Técnico 2016.



general, mientras que cuando solo se consideran los bienes alimenticios se habla de la pobreza monetaria extrema.

Según el DANE, en el 2016, el 28,0 % de los colombianos estaba en condición de pobreza monetaria, lo cual representa una variación de 0,2 puntos porcentuales, frente a 2015 cuando fue 27,8 %. La pobreza en las cabeceras municipales pasó de 24,1 % en 2015 a 24,9 % en 2016, cambio equivalente a 0,8 puntos porcentuales. La pobreza en los centros poblados y zonas rurales dispersas fue de 38,6 %, lo cual representa una disminución de 1,7 puntos porcentuales, frente a 2015 cuando fue 40,3 %.

**Gráfico 6. Porcentaje de hogares en pobreza monetaria general a nivel nacional y por área. Comparado 2015 – 2016 Colombia.**



Fuente: DNP Boletín 2016.

Por otra parte, el 8,5 % del total de la población estaba en condición de pobreza extrema, es decir, aumentó en 0,6 puntos porcentuales con respecto a 2015. En las cabeceras municipales pasó de 7,9 % en 2015 a 8,6 % en 2016 y en los centros poblados pasó de 18,0 % en 2015 a 18,1 % en 2016. Los resultados de la pobreza monetaria y la pobreza monetaria extrema se explican en gran parte por el comportamiento de la inflación en el 2016.

### 3.1.9. Línea de pobreza<sup>19</sup>

Para 2016, el costo per cápita mínimo necesario a nivel nacional fue de \$241.673, lo que equivale a un crecimiento de 8,1 % con respecto al 2015, cuando se ubicó en \$223.638. Por tanto, si un hogar está compuesto por 4 personas, será clasificado como pobre si el ingreso total del hogar está por debajo de \$966.692.

<sup>19</sup> Es el costo per cápita mínimo de una canasta básica de bienes (alimentarios y no alimentarios) en un área geográfica determinada. La línea de pobreza extrema es el costo per cápita mínimo de una canasta alimentaria que garantiza las necesidades básicas calóricas.



Si la familia vive en las cabeceras, este valor sería \$1.064.172; si vive en los centros poblados y rural disperso, \$638.172; si vive en las trece ciudades y áreas metropolitanas, \$1.062.236 y si vive en las otras cabeceras, \$1.066.956, (Tabla 2)<sup>20</sup>.

Tabla 2. Comportamiento de la línea de pobreza 2015-2016

Dominio	2015	2016	Crecimiento nominal (gr/ml)
Total nacional	\$223.638	\$241.673	8,1
Cabeceras	\$246.336	\$266.043	8,0
Centros poblados y rural disperso	\$147.752	\$159.543	8,0
13 ciudades y áreas metropolitanas	\$245.856	\$265.559	8,0
Otras cabeceras <sup>21</sup>	\$247.027	\$266.739	8,0

Fuente: DANE, línea base ENIG 2006 – 2007, actualizadas por IPC total de ingresos bajos.

La línea de pobreza extrema a nivel nacional presentó un crecimiento nominal de 12,3 %, quedando en \$114.692 frente a 2015. Es decir, un hogar compuesto por 4 personas se clasifica como pobre extremo si su ingreso total está por debajo de \$458.768. En las cabeceras este valor fue \$478.740, en los centros poblados y rural disperso \$391.468, en las trece áreas \$479.828 y en las otras cabeceras \$477.168 (Tabla 3).

Tabla 3. Comportamiento de la línea de pobreza extrema 2015-2016

Dominio	2015	2016	Crecimiento nominal (gr/ml)
Total nacional	\$102.109	\$114.692	12,3
Cabeceras	\$106.653	\$119.685	12,2
Centros poblados y rural disperso	\$86.918	\$97.867	12,6
13 ciudades y áreas metropolitanas	\$107.060	\$119.957	12,0
Otras cabeceras <sup>22</sup>	\$106.066	\$119.292	12,5

Fuente: DANE, línea base ENIG 2006 – 2007, actualizadas por IPC total de ingresos bajos.

20. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Bogotá, D. C. – Colombia. Boletín Técnico 2016.

21. Las otras cabeceras equivale a las cabeceras sin las 13 ciudades y sus áreas metropolitanas.

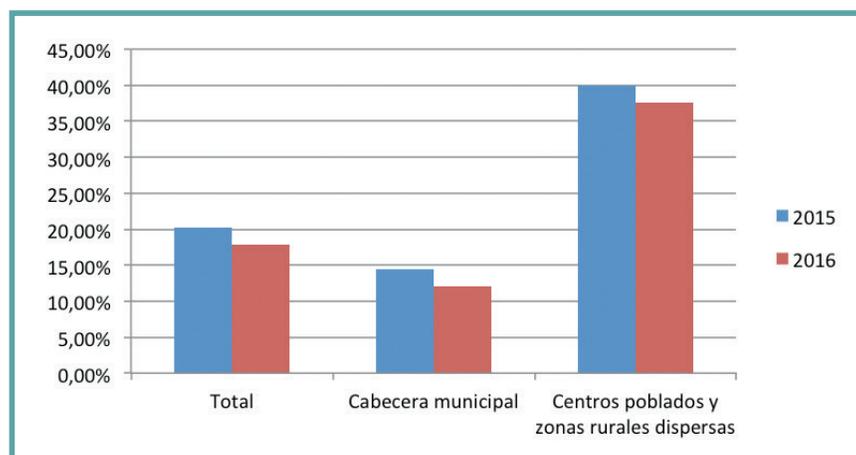
22. Las otras cabeceras equivale a las cabeceras sin las 13 ciudades y sus áreas metropolitanas.



### 3.1.10. Pobreza multidimensional<sup>23</sup>

Para 2016, el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional fue de 17,8 % y se redujo 2,4 puntos porcentuales con respecto a 2015 cuando fue de 20,2 %; en las cabeceras municipales fue del 12,1 %, 2,3 puntos porcentuales menos que en 2015 y en los centros poblados y zonas rurales dispersas fue 37,6 % con una reducción de 2,4 puntos porcentuales, observando que el porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional en los centros poblados y rural disperso fue 3,1 veces el de las cabeceras<sup>24</sup>.

Gráfico 7. Porcentaje de personas en situación de pobreza multidimensional a nivel nacional y por áreas. Comparado 2015 – 2016 Colombia



Fuente: DANE, línea base ENIG 2006 – 2007, actualizadas por IPC total de ingresos bajos.

Entre 2015 y 2016, en la tasa de incidencia de la pobreza multidimensional se presentó una disminución de 2,3 p.p. a nivel nacional, 2,3 en las cabeceras y 2,4 en los centros poblados y rural disperso.

### 3.1.11. Porcentaje de hogares privados por indicador

Entre 2015 y 2016, las mayores disminuciones en las privaciones por hogar se presentaron en los indicadores de barreras de acceso a servicios de salud que bajaron en 2,1 puntos porcentuales al pasar de 6,5 % a 4,4 % y bajo logro educativo que pasó de 48,2 % a 46,4 %, seguidos por sin aseguramiento en salud que se redujo de 11,2 % a 9,6 % y hacinamiento crítico que pasó de 10,6 % a 9,5 %. Se presentó una disminución estadísticamente significativa en el indicador de trabajo infantil que pasó de 3,2 % en 2015 a 2,6 % en 2016 (Tabla 4).

23. El Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) se construye con base en cinco dimensiones: condiciones educativas del hogar; condiciones de la niñez y la juventud, salud, trabajo y acceso a los servicios públicos domiciliarios y condiciones de la vivienda.

24. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Bogotá, D.C. – Colombia. Boletín Técnico 2016.



Tabla 4. Porcentaje de hogares que enfrentan privación por variable. Total nacional 2016 – 2015

Variable	2015	2016	Diferencia p.p 2016-2015
Barreras de acceso a servicios de salud	6,5	4,4	-2,1*
Bajo logro educativo	48,2	46,4	-1,8*
Sin aseguramiento en salud	11,2	9,6	-1,6*
Hacinamiento crítico	10,6	9,5	-1,1*
Trabajo informal	74,5	73,6	-0,9
Rezago escolar	29,5	28,6	-0,9
Trabajo Infantil	3,2	2,6	-0,6*
Analfabetismo	10,2	9,7	-0,5
Inadecuada eliminación de excretas	10,1	9,6	-0,5
Barreras a servicios para cuidado de la primera infancia	9,1	8,7	-0,4
Inasistencia escolar	3	2,9	-0,1
Material inadecuado de pisos	4,6	4,5	-0,1
Sin acceso a fuente de agua mejorada	9,8	9,8	0,0
Material inadecuado de paredes exteriores	1,7	1,9	0,2
Desempleo de larga duración	10,2	10,8	0,6

Fuente: DANE, cálculos con base en la Encuesta de Calidad de Vida (ECV) 2015-2016.

Nota: \* corresponde a cambios estadísticamente significativos.

En las cabeceras, las mayores disminuciones en las privaciones por hogar se presentaron en los indicadores de barreras de acceso a servicios de salud que pasó de 5,9 % a 4,0 % y sin aseguramiento en salud que pasó de 11,2 % a 9,6 %. Se presentó una disminución estadísticamente significativa en el indicador de trabajo infantil que pasó de 2,3 % en 2015 a 1,8 % en 2016.

En centros poblados y rural disperso, entre 2015 y 2016, las mayores disminuciones se registraron en los indicadores barreras de acceso a servicios de salud que pasó de 8,5 % a 5,9 %, sin aseguramiento a salud pasó de 11,2 % a 9,6 % y hacinamiento crítico pasó de 10,9 % a 9,6 %.

### 3.1.12. Acceso de los hogares a los servicios básicos y condiciones de las viviendas

**Fuente de agua para beber**<sup>25</sup> el acueducto público es considerado como la fuente de agua de mejor calidad, debido a que es objeto de un tratamiento completo de potabilización, siendo un servicio típicamente urbano: el 88.9 % de los hogares de las áreas urbanas del país vive en viviendas conectadas a acueducto público; en las áreas rurales, solo un 15.7 % de los hogares cuenta con esta fuente de agua potable.

Más de la tercera parte de los hogares (36.4 %) de las zonas rurales se surte de acueductos veredales o comunales, los que generalmente no cuentan con tratamiento de purificación, y más de un quinto de los mismos (22.3 %) se aprovisiona directamente en corrientes y nacimientos

25. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta Nacional de Demografías y Salud, ENDS, 2015.



de agua. Excluyendo a Bogotá, que por ser una región eminentemente urbana tiene una alta cobertura de acueducto público (95 %), la situación de las otras regiones puede considerarse deficitaria. La situación más dramática es la de Orinoquía y Amazonía, donde menos de un 40 % de los hogares está cubierto por esta fuente de agua de calidad.

En las áreas rurales se experimenta una transferencia de los hogares hacia fuentes menos adecuadas de aprovisionamiento de agua como los ríos y quebradas (aumenta de 19.8 % a 22.3 % entre las dos encuestas 2010 y 2015) o los pozos con bomba, situación que hace evidente la agudización de los problemas de abastecimiento de agua que se sufren en varias zonas del país.

**Tipo de servicio sanitario:** los tipos de servicio sanitario más adecuados son los conectados al alcantarillado y pozo séptico, que son usados por el 75.9 % y el 15.3 % de los hogares del total del país, respectivamente. Los hogares con sistemas menos adecuados de disposición de excretas son los que usan sanitarios sin conexión, las letrinas, pozos negros, hoyos, bajamar o, en último lugar, no tener sanitario, situación que aún afecta a cerca del 5 % de los hogares colombianos<sup>26</sup>.

El sanitario conectado a alcantarillado es el más frecuente en las zonas urbanas del país, donde lo posee el 93.6 % de los hogares. En las áreas rurales solo el 15 % de los hogares dispone de conexión a alcantarillado y la mayoría, el 53.6 %, utiliza pozos sépticos; la tercera parte restante de los hogares rurales acude a formas menos adecuadas de disposición de excretas incluyendo casi un 20 % de hogares que no tiene servicio sanitario.

**Eliminación de las basuras:** la recolección periódica por un servicio de aseo es la forma más adecuada de disposición de las basuras. En el país, según la ENDS 2015, el 82 % de los hogares cuenta con este tipo de servicio, característico de lo urbano, y por tanto tiene una cobertura casi universal en Bogotá y en el conjunto de las zonas urbanas del país.

En las áreas rurales, solo una cuarta parte de los hogares (25.4 %) tiene acceso a este servicio, mientras que otro 50.2 % quema sus basuras y un 14.7 % adicional utiliza formas tan precarias como botarlas sobre el terreno o en las corrientes de agua.

La estructura de la disposición de basuras ha mejorado con relación a los resultados de la ENDS 2010: para el total nacional, la frecuencia de uso del servicio de aseo aumenta de 80.2 % a 82 % y para todas las regiones, pero no se observa un avance similar en las áreas rurales, donde se registra una reducción (aunque no significativa) de la frecuencia de uso del servicio de aseo y un aumento de las formas inadecuadas, especialmente de la quema de las basuras (que pasa de 46.3 % a 50.2 %) y, por consiguiente, de sus impactos ambientales negativos. Esta es otra señal preocupante de agudización del abandono y el atraso de las zonas rurales.



### 3.2. Situación alimentaria, nutricional y de salud de los niños y niñas menores de 2 años

Como se ha evidenciado en los últimos años, Colombia vive un proceso de transición epidemiológica, demográfica y nutricional, que se refleja en varios aspectos. La transición epidemiológica, en la mejora en la situación de salud, especialmente en aspectos relacionados con enfermedades infecciosas, gracias a las condiciones de saneamiento básico y al acceso y calidad de servicios de salud, en contraste con el incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles como son las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus.

Se encuentran, además, cambios desde el punto de vista demográfico, como el aumento en la esperanza de vida, acompañado de una disminución en las tasas de fecundidad, que se refleja en la pirámide poblacional, con una base más angosta, donde se ubican los menores de 5 años y un incremento en la punta de la pirámide al contar con un aumento en la población adulta mayor.

Frente a lo nutricional, el proceso de transición se refleja en la presencia de importantes prevalencias de problemas relacionados con déficits nutricionales como la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes, acompañados, a su vez, de importantes prevalencias de problemáticas relacionadas con el exceso, como el sobrepeso y la obesidad, a lo largo de las etapas del curso de vida.

Lo anterior, se relaciona directamente con la disponibilidad, acceso y consumo de alimentos, puesto que se encuentran importantes asociaciones con las limitaciones de acceso a los alimentos, que se refleja en problemas de la calidad de la dieta que se traduce en desnutrición por un acceso insuficiente a los nutrientes requeridos, pero también en problemas asociados con el exceso de peso, por el consumo de una baja variedad de alimentos, en muchos casos concentrado principalmente en alimentos con baja densidad en nutrientes, pero con altos aportes de calorías, por ejemplo, a partir de fuentes de carbohidratos.

En otros casos, cuando no hay limitaciones económicas al acceso a los alimentos se encuentran debilidades en la elección y consumo de los mismos, que se refleja en dietas ricas en alimentos altamente procesados con contenidos importantes de grasas y azúcares, que en exceso se relacionan con problemáticas como el sobrepeso y la obesidad.

#### 3.2.1. Mortalidad infantil

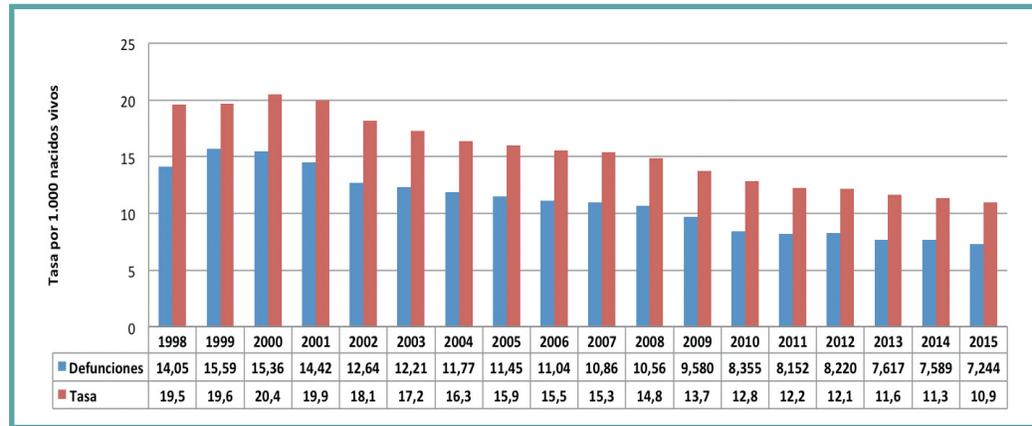
Al observar el comportamiento de la mortalidad infantil en Colombia entre 1998 y 2015, se evidencia una disminución de un 41,87 %, lo cual equivale a una reducción de casi ocho muertes menos por cada 1.000 nacidos vivos<sup>27</sup>, siendo más alta en el primer quintil de pobreza. Para el 2015, se presentaron 7.244 defunciones en niños y niñas menores de un año y se registraron 660.999 nacimientos, con un tasa por 1.000 nacidos vivos de 10,9.

---

27. ASIS 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.



Gráfico 8. Tendencia de la tasa de mortalidad infantil. Colombia 1998 – 2015



Fuente: EEVV del DANE.

Se puede relacionar esta disminución en la tasa de mortalidad infantil, en buena medida, a las acciones adelantadas para fortalecer la atención preconcepcional, prenatal, parto, puerperio y del recién nacido.

Tabla 5. Mortalidad infantil por pertenencia étnica en el 2014

Pertenencia étnica	Número de muertes por 1.000 nv
Rom (gitano)	160
Palenqueros de San Basilio	43,48
Raizales	32,83
Indígenas	28,83
Grupo negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente	15,61

Fuente: ASIS 2016.

El comportamiento de todos los grupos étnicos refleja debilidades en el diligenciamiento de la variable de pertenencia étnica en el registro de defunción, pues entre 2005 y 2014 apenas el 53,85 % (50.318) de las muertes tenía la clasificación<sup>28</sup>. A pesar de estas debilidades, es importante mencionar que en todos los casos la tasa de mortalidad infantil es mayor entre los niños pertenecientes a grupos étnicos, si se compara con la tasa nacional, encontrando que la mayor mortalidad infantil se encuentra entre los palenqueros de San Basilio, seguidos de los raizales, indígenas y finalmente los afrodescendientes.

28. ASIS 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.



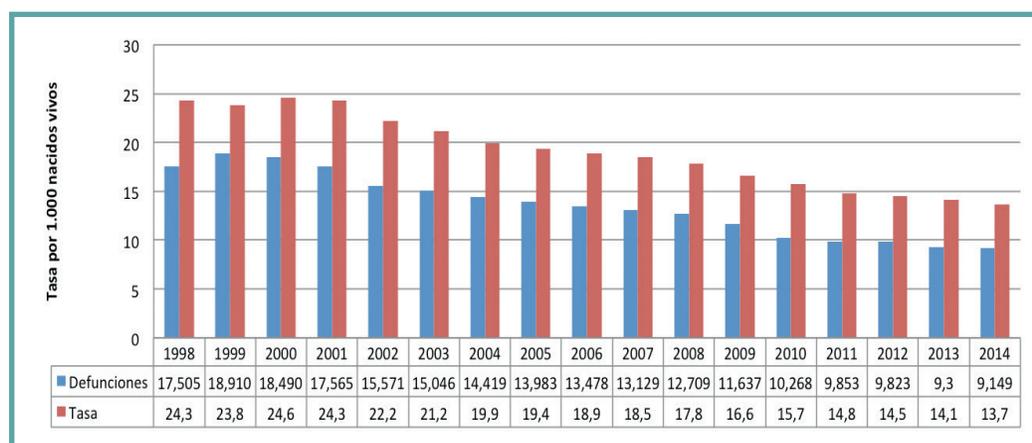
Según el régimen de afiliación, entre 2005 y 2014, las tasas de mortalidad infantil fueron más altas en el régimen subsidiado (alrededor de 16), comparado con la del régimen contributivo que está por debajo de 10, y por áreas se evidencia una mayor tasa en la población que habita las áreas rurales dispersas, la cual es cercana a 20.

### 3.2.2. Mortalidad en menores de 5 años

La tasa de mortalidad en los menores de 5 años permite medir el resultado de la interacción de determinantes sociales de la salud, como la disponibilidad de alimentos, los ingresos del hogar, los conocimientos de la madre sobre cuidados de salud, el acceso a los servicios de salud y la oportunidad y calidad de la atención, el acceso a agua apta para el consumo y saneamiento básico<sup>29</sup>.

En Colombia, entre 1998 y 2014, la mortalidad en los menores de 5 años presenta una disminución de 43 %, aproximadamente, pasando de 24,3 a 13,7 muertes por cada 1.000 nacidos vivos<sup>30</sup>. Alrededor del 82 % de las muertes en niños menores de 5 años ocurre durante el primer año de vida y se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana.

Gráfico 9. Tendencia de la tasa de mortalidad en menores de 5 años. Colombia 1998 – 2015



Fuente: EEVV del DANE

Según la étnia, el Pueblo Rom (gitano) tiene tasas muy altas alcanzando un pico máximo en 2010 con 1.418,80 muertes por cada 1.000 nacidos vivos y en 2014 fueron 400. Los demás grupos presentaron tasas por debajo de 44 en el último año; sin embargo, se reitera que la información refleja debilidades de la variable en el registro de defunción.

29. ASIS 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

30. ASIS 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.



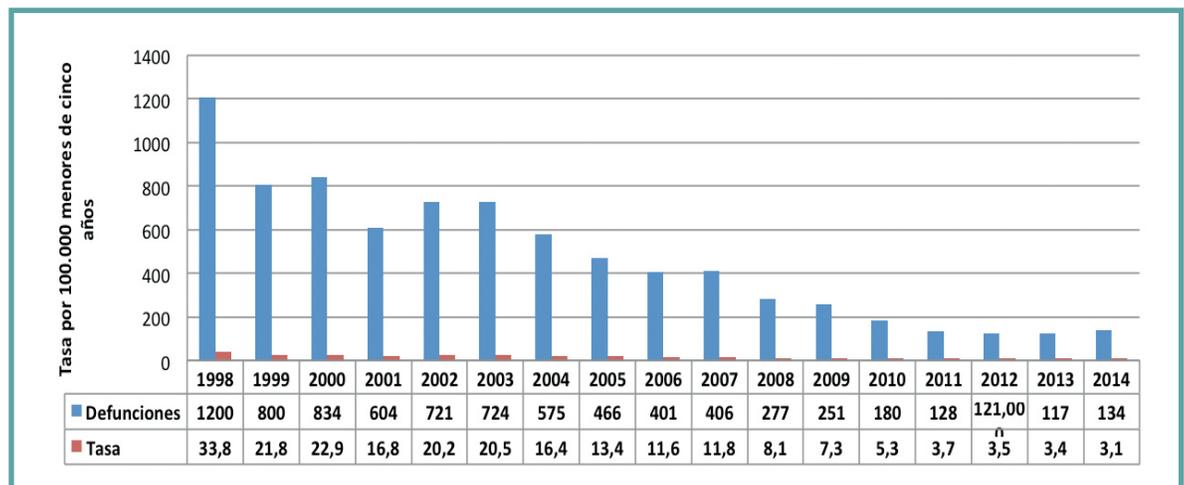
En cuanto al régimen de afiliación, es mayor la tasa de mortalidad en la niñez entre los afiliados a régimen subsidiado y por zona, mayor en la zona rural dispersa.

### 3.2.3. Mortalidad por enfermedad diarreica aguda (EDA) en menores de 5 años

La EDA, “representa una de las enfermedades más comunes en niños menores de 5 años y es la segunda causa de morbilidad y mortalidad a escala mundial. La mortalidad es casi totalmente a expensas de países en desarrollo”<sup>31</sup>.

Entre 1998 y 2014, las tasas de mortalidad por EDA en menores de 5 años disminuyeron en un 90 %, pasando de 33,8 a 3,1 muertes por cada 100.000 menores de 5 años . Este descenso puede estar relacionado con la implementación de la vacuna contra el rotavirus en 2009.

Gráfico 10. Tendencia de la tasa de mortalidad por EDA en menores de 5 años Colombia 1998 – 2015



Fuente: EEVV del DANE

La tasa de mortalidad por EDA es más frecuente en hogares pobres, produciéndose seis muertes más por cada 100.000 menores de 5 años en los departamentos con mayor pobreza multidimensional y en hogares que presentan barreras de acceso a los servicios de salud de la primera infancia<sup>32</sup>.

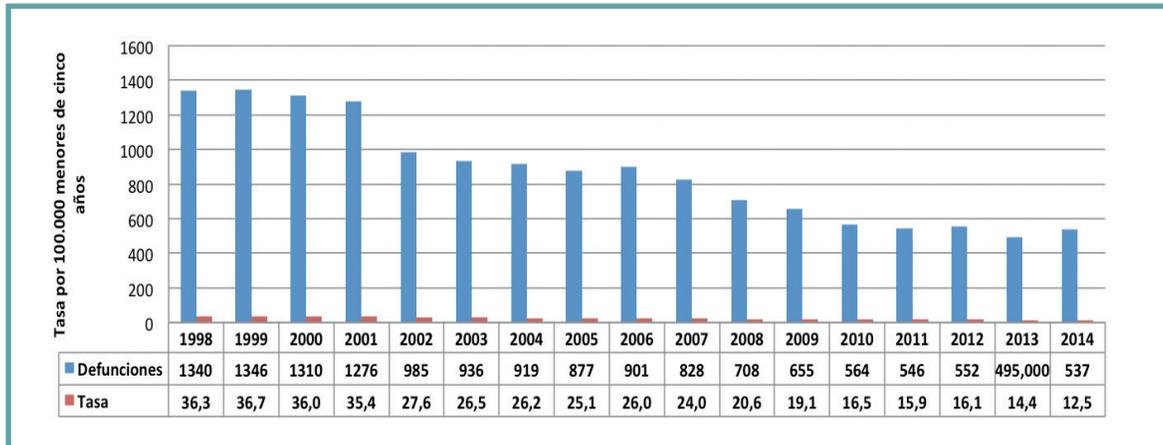
31 Enriqueta Román Riechmann, Josefa Barrio Torres, María José López Rodríguez. Diarrea aguda. Disponible en [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea\\_ag.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/diarrea_ag.pdf).

32 ASIS 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

### 3.2.4. Mortalidad por Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 5 años

La IRA es la causa más frecuente de morbilidad y elevada mortalidad en el mundo, particularmente en los países en desarrollo, siendo la neumonía la mayor generadora de muertes, especialmente en los menores de un año<sup>33</sup>.

Gráfico 11. Tendencia de la tasa de mortalidad por IRA en menores de 5 años Colombia 1998 – 2015



Fuente: EEVV del DANE.

Entre 1998 y 2014, las tasas de mortalidad por IRA en menores de 5 años disminuyeron un 65,67 %, equivalente a una reducción de 24 muertes por cada 100.000 menores de 5 años, para un promedio anual de 818 muertes, siendo mayor en los hogares más pobres produciendo 7,43 muertes más por IRA por cada 100.000 menores de 5 años, en los departamentos con mayor pobreza multidimensional.

### 3.2.5 Mortalidad por desnutrición en menores de 5 años

Según información del ASIS 2016, durante el periodo 2005 a 2014 se presentaron 4.050 muertes por desnutrición en menores de 5 años, para un promedio de 405 muertes anuales. La tendencia de las tasas viene disminuyendo, pasando de 14,87 (646) a 6,82 (294) muertes por cada 100.000 menores de 5 años<sup>34</sup>, y la mortalidad por esta causa fue 7,07 veces más alta en el primer quintil de pobreza que en el último.

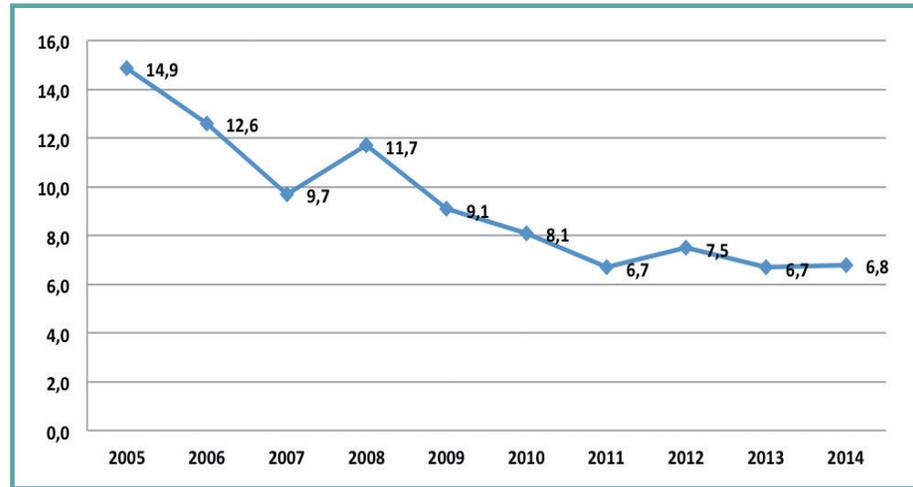
La mortalidad por desnutrición está concentrada entre la población con menor porcentaje de acceso a fuentes de agua mejorada, con mayor porcentaje de personas con NBI y con mayor proporción de barreras a los servicios de salud de la primera infancia.

33 The United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO). Pneumonia: The Forgotten Killer of Children. Ginebra, 2006.

33 ASIS 2016. MSPS.



Gráfico 12. Tendencia de la tasa de mortalidad por desnutrición en menores de 5 años. Colombia 1998 – 2015



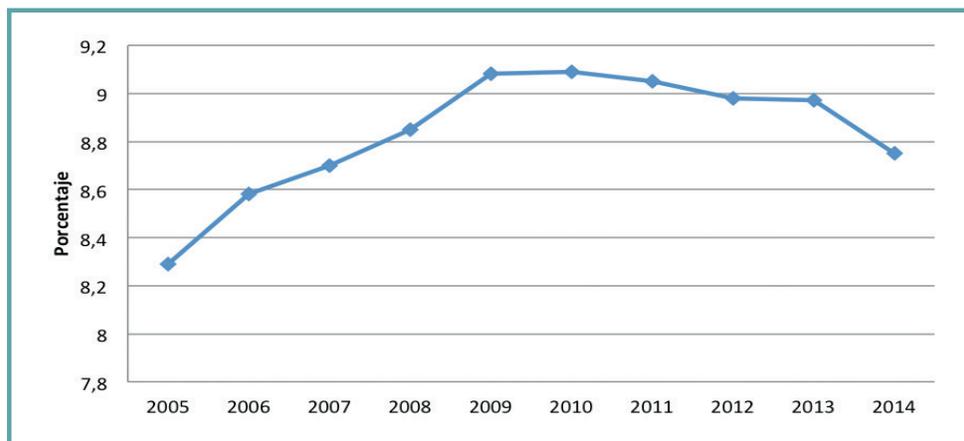
Fuente: EEVV-DANE

### 3.2.6. Bajo peso al nacer

Está estrechamente asociado con el mayor riesgo de morbilidad y mortalidad fetal y neonatal, el retraso del crecimiento lineal en niños y niñas menores de 5 años, la alteración del desarrollo cognitivo y un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares en etapas tempranas de la vida<sup>35</sup>.

Según se observa en la gráfica, entre 2005 y 2014, casi nueve de cada 100 nacidos vivos tuvieron bajo peso al nacer y nueve muertes se atribuyeron a esta causa.

Gráfico 13. Tendencia del bajo peso al nacer. Colombia 1998 – 2015



Fuente: DANE.



De acuerdo con los datos de la ENDS 2015, el bajo peso al nacer es más frecuente en los hijos de mujeres con nivel educativo superior; el porcentaje de niños y niñas cuyas madres declararon que no fueron pesados disminuyó en un punto porcentual, y la cantidad de niños con un peso igual o superior a 2.5 kg aumentó del 68.6 % al 74.4 %. De igual modo, se evidencia disminución de cinco puntos porcentuales en la cantidad de casos sin información, que demuestra mejores procesos de recolección y sistematización de datos.

Algunas de las características asociadas en mayor proporción de recién nacidos/as con un peso menor a 2.5 kg se mantienen en el 2015, como son madres: primerizas, residentes de zona urbana, con mayores niveles de educación y quintil de riqueza<sup>36</sup>.

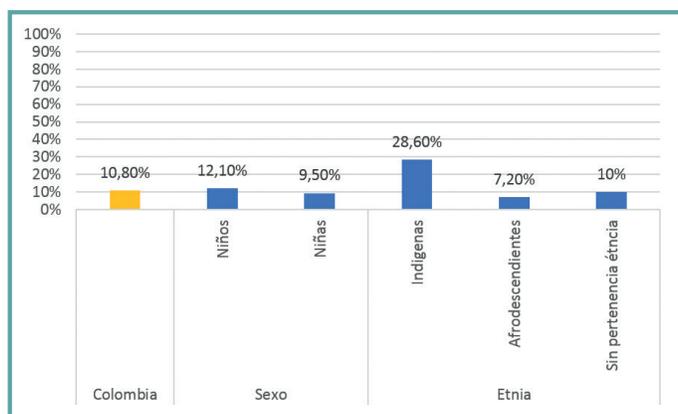
### 3.2.7. Desnutrición en menores de 5 años

La desnutrición es un efecto de la inseguridad alimentaria y un reflejo de las condiciones de salud de la población que repercuten sobre la morbilidad infantil, razón por la cual ha sido reconocida como importante problema de salud pública. “La desnutrición infantil además de efectos físicos importantes genera daños irreparables a nivel cognitivo, incluyendo trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos (así como del desarrollo del comportamiento), menor inmunocompetencia y aumento de la morbilidad”.

#### Desnutrición crónica o retraso en talla en menores de 5 años

En Colombia, según la ENSIN 2015, la prevalencia de retraso en talla en menores de 5 años es de 10,8 %, con una reducción de 2,4 puntos porcentuales con respecto al quinquenio anterior, aunque lejos de la meta propuesta en los objetivos de desarrollo del milenio (8 %). El retraso en talla es mayor entre los niños (12,1 % vs. 9,5 %), los indígenas (28,6 % vs. 7,2 % en los afrodescendientes y 10 % sin pertenencia étnica) y el cuartil de riqueza más bajo (14,1 % vs. 10,2 % en el bajo y 8,4 % en el medio). Estos resultados evidencian importantes brechas de inequidad tanto por condiciones socioeconómicas, como por el sexo y la pertenencia étnica.

**Gráfico 14. Prevalencia de la malnutrición por déficit y exceso en niños y niñas menores de 5 años, 2015**



Fuente: ENSIN 2015.



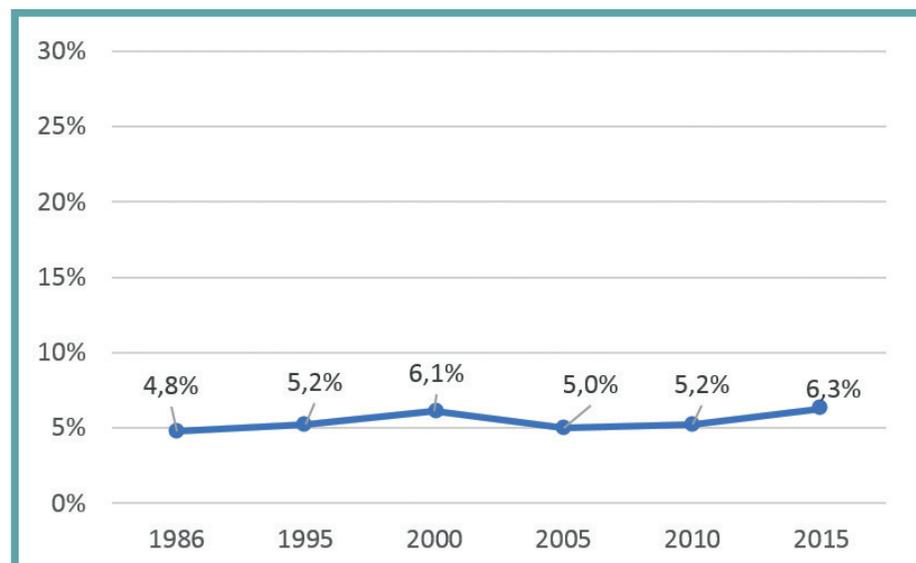
En el caso de los niños menores de 2 años, según la ENSIN 2010, en el primer año de vida se alcanza una prevalencia del 10,1 %, lo que indica que 10 de cada 100 niños ya presentan retraso en talla en el primer año de vida. Esta prevalencia aumenta de manera importante en 5,9 puntos porcentuales al cumplir el año de vida; este análisis, para indicar que el retraso en talla entre los menores de 2 años es más prevalente a partir del inicio del segundo año de vida, sin que la prevalencia en el primer año no requiera atención.

### 3.2.8. Sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años

La tendencia del sobrepeso y la obesidad en menores de 5 años ha mostrado un constante incremento, tanto a nivel global como en la mayoría de los países de la región de América Latina y el Caribe. Entre 1990 y 2015, la prevalencia mundial pasó de 4,8 % (31 millones) a 6,2 % (41 millones), es decir, aumentó en cerca de un 30 %<sup>37</sup>.

En Colombia, de acuerdo a la ENSIN 2015, la prevalencia de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) en niños y niñas menores de 5 años fue de 6,3 %, sin que sea una diferencia estadísticamente significativa, con respecto a la prevalencia del 2010 (5,2 %).

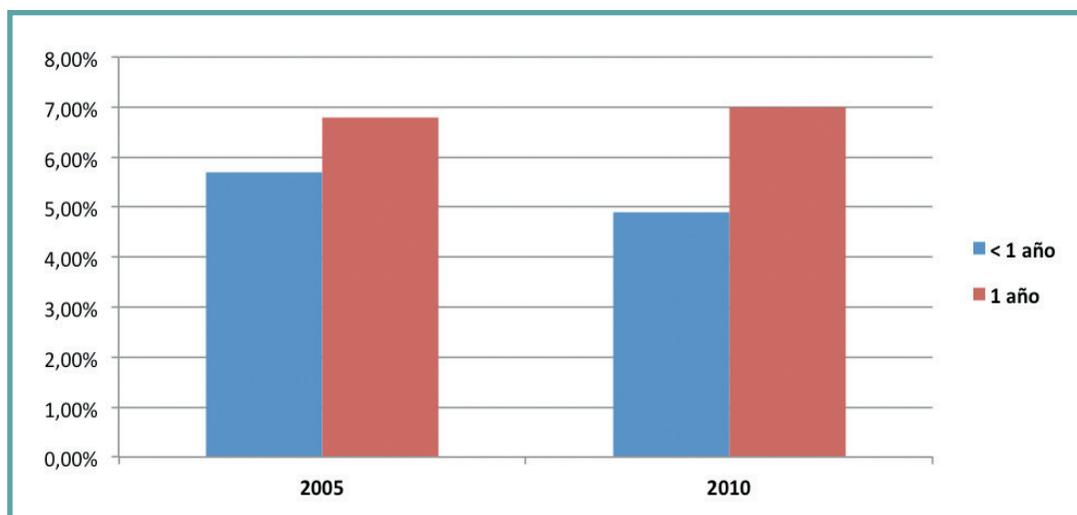
Gráfico 15. Prevalencia de sobrepeso y obesidad (IMC > 2 DE) en menores de 5 años. Colombia 1986 a 2015



Fuente: ENSIN 2010

La gráfica 16 muestra que la prevalencia de exceso de peso en menores de un año disminuyó del 2005 al 2010 en 0,8 puntos porcentuales, mientras que para los niños de un año se observó un incremento leve de la prevalencia de 0,2 puntos porcentuales, la cual puede estar relacionada en parte con el tipo, calidad y cantidad de alimentos que reciben desde el inicio de la alimentación complementaria.

Gráfico 16. Prevalencia del exceso de peso (IMC >2DE) comparativo 2005-2010 en menores de 2 años



Fuente: ENSIN 2005-2010.

### 3.2.9. Desnutrición aguda en niños y niñas menores de 5 años

La emaciación o desnutrición aguda se asocia al 4,7 % de las muertes de niños y niñas menores de 5 años<sup>38</sup>; además, los niños y niñas con emaciación severa tienen once veces más riesgo de morir<sup>39</sup>.

En Colombia, según información la ENSIN 2010, la prevalencia es 0,9%, considerando el riesgo que representa para la sobrevivencia de los niños, es importante considerar los posibles determinantes de esta situación e intervenirlos de manera inmediata.

### 3.2.10. Deficiencias de micronutrientes en niños y niñas menores de 5 años

#### Prevalencia de la deficiencia de hierro

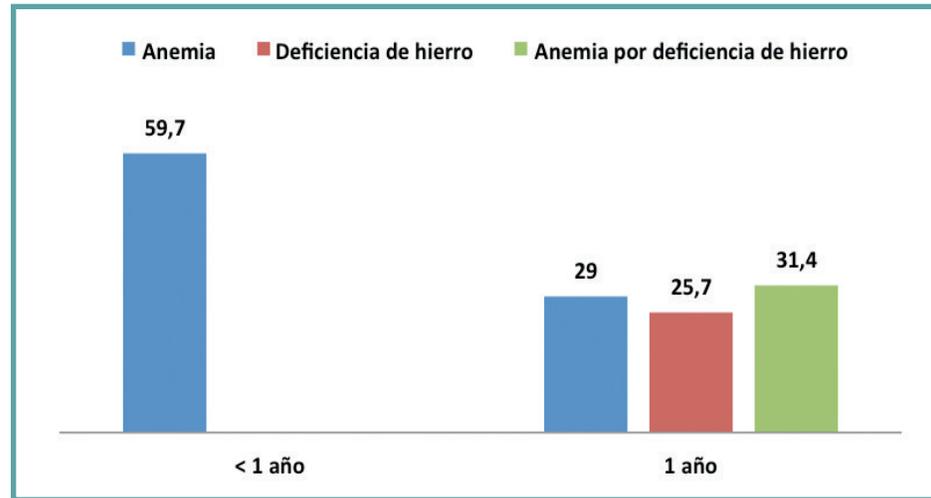
Según la ENSIN 2010, la anemia en niños y niñas menores de un año es del 59,7 %, prevalencia tres veces mayor comparada con la del grupo de 1 a 4 años (18 %). Al año, este porcentaje disminuye llegando a un 29 %. La deficiencia de hierro al año de vida es del 25,7 % y la anemia por deficiencia de hierro corresponde al 31,4% de la prevalencia de aquellos niños que presentan anemia.

38 Se entiende por emaciación o desnutrición aguda al peso  $\leq -2$  desviaciones estándares de la mediana del peso para la talla de la población de referencia de la OMS, y es resultado inmediato del hambre o de una enfermedad grave que lleva a la pérdida considerable de peso. Cabe señalar que forma parte de las metas de los ODS (meta 2.2) y de la meta mundial 6 de las metas nutricionales de la OMS, para 2025, reducir la emaciación en la niñez y mantenerla por debajo del 5%.

39 McDonald et al, 2013.



Gráfico 17. Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses, por edades simples, 2010



Fuente: ENSIN 2010.

Dentro de los departamentos que superan la prevalencia nacional de anemia en menores de 5 años se encuentran: Amazonas, con 43,9 %; Meta, con un 42,6 %; Nariño, con 39,4 %; La Guajira, con un 38,9 % y Córdoba, con 37,5 %.

Dentro de la muestra poblacional de la ENSIN, la población indígena identificada para el grupo de edad de 6 a 59 meses presentó una prevalencia de anemia de 32,6 %.

### Prevalencia de la deficiencia de vitamina A

Colombia se encuentra en un alto riesgo de deficiencia de vitamina A. Según información de la ENSIN 2010, la prevalencia de deficiencia de vitamina A de niños y niñas de 1 a 4 años fue de 24,3 %, el grupo más vulnerable fue el de 12 y 23 meses de edad, en donde la deficiencia alcanzó el 27,6 %.

Las prevalencias más altas de deficiencia de vitamina A se encuentran en el SISBÉN I (27,3 %), en los niños y niñas de menor edad, en la regiones de la Amazonía, Orinoquia y Atlántica y en niños y niñas del quintil I de pobreza.

### Prevalencia de la deficiencia de zinc

La prevalencia de deficiencia de zinc en población infantil de 1 a 4 años fue de 43,3 %, siendo más afectada la población indígena con 56,3 %, la población de la zona rural con un 47,8 %, las regiones Amazonía – Orinoquía con 60,4 % y Litoral Pacífico con 64,5 %.

### Prácticas de alimentación

Según la ENSIN 2015, al evaluar si los niños y niñas menores de 2 años fueron amamantados alguna vez, se encontró un porcentaje similar entre el 2005 y el 2010 con un 98,1 % y 96,8 %, respectivamente.



Con respecto al inicio temprano de la lactancia materna, la ENSIN 2015 informó que el 72,7 % de los niños recibió leche materna en la primera hora de nacido, lo que indica un incremento de 16,1 puntos porcentuales con respecto al 2010. Se encontró que esta práctica es más prevalente entre las mujeres indígenas, con una proporción de 84,7 %.

Uno de los principales indicadores para medir la práctica de la lactancia materna es si esta se ofrece de manera exclusiva durante los primeros seis meses de vida. Sin embargo, solo el 36,1 % contaba con lactancia exclusiva, lo que indica una tendencia a la disminución desde el 2005, año en el que la proporción era de 46,9 %, que luego pasó a 42,8 % en el 2010. En este indicador se encontró, además, que es la región Atlántica en la que se presenta una menor proporción de niños lactados exclusivamente, dado que solo 1 de cada 5 niños menores de 6 meses se favorece de esta práctica.

Frente a la continuidad de esta práctica al año y a los dos años de vida, la situación es aún más preocupante puesto que solamente la tercera parte de los niños continúa con la lactancia hasta el año y posteriormente hasta los dos años. Se presentó una reducción de 5,9 puntos porcentuales en la continuidad hasta el año. Nuevamente, en este caso son los niños indígenas los que continúan en mayor proporción con la lactancia hasta el año (78,1 %).

Otro aspecto clave en la alimentación de los niños y niñas menores de 2 años corresponde al momento en el que se da la introducción de los alimentos. Al respecto, la ENSIN 2015 presenta información con respecto a la dieta mínima aceptable entre niños de 6 a 23 meses, que corresponde a los niños que recibieron alimentos sólidos, semisólidos o suaves un número mínimo de veces, dependiendo de su edad y que a su vez recibieron alimentos de 4 o más grupos.

Medir la frecuencia de consumo de alimentos tiene la intención de aproximarse al consumo energético proveniente de alimentos diferentes a la leche materna, además de analizar la diversidad alimentaria a través de la inclusión de la dieta de alimentos de los siguientes grupos: cereales, raíces y tubérculos, legumbres y nueces, lácteos, carnes, huevos, frutas y verduras ricas en vitamina A y otras frutas y verduras.

Este indicador muestra que solamente el 36,5 % de los niños y niñas de 6 a 23 meses recibe una dieta mínima aceptable, sin diferencias por sexo. Se encontró que en Bogotá 1 de cada 2 niños tiene una dieta mínima aceptable, mejor indicador con respecto a las regiones Atlántica y Oriental. Por nivel socioeconómico se encontró un mejor resultado para este indicador entre los niños cuyo hogar está en el cuartil más alto del índice de riqueza (46,9 %), con respecto a los del primer cuartil (29,4 %).

### 3.3. Situación alimentaria, nutricional y de salud de las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia

#### 3.3.1. Atención prenatal

Según la OMS, "la atención de salud profesional durante el embarazo, el parto y el período posnatal (inmediatamente posterior al parto), evita complicaciones a la madre y al recién



nacido, a la vez que permite la detección y tratamiento tempranos de problemas de salud”.

En Colombia, según la ENDS, para 2010, el 91,7 % de las mujeres encuestadas que habían dado a luz en los cinco años previos a la encuesta, recibió atención prenatal de un profesional médico, lo cual representa un 4,6 % más que lo encontrado en la ENDS 2005; así mismo, el 77 % tuvo el primer control prenatal antes del cuarto mes de embarazo, lo cual significa un incremento en 6,5 puntos porcentuales con respecto al 2005; el 15,0 % lo tuvo entre el cuarto y el quinto mes, el restante 8 % lo tuvo pasados los cinco meses. Según información de estadísticas vitales, entre el 2005 y el 2014, el 84,21 % de los nacidos vivos tuvieron cuatro o más controles prenatales; el promedio para cada neonato es de seis consultas.

Según quintil de pobreza, se observa que en el primero quintil el porcentaje de nacidos vivos con cuatro o más controles prenatales es de un 14 %, menor que en el último quintil, lo que indica que entre más pobre es la familia hay menos asistencia a los controles prenatales<sup>40</sup>.

### 3.3.2. Atención del parto

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) del 2015, se mantiene en un 97 % la atención prenatal brindada por profesiones de la salud calificados (médico/a y enfermero/a), con menos del 1% atendido por auxiliares de enfermería, partera/comadrona u otra persona y un 2,4 % de mujeres que no recibieron ningún tipo de atención prenatal.

La mayor proporción de gestantes que no recibieron atención prenatal no cuenta con educación (30,5 %) o el nivel de educación es primaria y son aquellas mujeres que pertenecen al quintil de riqueza más bajo. También se destaca que aún persiste una brecha entre zonas urbanas y rurales, con atención por profesional de salud de 98,7 % y 93,7 %, respectivamente.

### 3.3.3. Mortalidad materna

La mortalidad materna ha disminuido de forma constante en los últimos años, encontrando que la razón de mortalidad es de 53,7 muertes por 100.000 nacidos vivos, con una reducción de 15,1 muertes con respecto al 2011. Durante el periodo comprendido entre el 2000 y el 2014, la reducción fue del 48,8 %, lo que se traduce en 51,2 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos.

También en la mortalidad materna se reflejan las importantes disparidades que hay entre la población de altos y bajos ingresos, entre la población rural y la urbana y según su pertenencia étnica. Según las estadísticas vitales, al 2014 la mortalidad materna es más alta en las personas que se encuentran en el quintil más pobre, con una razón 3,02 veces más alta en los departamentos del quintil con mayor índice de pobreza multidimensional (IPM) como Chocó, Vichada, La Guajira, Córdoba, Guainía, Vaupés y Putumayo, que en el quintil de menor proporción de personas con estas mismas necesidades; de igual manera, se produjeron 54,98 más muertes por cada 100.000



nacidos vivos en el área rural dispersa que en las cabeceras municipales, tal y como lo presenta el ASIS del 2016.

Según pertenencia étnica, para el 2014 las razones de mortalidad materna fueron más altas en las poblaciones Rom e indígenas, alcanzando valores de 1.333,33 y 255,80 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, respectivamente<sup>41</sup>.

### 3.3.4. Embarazo en adolescentes

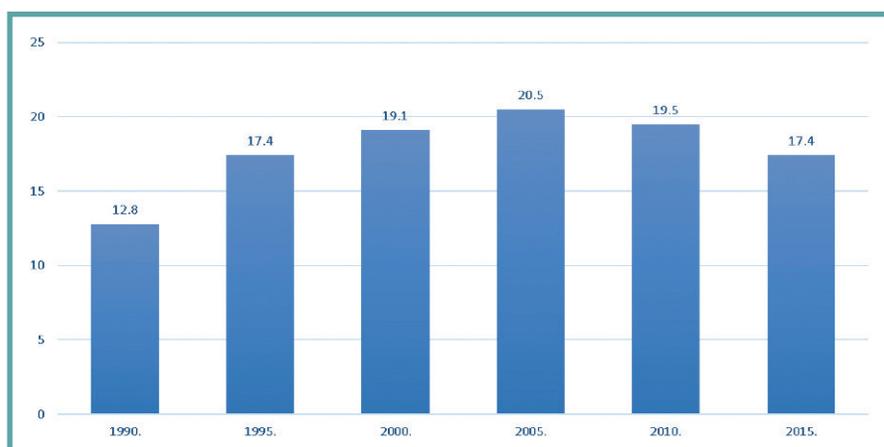
En Colombia, según la ENDS 2015, se evidenció una tendencia creciente durante el periodo 1990 al 2005: la tasa específica de fecundidad en el grupo 15 a 19 años baja de 99 a 70 por mil entre 1969 y 1990, año a partir del cual aumenta consistentemente hasta llegar a 90 por mil en 2005; posteriormente, empezó un descenso llegando a 74 por mil en 2015.

El porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años, madres o embarazadas del primer hijo e hija muestra la misma tendencia de la tasa específica de fecundidad: aumenta de 12.8 % en 1990 a 20.5 % en 2005, para luego disminuir a 19.5 % en 2010 y a 17.4 % en 2015, en todos los niveles de desagregación: edad, zona, región, nivel educativo y quintil de riqueza<sup>42</sup>.

Por edades simples, el descenso es especialmente marcado en las edades más jóvenes: por ejemplo, a los 15 años baja de 5.2 % a 3 %.

El descenso es mayor en los grupos más favorecidos socialmente: en el grupo de adolescentes del quintil más alto de riqueza en donde la prevalencia de maternidad o primer embarazo baja de 7.4 % a 4.7 %, en el nivel superior de educación, en la zona urbana, en las regiones más desarrolladas, llevando a que en el 2015 se amplíen las brechas socioeconómicas.

**Gráfico 18. Porcentaje de mujeres entre 15 – 19 años que han sido madres o están embarazadas, 1990 – 2015**



Fuente: elaboración propia a partir datos ENDS, 1990 – 2015.

41 ASIS 2016. MSPS.

42 ASIS 2016. MSPS.

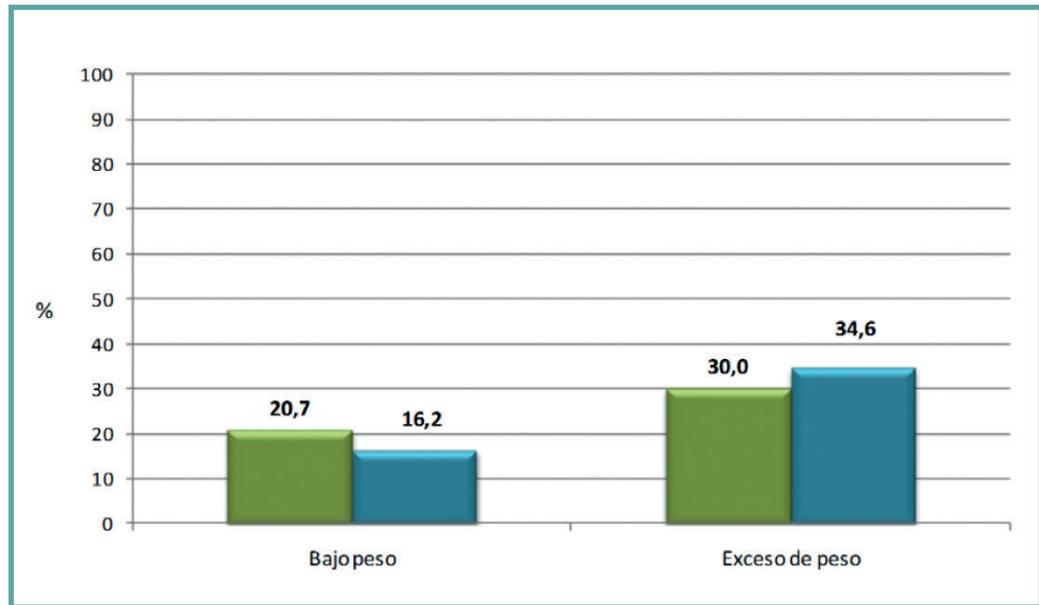


### 3.3.5. Situación nutricional de las mujeres gestantes

El bajo peso gestacional puede provocar un mal desarrollo fetal, así como aumenta el riesgo de complicaciones durante el embarazo y las posibilidades de necesitar un parto asistido<sup>43</sup>. De igual manera, el sobrepeso y la obesidad durante la gestación aumentan el riesgo de obesidad en el niño y su persistencia en la adolescencia y la adultez, potenciando así la transmisión generacional de la obesidad. Además, hay estudios que muestran que la inflamación generada por la obesidad puede impedir la absorción de hierro y ocasionar anemia, condición que también genera complicaciones en el embarazo<sup>44</sup>.

Al observar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil para el año 2010, Colombia registró un 12,3 % de obesidad y un 40,4 % de sobrepeso, lo que evidencia que más de la mitad de las mujeres en edad fértil presenta malnutrición. Esto evidencia la necesidad de implementar programas de intervención oportuna dirigidos a mujeres en edad fértil, que orienten y contribuyan a alcanzar un estado nutricional adecuado y de planear los embarazos para iniciarlos con un peso saludable, que disminuya riesgos durante la gestación.

Gráfico 19. Evolución bajo peso y exceso de peso en gestantes, 2005 – 2010



Fuente: ENSIN 2005-2010.

Según la información registrada en la ENSIN 2005 y 2010, las cifras en Colombia evidencian situaciones problemáticas para los dos extremos: tanto por déficit como por exceso de peso. El bajo peso en las mujeres gestantes a nivel nacional fue de 16,2 %, según la ENSIN 2010, mientras

43 OMS, 2014.

44 Galicia, Grajeda y López de Romaña, 2016



que el exceso de peso en las mujeres gestantes, la misma encuesta arrojó una prevalencia nacional de 34,6 %.

Al comparar los datos de la ENSIN 2005 y 2010, el incremento del exceso de peso fue del 4,6 p.p, a diferencia del bajo peso, el cual disminuyó en 4,5 p.p.

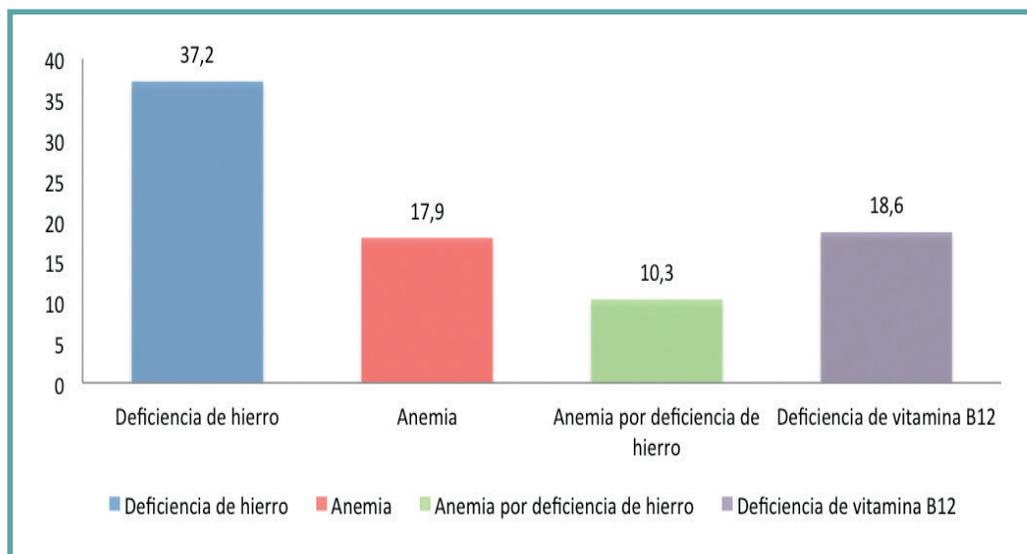
### 3.3.6 Deficiencia de micronutrientes

Según la ENSIN 2010, una de cada cinco mujeres gestantes de 13 a 49 años tiene anemia y de estas, más del 50 % es por deficiencia de hierro, siendo mayor en la zona rural y en los niveles I y II del SISBÉN, en donde la cifra fue de 21,3 % y 22,6 %, respectivamente.

La deficiencia de hierro en las mujeres gestantes en la ENSIN 2010 fue del 37,2 %. La anemia durante este periodo se asocia con mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso al nacer, aumento de la morbilidad materna infantil y según la OMS, en países de ingreso medio como Colombia, cerca del 18 % de la mortalidad materna se atribuye a la deficiencia de hierro.

Sobre prácticas de alimentación, la información que arrojó la ENSIN 2010 mostró que las gestantes no incluyen de forma diaria los alimentos que garantizan su adecuado estado de salud: el 31,1 % no consume diariamente lácteos, 65,3 % no incluye las verduras y hortalizas y el 13,4 % no consume carnes; alimentos que aportan nutrientes fundamentales para el adecuado crecimiento y desarrollo del feto y para la salud materna como el calcio, el cual está relacionado con la prevención de trastornos hipertensivos y problemas asociados; el ácido fólico, que desde la preconcepción y durante los dos primeros meses del embarazo tiene vital importancia en la prevención de los defectos del tubo neural y el zinc, que durante el embarazo ha presentado deficiencias en diversos estudios y se asocia con un trabajo de parto más prolongado, hipertensión, hemorragias después del parto, abortos y malformaciones congénitas.

Gráfico 20. Prevalencia en la deficiencia de micronutrientes en gestantes 2010



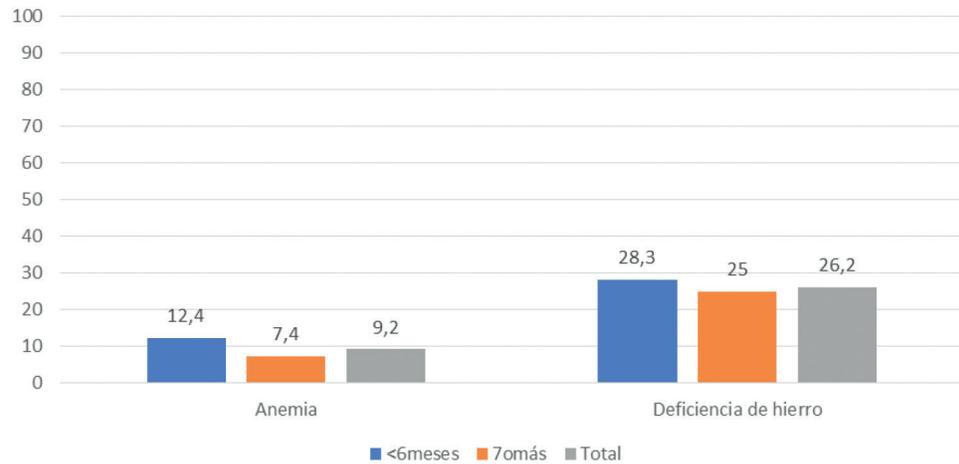
Fuente: elaboración propia a partir de la ENSIN 2010.



### 3.4. Situación alimentaria y nutricional mujeres en período de lactancia

#### 3.4.1. Deficiencias de micronutrientes

Gráfico 21. Prevalencia de anemia y deficiencia de hierro en mujeres en período de lactancia, 2010



Fuente: ENSIN 2010

El 9,2 % de las mujeres en período de lactancia presenta anemia, sin diferencias estadísticamente significativas en los grupos. En cuanto a la deficiencia de hierro, la prevalencia es de 26,2 %, de igual manera, sin diferencias por la edad del bebé. Finalmente, se destaca que alrededor de la mitad de la anemia en este grupo de mujeres es debida a deficiencia de hierro. Este hallazgo es importante si se considera que de acuerdo con lo establecido en las recomendaciones de ingesta de nutrientes (RIEN), la recomendación más baja de hierro en las diferentes etapas del curso de vida es justamente durante el período de lactancia; sin embargo, estas prevalencias son consideradas un problema de salud pública.

#### 3.4.2. Prácticas de alimentación

Tabla 6. Proporción de mujeres en período de lactancia que consumen diariamente algunos alimentos, 2010

Alimento	Edad del bebé	No.	%
Leche	0 a 6 meses	124	50.5
	7 o más	212	41.2
	Total	336	45.1
Carnes rojas	Total	336	16
Huevos	7 o más	212	31
	Total	336	27.2



Alimento	Edad del bebé	No.	%
Leguminosas	Total	336	14.9
Tubérculos y plátanos	0 a 6 meses	124	75.2
	7 o más	212	70.9
	Total	336	72.7
Arroz o pasta	0 a 6 meses	124	88.5
	7 o más	212	89.6
	Total	336	89.1
Pan, arepa o galletas	0 a 6 meses	124	66.7
	7 o más	212	69.6
	Total	336	68.4
Azúcar, panela o miel	0 a 6 meses	124	96.4
	7 o más	212	98.4
	Total	336	97.5
Alimentos fritos	0 a 6 meses	124	33.6
	7 o más	212	32.6
	Total	336	33
Gaseosas	7 o más	212	18.2
	Total	336	14.7
Café o té	0 a 6 meses	124	54.7
	7 o más	212	47.1
	Total	336	50.3
Golosinas y dulces	7 o más	212	28
	Total	336	23

Fuente: elaboración propia a partir de la ENSIN 2010.

Se identificaron algunas prácticas de alimentación de este grupo poblacional. De acuerdo con la tabla anterior, solamente la mitad de las mujeres consume diariamente leche, solo cerca de la quinta parte carnes rojas, una tercera parte huevo y una sexta parte leguminosas; todos estos, alimentos fuente de proteína que podrían estar afectando el estado nutricional de estas madres. Adicionalmente, el bajo consumo de leche debe ser tenido en cuenta a la hora de plantear orientaciones frente al consumo de alimentos.

En cuanto a prácticas no deseables, se destaca que el 30 % de las madres en período de lactancia consume diariamente alimentos fritos, el 23 % golosinas y dulces y el 97,5 % utilizan azúcar, panela o miel.

### 3.4.3 Práctica de actividad física

Frente a la práctica de actividad física, se encontró que el 43.5 % de las mujeres en período de lactancia cumple con la recomendación de actividad física, de al menos 150 minutos semanales. Se destaca que este comportamiento está relacionado de manera más importante a la práctica de actividad física como medio de transporte (29,3 %), mientras que el cumplimiento por la práctica en tiempo libre es de apenas 8,5 %.



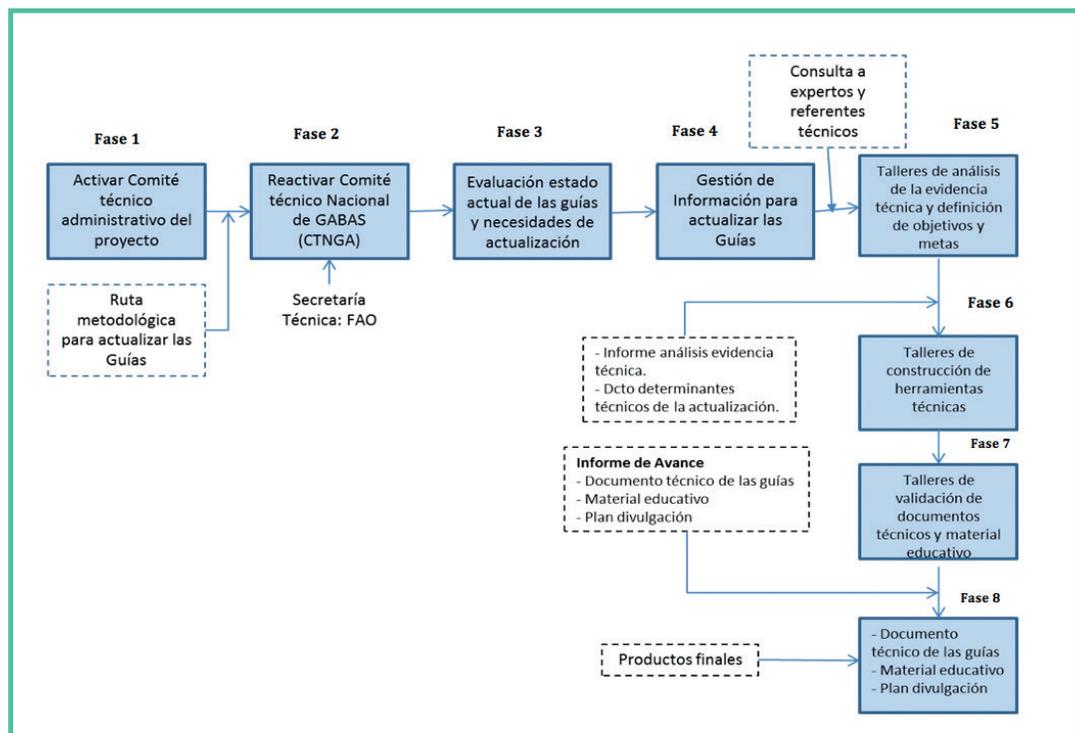
## 4 PROCESO DE REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS

Para el proceso de revisión y actualización de las guías alimentarias basadas en alimentos para niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en período de lactancia se siguió la metodología adaptada por la FAO para sus países miembros, la cual fue validada en el marco del Comité Técnico Nacional para las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (CTNGA).

La metodología propuesta para la actualización de las guías alimentarias se programó en 5 etapas. Se inició con la revisión técnica de las guías publicadas en el 2004; luego, se formularon y priorizaron temas y preguntas de investigación que posteriormente se resolvieron a través de la revisión de evidencia científica, consulta a expertos y a partir de los hallazgos se estructuraron los ajustes que permitieron definir los mensajes principales y submensajes por cada uno de los grupos.

De acuerdo con lo anterior, se estableció la ruta metodológica para dar cuenta del proceso de actualización, la cual contempló 8 fases, que se presentan a continuación.

**Gráfico 21. Ruta Metodológica Proceso de Actualización Guías Alimentarias para Mujeres Gestantes, Madres en Período de Lactancia y Niños y Niñas Menores de 2 Años**



Fuente: Elaboración propia con base en los acuerdos del CTNGA.

#### 4.1. Fase 1: Activación del comité técnico-administrativo

El proceso de actualización de las guías alimentarias para gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años comenzó con la activación del comité técnico – administrativo del convenio conformado por el ICBF y la –FAO; en esta instancia se dio inicio formal al desarrollo del proceso de actualización.

#### 4.2. Fase 2: Reactivación del Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias (CTNGA)

Consistió en la convocatoria y reactivación del CTNGA, el cual lideró la actualización de las guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años en el 2013. En este sentido, se revisó la pertinencia de complementar este Comité con otros actores estratégicos (expertos e instituciones) que trabajan temas como pediatría, lactancia materna y gestación en el país. El Comité fue liderado por el ICBF, con la secretaría técnica de la FAO.

A continuación, se presenta el listado de las instituciones y organizaciones que conformaron el Comité:

- Ministerio de Agricultura y Desarrollo Rural
- Ministerio de Cultura
- Ministerio de Educación Nacional
- Ministerio de Salud y Protección Social
- Prosperidad Social
- Instituto Nacional de Salud
- Universidad Nacional de Colombia
- Asociación Colombiana de Dietistas y Nutricionistas (ACODIN)
- Asociación Colombiana de Facultades de Nutrición y Dietética (ACOFANUD)
- Asociación de Exalumnos de Nutrición y Dietética de la Universidad Nacional de Colombia (ANDUN)
- Comisión Intersectorial de Primera Infancia (CIPI)
- Federación Colombiana de Obstetricia y Ginecología (FECOLSOG)
- Red Internacional de Grupos Pro Alimentación Infantil (IBFAN)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)
- Programa Mundial de Alimentos (PMA)
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF)

#### 4.3. Fase 3: Evaluación de las guías alimentarias actuales del país

La siguiente fase del proceso consistió en la evaluación del estado actual de las guías alimentarias para gestantes, madres lactantes y niñas y niños menores de 2 años, con el fin de establecer los aspectos que requerían actualización. Las guías que estaban vigentes en el país para la



alimentación y la nutrición de estos grupos poblacionales tenían más de 12 años desde su última publicación, en el 2004, indicando la necesidad expresa de revisar las investigaciones en lactancia materna, alimentación complementaria, cuidados durante la gestación y el período de lactancia, surgidas en la última década, cuyos resultados han sido la base en el proceso de actualización.

Uno de los aspectos clave de este proceso fue la revisión de los “Lineamientos Técnicos de Alimentación Complementaria”, desarrollados en el 2016 por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Universidad Nacional de Colombia.

Producto de esta fase, se prepararon las preguntas de investigación; las respuestas sirvieron de base técnica para la actualización de las guías. Los principales hallazgos, hacen parte de la información presentada en el análisis de la situación alimentaria y nutricional de los grupos poblacionales para los que se desarrolló la actualización de las guías alimentarias.

#### 4.4. Fase 4: Gestión de información para actualizar las guías

Una vez definidos los aspectos que requerían mayor énfasis en la actualización se gestionó toda la información necesaria (resultados de investigaciones, consulta a expertos, revisiones sistemáticas y meta – análisis, grupos focales, estudios cuantitativos, semicuantitativos y cualitativos, marcos legales internacionales y nacionales sobre derechos humanos y la situación actual en el país, entre otros temas), proceso en el que también participó el CTNGA.

#### 4.5. Fase 5: Análisis de la evidencia científica y definición de objetivos y metas

Para el análisis de la evidencia científica se desarrollaron seis talleres, como parte de las sesiones ordinarias del CTNGA, los cuales permitieron avanzar en la definición de las preguntas de investigación, en la consolidación, organización y análisis de la evidencia disponible y en la orientación técnica para la construcción de los mensajes. Además, se obtuvieron las conclusiones de la presente fase, insumo técnico principal para actualizar las guías alimentarias.

##### 4.5.1 Propósito

Promover la salud de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, para la prevención de la malnutrición y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación, mediante la adopción de prácticas alimentarias saludables, según los contextos político, social, económico y cultural de esta población.

##### 4.5.2 Objetivos

###### Objetivo general

Orientar a las familias colombianas en la adopción de estilos de vida y prácticas de alimentación saludables, culturalmente apropiadas, que contribuyan a la prevención de la malnutrición y enfermedades no trasmisibles, en las mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años.



## Objetivos específicos

- **En cuanto a políticas**

Ser referente para la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas que fortalezcan la adopción de estilos de vida y prácticas de alimentación saludables.

Establecer las bases técnicas para la información, educación, comunicación y difusión en estilos de vida y prácticas de alimentación saludables.

- **En la familia**

Involucrar a las familias en la adopción de estilos de vida y prácticas de alimentación saludables culturalmente apropiadas para el mantenimiento de la salud nutricional de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años.

Brindar a las familias recomendaciones para la adecuada práctica de lactancia materna y alimentación complementaria oportuna y saludable.

Orientar a las familias en la aplicación de buenas prácticas de higiene, manipulación, preparación y conservación de alimentos, incluyendo la leche materna.

- **Frente a la industria de alimentos**

Indicar a la industria de alimentos los parámetros de estilos de vida y prácticas de alimentación saludables para su adopción.

Sensibilizar a la industria de alimentos frente a la responsabilidad derivada de la publicidad de productos dirigidos a las familias y su impacto en la salud.

- **Para profesionales y agentes de salud**

Utilizar las guías alimentarias basadas en alimentos para la promoción de estilos de vida y alimentación saludables en el contexto de su práctica individual y colectiva, sin conflictos de intereses.

### 4.5.3 Alcance

Las GABAS van dirigidas a mujeres gestantes, madres en período de lactancia y niños y niñas menores de 2 años sanos, para promover una alimentación balanceada y estilos de vida saludables que contribuirán al mantenimiento de la salud y nutrición de las mujeres durante la gestación y el período de lactancia y al adecuado desarrollo de los niños y niñas.

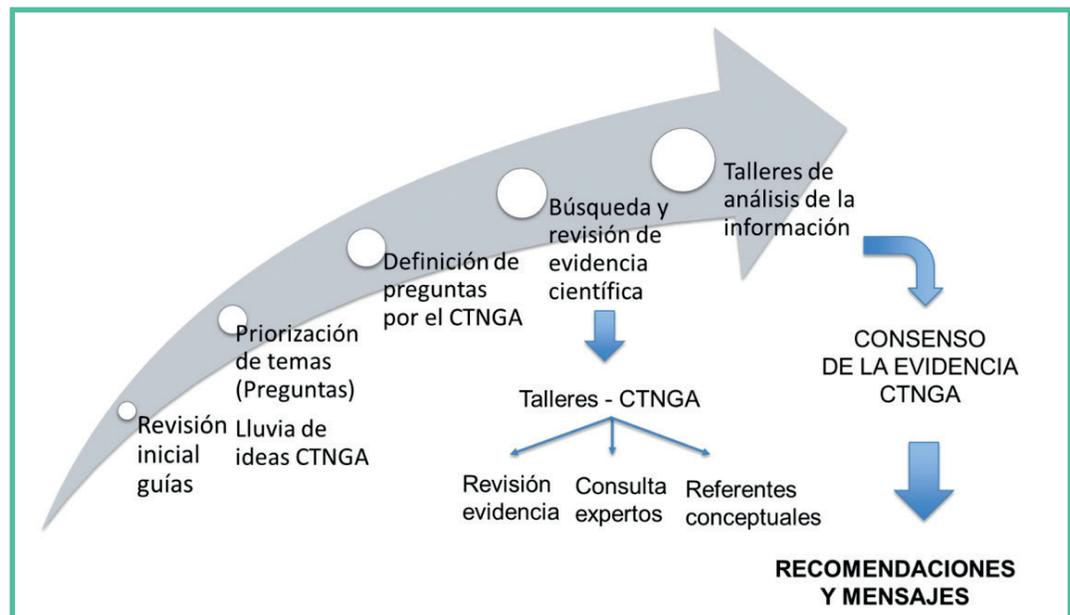
### 4.5.4 Evidencia científica en la definición de las recomendaciones técnicas

La búsqueda de la evidencia científica tuvo como objetivo general recopilar y analizar evidencia científica actualizada sobre los patrones alimentarios y nutricionales de los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en período de lactancia, como uno de los principales insumos en el proceso de revisión y actualización de las guías alimentarias para estos grupos poblacionales.



La metodología propuesta para la actualización de las guías alimentarias se programó en 5 etapas, dentro de las cuales se plantearon las actividades necesarias para lograr los objetivos propuestos. Se inició con la revisión del estado actual de las guías; luego, se definieron y priorizaron los temas y preguntas de investigación, que se resolvieron a través de la revisión de la evidencia científica y la consulta a expertos y, a partir de los hallazgos, se estructuraron los ajustes a los contenidos de las guías (objetivo, mensajes, submensajes, patrón alimentario, entre otros).

Gráfico 22. Metodología propuesta de búsqueda de evidencia científica



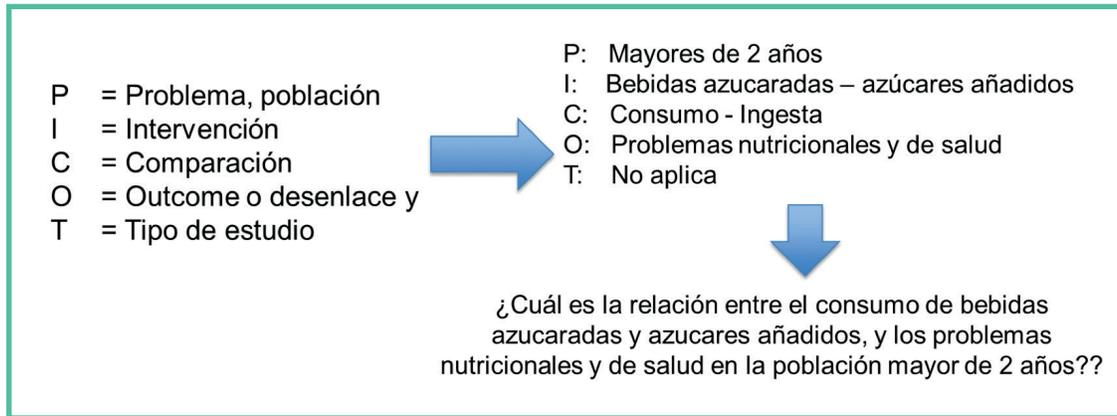
Fuente: Elaboración propia con base en los acuerdos del CTNGA.

- **Revisión de las guías alimentarias:** en primer lugar, se realizó un proceso de revisión de las guías alimentaria publicadas en el 2004 para identificar aspectos relevantes y así orientar el primer ejercicio de preguntas, a partir de la priorización de temáticas.
- **Priorización de temas - Preguntas de investigación:** posterior al trabajo de priorización de los temas técnicos y estratégicos en el proceso de actualización de las guías, el Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias definió una pregunta de investigación por tema, y posteriormente aplicó las diferentes estrategias de gestión de la información, como son: búsqueda en bibliotecas científicas electrónicas, intercambio de información con el CTNGA, consulta a expertos, gestión de literatura gris, entre otras. Finalmente, dichas preguntas se consolidaron y analizaron con base en el esquema PICO o PICOT.

Esta estrategia se basa en una estructura de 4 o 5 puntos clave, la cual permite agrupar las diferentes preguntas que se proponen para cada problemática y construir la cantidad mínima necesaria con la cual se busca dar respuesta a partir de la evidencia científica. En el siguiente esquema se presentan los criterios y un ejemplo sobre el cual se realizó la definición de las preguntas en la actualización de las guías en el 2013.



Gráfico 23. Esquema PICOT aplicado al ejercicio de guías alimentarias



Fuente: tomado de actualización GABAS. ICBF 2013.

La elección de la mejor evidencia científica para orientar la toma de decisión frente al patrón alimentario, en este caso, requiere de una adecuada construcción de la o las preguntas de investigación y de la revisión de la literatura. El uso de la estrategia PICO o PICOT permite realizar la construcción de la pregunta de investigación y la orientación de la búsqueda bibliográfica.

- **Estrategia de búsqueda de publicaciones:** el concepto de evidencia científica aplicado a la práctica de la medicina no solo es actual sino que tiene un amplio reconocimiento a nivel mundial y es innovador. La medicina basada en la evidencia se define como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible para tomar decisiones sobre diferentes temas, en este caso, sobre las recomendaciones de la alimentación y nutrición en diferentes grupos de población. Los criterios que se utilizaron para la búsqueda fueron los siguientes:
- **Bases de datos y revistas electrónicas:** se llevó a cabo la búsqueda de la evidencia científica disponible en Cochrane y en las bases de datos MEDLINE, LILACS y IBECS. Se emplearon para el acceso total a contenidos por medio del metabuscador de la Universidad Nacional de Colombia, el cual contempla recursos electrónicos, tales como Embase, Science Direct, Springer Journal, EBSCO y EBSCOhot, entre otros.
- **Criterios de la búsqueda**

Para la búsqueda de las publicaciones indexadas se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- ▶ Idioma: español, inglés, portugués
- ▶ Periodo: desde enero del 2002 hasta julio del 2017
- ▶ Fecha de búsqueda: julio - agosto del 2017
- ▶ Tipos de artículos:
  - Revisiones sistemáticas
  - Meta-análisis
  - Ensayos clínicos controlados (RCT) aleatorizados o no
  - Estudios epidemiológicos observacionales analíticos



- Estudios epidemiológicos prospectivos
- Series de casos o estudios de caso
- Estudios con evaluación ciega e independiente por evaluadores
- Estudios con comparabilidad en la definición de factores de exposición, de las intervenciones y de las respuestas estudiadas.

#### - Términos de búsqueda

Para optimizar el tiempo y definir adecuadamente la búsqueda de evidencia científica fue necesario establecer los términos en español y los descriptores en ciencias de la salud - MeSH (Medical Subject Heading), que son aplicados a diferentes idiomas; esto, con el fin de depurar los resultados obtenidos. Se hicieron búsquedas con base en las preguntas definidas.

#### Matriz de resultados de la búsqueda bibliográfica

Los resultados de la estrategia de búsqueda de información a nivel internacional y nacional se consolidaron en matrices de resultados, en las que se especificó el número de referencias encontradas por cada una de las preguntas de investigación y según las diferentes bases de datos consultadas. Se utilizó la misma matriz empleada en el 2013 para la actualización de GABAS para población mayor de 2 años.

La matriz de procedimiento para la evaluación y apoyo científico del programa de acción concertada de la Comisión Europea (Valoración de Soporte Científico para las Afirmaciones respecto a los Alimentos - Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods, PASSCLAIM), tiene como objetivo resolver los temas relativos a validación y verificación científica de las afirmaciones sobre los alimentos y la información al consumidor.

El documento PASSCLAIM proporciona criterios para evaluar el apoyo científico a las afirmaciones que hacen las empresas sobre los alimentos que producen. Es un consenso que ha tenido una amplia e intensa consulta entre los diversos grupos, incluyendo expertos académicos, representantes de grupos de interés público y reguladores de la industria alimentaria.

El objetivo principal de PASSCLAIM es crear una herramienta de orientación genérica para evaluar la evidencia científica para las afirmaciones relacionadas con la salud, los alimentos y componentes alimentarios, motivo por el cual se seleccionó como un instrumento útil para la valoración de la evidencia científica recolectada en este ejercicio. A continuación, se presenta la matriz y se describe su estructura.



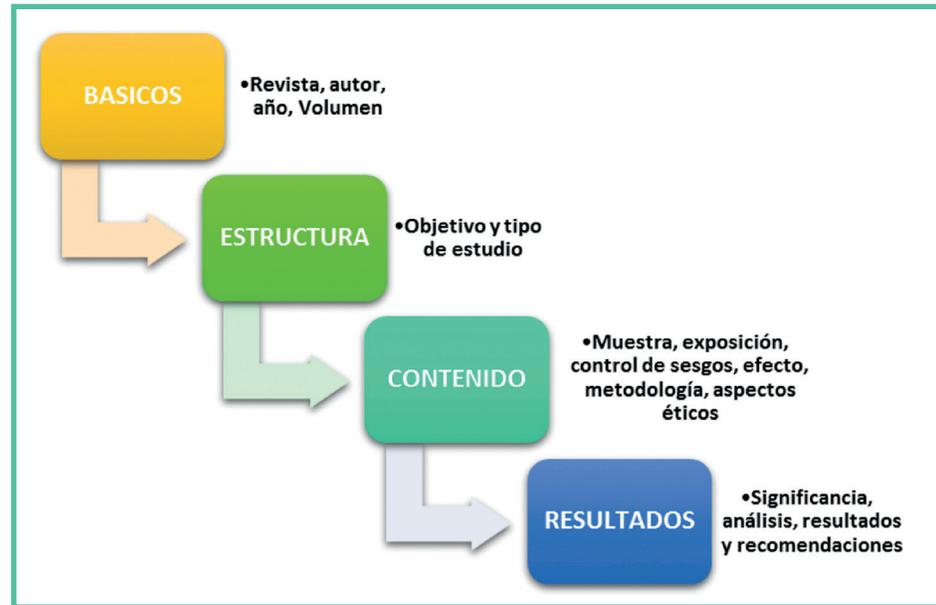
Gráfico 24. Matriz de procedimiento para la evaluación y apoyo científico del programa de acción concertada de la Comisión Europea: Valoración de Soporte Científico para las Afirmaciones respecto a los Alimentos (Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods, PASSCLAIM)

 <b>Priorización de las Preguntas de Investigación para evidencia científica en la revisión de las GABAS/ Colombia 2017</b> <b>MATRIZ EVALUACIÓN</b> <b>PREGUNTA No. 1. Relación entre XXXXXXXXXX y los problemas nutricionales y de salud en los niños y niñas menores de 2 años?</b>					
<b>CRITERIOS DE EVALUACIÓN</b>	estudio 1	estudio 2	estudio 3	estudio 4	estudio 5
Autor					
Año					
Volumen-o: Pag					
Revista					
Objetivo					
<b>TIPO DE ESTUDIO</b> (1) Experimental: básicos / invitro / modelos animales / ensayos clínicos / intervención / ensayo de campo. (2) Revisiones Sistemáticas y Meta análisis (3) No experimentales: descriptivos / analíticos: casos y controles / cohorte o seguimiento					
<b>FASES ENSAYO CLÍNICO</b> (1) humanos sanos (2) humanos enfermos (3) Grupos de población (4) Seguimiento post					
<b>MUESTRA</b> (Grupos representativos)					
Tiempo de exposición y seguimiento.					
<b>CONTROL DE SESGOS</b>					
Antecedentes de salud del grupo					
Efecto (Beneficio o riesgo)					
<b>PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO</b>					
<b>ASPECTOS ÉTICOS</b>					
<b>RESULTADOS / SIGNIFICANCIA ESTADÍSTICA</b>					
<b>ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>					
<b>Conclusiones</b>					
<b>RECOMENDACIONES</b>					
Grado de recomendación* (a) Extremadamente recomendable (b) Recomendación favorable. (c) Recomendación favorable pero no concluyente. (d) Ni se recomienda ni se desaprueba.					
<b>OBSERVACIONES Y CONCEPTO DEL ESTUDIO</b>					
<b>CONCEPTO GENERAL DEL GRUPO DE ESTUDIOS</b>					

Fuente: Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods (PASSCLAIM).  
European Journal of Nutrition. 2004.



Gráfico 25. Contenido matriz PASSCLAIM



Fuente: Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods (PASSCLAIM).  
European Journal of Nutrition. 2004

Esta matriz fue utilizada en el 2013 en el proceso de actualización de las guías alimentarias para la población colombiana mayor de 2 años; en este ejercicio de actualización para los otros grupos poblacionales permitió consolidar y analizar la información también de manera adecuada.

### Priorización de temas y avances en la formulación de preguntas de investigación

Como primer paso en la implementación de la metodología propuesta, se realizó un taller con la participación del CTNGA, en el cual se llevó a cabo un proceso de revisión de las guías alimentarias existentes en el país, las cuales fueron publicadas a comienzos de la década del 2000. Esto permitió evidenciar los determinantes técnicos sobre los que se requirió hacer énfasis en el proceso de actualización de las guías.

Como parte de este taller, se obtuvo un primer avance en la priorización de los problemas por grupo poblacional objeto de las guías alimentarias, los cuales se organizaron en tres categorías de análisis: déficit, exceso y salud nutricional. Los resultados de este proceso fueron la base para la definición de las preguntas de investigación para cada grupo poblacional.

Una vez se contó con la consolidación de la información de interés o priorización de problemáticas por grupo poblacional, las mismas fueron organizadas en categorías y subcategorías.

Las categorías y subcategorías para cada grupo poblacional definidas fueron:



## Niños y niñas menores de 2 años

Para este grupo de edad fue importante considerar la lactancia materna y la alimentación complementaria como parte central en la definición de los temas principales.

**Grafico 26. Categorías y subcategorías identificadas en el grupo de niños y niñas menores de 2 años**



Fuente: elaboración a partir de resultados del primer taller CTNGA. Julio 2017.

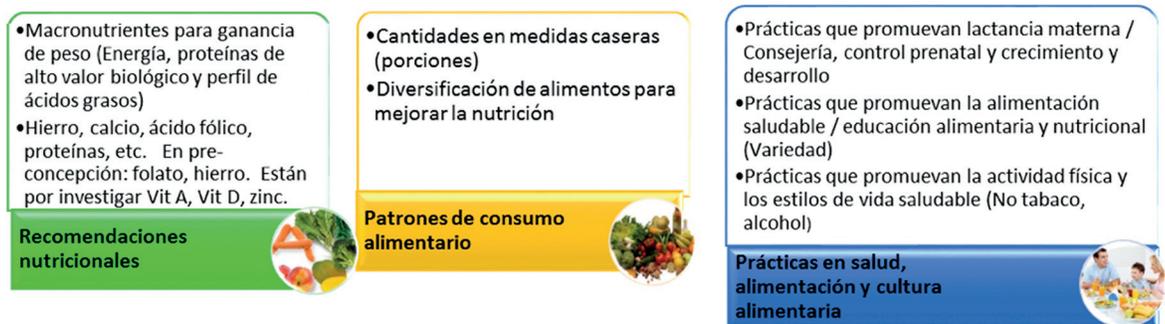
Algunos elementos adicionales que hicieron parte de la priorización de los principales temas en alimentación y nutrición fueron:

- Cómo incorporar en las guías alimentarias para este grupo los conceptos de “cultura alimentaria y diversidad étnica” y “enfoque de derechos”.
- Alimentación perceptiva
- Propuestas pedagógicas no pertinentes para la promoción de la alimentación saludable del menor de 2 años
- Entornos laborales amigables con la familia lactante y políticas de protección a la maternidad
- Concepción de que el amamantamiento más allá del primer año es una conducta social no aceptable



## Mujeres gestantes

Gráfico 27. Categorías y subcategorías identificadas en el grupo de mujeres gestantes.



Fuente: elaboración a partir de resultados del primer taller CTNGA. Julio 2017.

## Madres en periodo de Lactancia

Gráfico 28. Categorías y subcategorías identificadas en el grupo de madres en periodo de lactancia



Fuente: Elaboración a partir de resultados del primer taller CTNGA. Julio 2017



## Preguntas de Investigación

Una vez realizada la priorización de los temas para los cuales se establecieron categorías y subcategorías (tal como se presentó anteriormente), posterior a la formulación de las preguntas de investigación, estas se organizaron y se les aplicó la estrategia PICO o PICOT. Las preguntas formuladas orientaron la búsqueda y el análisis de la evidencia científica.

Se estableció un total de 17 preguntas, de las cuales 10 se organizaron de acuerdo con el grupo poblacional al que hacían referencia; las 7 restantes se categorizaron como transversales o comunes para todos los grupos poblacionales. En la tabla No. 6 se presentan las preguntas definitivas y que fueron del conceso del CTNGA.

Tabla 6. Preguntas de investigación

GRUPO POBLACIONAL	CATEGORÍA	No.	PREGUNTAS AJUSTADAS - CONSTRUIDAS CTNGA
Niños y niñas menores de 2 años	Lactancia materna	1	¿Cuáles son las barreras que afectan la práctica de la lactancia materna?
		2	¿Cuál es el efecto de las redes de apoyo: familiar, comunitaria, institucional y laboral, en la práctica de la lactancia materna?
	Alimentación complementaria oportuna	3	¿Cuáles son los efectos del inicio temprano o tardío de la alimentación complementaria para la salud y nutrición de los niños y niñas menores de dos años?
		4	¿Cómo influye la alimentación perceptiva** para adquirir hábitos alimentarios en los niños y niñas menores de 2 años?
Mujeres gestantes	Recomendaciones nutricionales	5	¿Cuál es la recomendación de ganancia de peso en las adolescentes gestantes para mantener un óptimo estado de salud y nutrición?
	Patrón alimentario	6	¿Cuáles son los efectos de los patrones alimentarios de las mujeres gestantes sobre el estado de salud y nutrición?
	Prácticas en salud, alimentación	7	¿Cuál es el efecto de las creencias acerca de la alimentación, en el estado de salud y nutrición de las mujeres gestantes?
Madres en periodo de lactancia	Recomendaciones nutricionales	8	¿Cuáles son los efectos de los patrones alimentarios de las madres en periodo lactancia sobre el estado de salud y nutrición?
	Estado nutricional	9	¿Cuál es el efecto de la práctica de lactancia materna y otras intervenciones en la recuperación de peso de las madres en periodo de lactancia?
		10	¿Qué patrones alimentarios están relacionados con la ganancia de peso óptima en las adolescentes en periodo de lactancia?
Tres grupos poblacionales	Prácticas en salud alimentación y cultura alimentaria	11	¿Cuál es el efecto del consumo de alimentos procesados y ultra procesados en el estado de salud y nutrición, de niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?
		12	¿Cuál es el efecto de la lectura y/o interpretación del rotulado de los alimentos en la decisión de compra de los mismos, para los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?
		13	¿Cuál es el efecto del tamaño de la porción y frecuencia de consumo de alimentos en los problemas nutricionales y de salud en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?



GRUPO POBLACIONAL	CATEGORÍA	No.	PREGUNTAS AJUSTADAS - CONSTRUIDAS CTNGA
Tres grupos poblacionales	Prácticas en salud alimentación y cultura alimentaria	14	¿Cuál es el beneficio de la actividad física en los problemas nutricionales y de salud en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?
		15	¿Cuál es el impacto de la publicidad** en los patrones alimentarios y los problemas de salud y nutrición, en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?
		16	¿Cuál es el impacto de las estrategias de comunicación** en los patrones alimentarios de los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?
		17	¿Cuáles son las prácticas de diversificación de la alimentación que favorecen un óptimo estado de salud y nutrición de los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?

Fuente: elaboración a partir de resultados talleres CTNGA. Agosto de 2017.

\*\* Alimentación perceptiva: este término se refiere a principios de cuidado psicosocial que deben emplearse al alimentar al niño. Está determinada por factores que dependen de: alimento ofrecido, niño que lo recibe, adulto que alimenta y ambiente donde tiene lugar la alimentación. En otras palabras, está relacionada no solo con el qué se come, sino también con el cómo, cuándo, dónde y por quién es alimentado el niño.

\*\*Publicidad: el término publicidad se entiende como una actividad empresarial utilizada por medios masivos de comunicación, en nuestro caso, para el mercadeo de un producto o alimento.

\*\*Estrategias de comunicación: entendidas como una herramienta diseñada para articular acciones comunicativas de orden interno, que contribuyan a consolidar procesos institucionales, y de alcance externo, orientadas a informar sobre el avance de los planes, programas y proyectos. La estrategia también promueve las iniciativas gubernamentales, el diseño y la implementación de campañas cívicas y educativas. Incluye las acciones de información, educación y comunicación (IEC).

## Análisis de la evidencia científica

Se procedió a realizar la búsqueda de la evidencia científica nacional e internacional, a partir de las preguntas de investigación. Los resultados se consolidaron en matrices que permitieron identificar, por cada pregunta de investigación, el número de referencias encontradas por base de datos consultada.

## Métodos de revisión de artículos

Cada estudio tuvo una lectura independiente por parte de los investigadores participantes del proceso, quienes diligenciaron la matriz de resultados con los siguientes campos:

- Referencia (revista, autores, año, etc.)
- Tipo de publicación (artículo original, revisión, editorial, etc.)
- Población: país, ciudad, participantes, etnia, etc.
- Calidad metodológica según el tipo de diseño e investigación
- Descripción de los resultados principales

45 OPS. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington, D.C. 2007. ISBN 978-92-7-532795-1



Las versiones se cotejaron y se unificaron en una única matriz por pregunta de investigación y artículo; esto se hizo con la participación del CTNGA.

Una vez sistematizadas las matrices de resultado de cada una de las preguntas de investigación y por cada uno de los artículos, se organizó la información obtenida.

### Proceso de selección de los estudios

En esta etapa del proceso, entre los criterios para la valoración de los estudios se contempló: la identificación de las características en cuanto a su diseño, criterios de inclusión/exclusión de sujetos, selección de casos y controles, periodo de selección y de seguimiento, aleatorización de las muestras e intervenciones, tipo de intervención, control de sesgos, aspectos éticos, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones. Además, se revisaron las características de la población, la calidad metodológica (diseño, control de sesgos, tamaño muestral, aleatorización, enmascaramiento, etc.) y los resultados, con especial énfasis en la descripción de las variables de interés; toda esta información analizada se consolidó en la matriz de resultados.

De este proceso, se obtuvieron 140 artículos que respondieron a las preguntas de investigación, así:

**Tabla 7. Publicaciones seleccionadas en la búsqueda de evidencia científica para la actualización de las guías alimentarias de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años de Colombia. Septiembre del 2017.**

PREGUNTAS	Nº publicaciones encontradas	Nº publicaciones seleccionadas
Pregunta 1. Barreras en lactancia materna	29	6
Pregunta 2. Redes de apoyo en lactancia materna	3	3
Pregunta 3. Alimentación complementaria	9	5
Pregunta 4. Alimentación perceptiva	6	6
Pregunta 5. Ganancia de peso adolescentes gestantes	5	0
Pregunta 6. Patrones alimentarios mujeres gestantes	7	6
Pregunta 7. Creencias alimentación mujeres gestantes	6	6
Pregunta 8. Patrones alimentarios madres en periodo de lactancia	0	0
Pregunta 9. Recuperación del peso posparto	6	6
Pregunta 10. Ganancia de peso adolescentes en el posparto	3	3
Pregunta 11. Alimentos procesados y ultraprocesados	7	7
Pregunta 12. Rotulado/Etiquetado de alimentos	6	6
Pregunta 13. Tamaño y frecuencia de consumo	12	7
Pregunta 14. Actividad física	10	7
Pregunta 15. Publicidad	6	6
Pregunta 16. Estrategias de comunicación	7	6
Pregunta 17. Diversificación de la dieta	7	7
Adicional. Riesgos de la alimentación artificial (fórmulas infantiles)	6	5
Adicional. Patrones alimentarios y densidad de nutrientes	5	5
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>97</b>

Fuente: Elaboración propia. Proceso de talleres del CTNGA. Agosto 2017.



Las revisiones sistemáticas fueron evaluadas según su análisis de heterogeneidad para establecer la variabilidad entre los estudios y por ende su calidad. Los artículos seleccionados contribuyen a responder cada pregunta de investigación, describen completamente sus componentes y permiten dar cuenta de manera concreta al enunciado de cada pregunta.

Es importante resaltar que para los temas de ganancia de peso y patrones alimentarios de adolescentes gestantes y madres en periodo de lactancia (preguntas No. 5, 8 y 10) no se encontraron publicaciones que cumplieran los criterios de inclusión; por lo tanto, para responder a las preguntas correspondientes se adelantó, adicional a las sesiones de trabajo con el CTNGA, el diseño de una consulta a expertos nacionales e internacionales con el fin de contar con un concepto.

### Síntesis de los resultados

Después de leer los artículos seleccionados, y con las matrices de revisión bibliográfica consolidadas para cada pregunta de investigación, se procedió junto con el CTNGA a revisar y discutir los resultados obtenidos y con base en la evidencia científica encontrada, establecer las recomendaciones prácticas para las GABAS 2017 para los tres grupos de población.

La evidencia se clasificó con base en los parámetros establecidos por el programa de acción concertada de la Comisión Europea para la Valoración de Soporte Científico para las Afirmaciones respecto a los Alimentos (Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods, PASSCLAIM), dado que bajo este instrumento se realizó el análisis tal como se presentó en la metodología. A continuación se exponen estos criterios.

Tabla 8. Clasificación de la evidencia científica. Criterios de la matriz PASSCLAIM.

*Grado de recomendación	Significado	Conclusión
A Extremadamente recomendable	1a: Revisión sistemática /meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados con homogeneidad. 1b: Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho. 1c: Práctica clínica (“todos o ninguno”). Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible y con el que algunos pacientes sobreviven, o bien, cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad, y con el no muere ninguno.	Fuerte
B Recomendación favorable.	2a: Revisión sistemática /meta-análisis de estudios de cohortes, con homogeneidad. 2b: Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80 %). 2c: <i>Outcomes Research</i> (el término <i>Outcomes Research</i> hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben) y a estudios ecológicos. 3a: Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad. 3b: Estudio de casos y controles.	Moderada



*Grado de recomendación	Significado	Conclusión
C Recomendación favorable pero no concluyente.	4. Serie de casos o estudios de cohorte y de casos y controles de baja calidad (estudio de cohortes: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio de casos y controles: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión.	Débil
D Ni se recomienda ni se desaprueba.	5. Opinión de expertos sin valoración explícita, crítica o basada en la fisiología, <i>Bench Research of First</i> principales (el término first principales hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.	

Fuente: Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods (PASSCLAIM).  
European Journal of Nutrition. 2004.

### Síntesis de la evidencia científica

Como resultado de la quinta etapa, se realiza la consolidación de información y se obtiene la síntesis de información, con la propuesta final de una línea de orientación para la definición de los mensajes.

Pregunta 1. ¿Cuáles son las barreras que afectan la práctica de la lactancia materna?	
<b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b>	<b>Evidencia Fuerte.</b> Se evidenció el papel fundamental de la asesoría en la lactancia materna en las dos primeras semanas de vida del bebé sobre la práctica de la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses y su continuidad hasta los 2 años o más. Evidencia fuerte. Se ratifica la necesidad procesos de formación orientados a favorecer la práctica de la lactancia materna, así como la importancia de la la instauración de redes. La ausencia de redes apoyo es la principal barrera que afecta la práctica de la lactancia materna y su continuidad en el mediano y largo plazo.
<b>Evidencia científica. Otras guías. Lineamientos internacionales</b>	<b>OMS- UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 2003</b> <b>La estrategia mundial se basa en pruebas científicas</b> de la importancia de la nutrición en los primeros meses y años de vida y del papel fundamental que juegan las prácticas de alimentación correctas para lograr un estado de salud óptimo. No practicar la lactancia natural, y especialmente la lactancia natural exclusiva durante el primer medio año de vida, representa un factor de riesgo importante que incide sobre la morbilidad y mortalidad del lactante y del niño pequeño, los cuales se agravan aún más por la alimentación complementaria inadecuada
<b>Orientación del mensaje</b>	Se debe retomar la práctica de la lactancia materna como práctica “Natural”, resaltando un entorno amigable como punto fundamental para romper las barreas estructurales que la afectan.



**Pregunta 2. ¿Cuál es el efecto de las redes de apoyo: familiar, comunitaria, institucional y laboral, en la práctica de la lactancia materna?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia moderada.</b> Sobre el efecto positivo de iniciativas como los hospitales amigos del niño en América Latina, en la práctica de la lactancia materna. La evidencia sugiere la necesidad de involucrar otros sectores para garantizar la sostenibilidad de la estrategia. Evidencia moderada. Sobre el efecto positivo que tienen las redes de apoyo en la práctica de la lactancia materna, gracias a la iniciativa Hospital Amigo de los niños. La estrategia contempla 10 pasos, en el cual el último actúa como pilar fundamental para los 9 restantes y éste está orientado a la conformación y funcionamiento de redes de apoyo en lactancia materna.</p>
<p><b>Evidencia científica. Otras guías. Lineamientos internacionales</b></p>	<p><b>OMS- UNICEF. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño. 2003</b></p> <p>Las madres deberían tener acceso a un apoyo especializado que les ayude a iniciar y mantener prácticas apropiadas de alimentación, así como a prevenir dificultades y a superarlas cuando se presenten. Los agentes de salud informados están bien situados para proporcionar ese apoyo, que debería formar parte integrante no sólo de la atención prenatal, obstétrica y postnatal ordinaria, sino también de los servicios que se prestan a los lactantes sanos y los niños enfermos.</p> <p>A ese respecto, también deben desempeñar un papel importante las redes de base comunitaria que ofrecen apoyo entre madres y los consejeros con formación en lactancia natural que trabajan en los sistemas de atención de salud o que están estrechamente ligados a ellos.</p> <p>En lo que se refiere a los padres, las investigaciones muestran que la lactancia natural se ve favorecida por el apoyo y la compañía que proporcionan como sostén de la familia y dispensadores de atención.</p>
<p><b>Orientación del mensaje</b></p>	<p>Debe estar involucrado con el mensaje anterior en el que se recomiendan la creación y/o fortalecimiento de redes existentes como un factor determinante para el éxito en la práctica de la lactancia materna.</p> <p>El mensaje debe estar dirigido a toda la población, los mensajes no solo son para las mamás, sino para la familia, cuidadores, instituciones, así como para los ámbitos laboral, político legal. etc. Incluir en el mensaje a las salas amigas.</p>

**Pregunta 3. ¿Cuáles son los efectos del inicio temprano o tardío de la alimentación complementaria para la salud y nutrición de los niños y niñas menores de dos años?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia moderada.</b> Hay una relación entre la duración de la lactancia materna exclusiva y el riesgo de sobrepeso y obesidad en la edad escolar y preescolar. Cuando la duración de la lactancia materna exclusiva es inferior a 3 meses, los niños tienen mayor riesgo de sobrepeso y obesidad. El inicio de la alimentación complementaria antes de los 6 meses de edad puede contribuir al mayor riesgo de presentar sobrepeso en la edad preescolar, pues podría generar una mayor ingesta calórica.</p>
<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p>La obesidad se presenta 3 veces más en niños que inician alimentos antes de los 6 meses y que consumen bebidas azucaradas y formulas infantiles o leches de fórmula.</p> <p><b>Evidencia fuerte.</b> Introducir leche de vaca antes del año puede generar problemas de salud -en general- en los lactantes al producirles sangrado intestinal y otras condiciones.</p>



**Pregunta 3. ¿Cuáles son los efectos del inicio temprano o tardío de la alimentación complementaria para la salud y nutrición de los niños y niñas menores de dos años?**

<b>Evidencia científica. Otras guías.</b>	<p><b>Guías alimentarias Bolivia. 2014</b> En los niños menores de 2 años la lactancia materna deficiente y una alimentación complementaria insuficiente e inadecuada, aumentan el riesgo de presentar desnutrición.</p> <p>La introducción temprana de la alimentación complementaria se constituye en un factor de riesgo de enfermedades infecciosas y por otro lado la introducción tardía, en un riesgo de desnutrición.</p> <p><b>OPS/OMS. Principios de orientación para la alimentación de niños no amamantados entre los 6 y los 24 meses de edad</b> Se sugiere incluir leches fermentadas a partir de los 6 meses de edad (como el yogurt) y desestima el uso de leche cruda y/o entera. La OMS también afirma que las fórmulas infantiles de continuidad no son necesarias.</p>
<b>Orientación del mensaje</b>	<p>Se debe fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, para dar inicio a la alimentación complementaria. Es primordial advertir que iniciar antes o después conlleva a problemas para la salud y nutrición de los niños y niñas.</p>

**Pregunta 4. ¿Cómo influye la alimentación perceptiva\*\* para adquirir hábitos alimentarios en los niños y niñas menores de 2 años?**

<b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b>	<p><b>Evidencia débil:</b> Se encontró que la alimentación complementaria perceptiva tiene un efecto en la estimulación del consumo de alimentos, lo que se refleja en una mayor ingesta de nutrientes y mayores puntuaciones de desarrollo mental; sin embargo, este hallazgo es débil.</p> <p><b>Evidencia moderada:</b> Demuestra que los extremos de los padres frente a la alimentación, por un lado indulgente, o por el otro restrictivo, tiene un efecto negativo en el peso corporal de los niños y niñas.</p> <p>No hay evidencia científica moderada o fuerte de la influencia de la alimentación perceptiva como instrumentos para adquirir hábitos alimentarios, sin embargo los referentes conceptuales tomados para esta pregunta de la OMS y de la OPS permiten concluir que:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• El inicio de la relación ente los niños y los alimentos determina hábitos alimentarios basados en experiencias.</li> <li>• Las experiencias del inicio de la alimentación complementaria deben ser positivas, en ambientes sanos, con patrones de crianza establecidos desde la familia.</li> </ul>
---	--



**Pregunta 4. ¿Cómo influye la alimentación perceptiva\*\* para adquirir hábitos alimentarios en los niños y niñas menores de 2 años?**

**Gobierno de Chile. Guía de alimentación del Niño(a) menor de 2 años**

Los sabores y olores de los alimentos que consume la madre también se transmiten a través de la leche materna, y los lactantes aprenden a preferir dichos sabores, por lo que será muy importante que la madre consuma una dieta variada, por medio de la cual estará transmitiendo esa variedad de sabores a su hijo, muy precozmente.

**Evidencia científica. Otras guías.**

Los padres, madres y cuidadores tienen una participación importante en el desarrollo de las habilidades de alimentación del niño(a) a través de la selección de alimentos que les ofrecen, así como la forma y cantidad en que se presentan. Una forma eficaz de introducir un nuevo alimento es por “imitación o modelaje”: si los niños(as) ven a su padre, madre o hermanos disfrutar de un alimento, estarán más interesados en probarlo. (Estas guías proveen “sugerencias para promover una conducta saludable desde la niñez temprana”, muchas de ellas orientadas a la alimentación perceptiva”.

**Orientación del mensaje**

El mensaje debe ir hacia la alimentación perceptiva como un método eficaz para que los niños adquieran hábitos saludables, a través de los cuales inicien la alimentación complementaria mediante experiencias positivas en ambientes sanos y agradables, en los que el papel de los padres y cuidadores es decisivo.

**Pregunta 5. ¿Cuál es la recomendación de ganancia de peso en las adolescentes gestantes para mantener un óptimo estado de salud y nutrición?**

**Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia**

Evidencia insuficiente. No hay evidencia suficiente o con validez externa que permita establecer una recomendación sobre la ganancia de peso en adolescentes gestantes.

**Pregunta 6. ¿Cuáles son los efectos de los patrones alimentarios de las mujeres gestantes sobre el estado de salud y nutrición?**

**Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia**

**Evidencia insuficiente.** Durante la búsqueda de evidencia no se encontraron artículos específicos relacionados con el efecto de los patrones alimentarios de las mujeres gestantes sobre el estado de salud y nutrición. Sin embargo, la evidencia encontrada, que se basa en referentes conceptuales o técnicos, establece efectivamente una serie de recomendaciones en alimentación y nutrición.

**Evidencia moderada.** Importancia de los nutrientes durante el embarazo. Los patrones de consumo de alimentos con adición de azúcares, están relacionados con enfermedades no transmisibles. Adicionalmente, el tabaco y sedentarismo están asociados a mayores complicaciones durante el embarazo.

También se encontró que un patrón alimentario rico en verduras y carnes, se asocia con un IMC adecuado y actúa como factor protector contra la presencia de enfermedades no transmisibles.

**Evidencia fuerte.** Se encontró evidencia fuerte sobre los beneficios de la suplementación de hierro, calcio y ácido fólico durante el embarazo. Incluso del ácido fólico desde la preconcepción.

Los patrones alimentarios de las mujeres gestantes están conformados por los patrones que ya tienen más las modificaciones o cambios que conllevan este estado fisiológico; por tanto, es necesario ajustarlos a las recomendaciones que se tienen de referentes nacionales e internacionales.



**Pregunta 6. ¿Cuáles son los efectos de los patrones alimentarios de las mujeres gestantes sobre el estado de salud y nutrición?**

<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p><b>Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. Simposio Nutrición en La gestación y Lactancia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Asegurar el consumo adecuado de energía que contribuya a un incremento saludable de peso, según el peso previo al embarazo,</li> <li>2. Asegurar el consumo diario de alimentos de origen animal que sean fuentes de hierro, ácido fólico, calcio, vitamina A y zinc.</li> <li>3. Promover el consumo diario de frutas y verduras. Las frutas y verduras tienen fibra natural que ayuda a corregir el estreñimiento de la gestante. Es preferible comer las frutas con cáscara por su contenido de fibra, o pelarlas superficialmente, porque la mayor concentración de sus vitaminas está justo bajo la piel.</li> <li>4. Evitar el consumo de café, gaseosas y golosinas, durante la gestación.</li> <li>5. Recomendar el uso de la sal yodada en las comidas. Recordar que la alimentación saludable va de la mano con promover la actividad física en la mujer gestante, cuando así lo amerite,</li> <li>6. Evitar el uso de tabaco y la ingesta de alcohol y otras drogas durante la gestación.</li> </ol>
<p><b>Orientación del mensaje</b></p>	<p>El mensaje frente a patrones alimentarios en la gestante, se basan en la diversificación de la dieta y en la actividad física, tomando como referencia las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes.</p>

**Pregunta 7. ¿Cuál es el efecto de las creencias acerca de la alimentación, en el estado de salud y nutrición de las mujeres gestantes?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia débil.</b> La evidencia es débil frente al impacto o efecto de las creencias acerca de la alimentación en el estado de salud de las mujeres gestantes. Se menciona en uno de los estudios revisados, que tan solo un 60% de las mujeres que inician su gestación tienen conocimiento de los alimentos que deben consumir o de los cambios que deben realizar a su patrón alimentario.</p> <p>Los estudios analizados, algunos de tipo cualitativo, a pesar de sus limitaciones en términos de evidencia científica, proveen información importante:</p> <p>Los hábitos alimentarios y culinarios, son propios de cada región y del contexto donde ellas pueden estar; claro ejemplo fue un artículo sobre el consumo de alimentos picantes, lo cual depende de la tolerancia de cada persona y del contexto o región donde se consume de manera habitual o no, Nada tiene que ver con un efecto positivo o negativo.</p>
<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p><b>Universidad de Valladolid España. Mitos en el embarazo. Realidad científica. 2017.</b> Este documento académico habla sobre algunas creencias o mitos acerca de la alimentación, sobre los cuales resalta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Son muchos los mitos que rodean las recomendaciones nutricionales de la embarazada. No es cierto que se deba “comer por dos”, en cualquier caso, es evidente que la alimentación y la gestación están ligadas en el curso de un embarazo normal donde evidentemente hay un aumento de los requerimientos y son diferentes para cada trimestre del embarazo.</li> </ul>



**Pregunta 7. ¿Cuál es el efecto de las creencias acerca de la alimentación, en el estado de salud y nutrición de las mujeres gestantes?**

<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Durante el embarazo, al igual que en cualquier otro momento de la vida, la mujer está expuesta a algunas enfermedades de transmisión alimentaria o por el agua, que pueden traer graves consecuencias para el feto, como la listeriosis y la toxoplasmosis. Estos riesgos se pueden prevenir adoptando las recomendaciones de higiene y las precauciones de consumo adecuadas, entre ellas, el correcto lavado de manos, y de frutas y verduras.</li> <li>• Una publicación del American Journal of Clinical Nutrition, respecto a un estudio aplicado a 2 mil mujeres embarazadas y a sus hijos hasta los 8 años, demostró que los niños que nacieron de mujeres que consumieron más pescado logran mejores resultados en las pruebas de inteligencia verbal, habilidades de motricidad fina y una mejor conducta psicosocial. Esto, relacionado a que el pescado es la principal fuente de ácidos grasos omega 3, omega 6 y yodo, que son un componente clave de las membranas celulares del cerebro.</li> </ul>
<p><b>Orientación del mensaje</b></p>	<p>Frente a las creencias de alimentación durante el periodo de gestación e incluso de lactancia, es importante dejar claro que la recomendación está orientada hacia la diversificación de la dieta, el aumento de alimentos ricos en fibra y hierro, al adecuado consumo de líquidos y a la práctica de actividad física acorde al estado de salud.</p>

**Pregunta 8. ¿Cuáles son los efectos de los patrones alimentarios de las madres en periodo de lactancia sobre el estado de salud y nutrición?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia insuficiente.</b> No hay evidencia suficiente o con validez externa que pueda establecer el efecto de los patrones alimentarios sobre el estado de salud y nutrición en las madres en periodo de lactancia.</p>
--	---

**Pregunta 9. ¿Cuál es el efecto de la práctica de lactancia materna y otras intervenciones en la recuperación de peso de las madres en periodo de lactancia?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia fuerte.</b> La lactancia debe ser promovida por sus efectos para la madre y el bebé y no solo una directriz para la disminución de peso de la madre. En la pérdida de peso de la madre influye más la duración de la lactancia materna, es decir que a mayor periodo de lactancia puede observarse una mayor reducción de peso.</p> <p>Un aspecto fundamental es que la ganancia de peso de forma excesiva durante la gestación, que a su vez está relacionada con una mayor dificultad de perder peso durante el periodo de lactancia.</p> <p><b>Evidencia fuerte.</b> Sobre los beneficios de la práctica de la lactancia para la madre, en la prevención de cáncer de mama, ovario y diabetes.</p> <p><b>Conclusión.</b> Adicional a la práctica de la lactancia materna, es necesario que las madres en periodo de lactancia también combinen otras intervenciones como el control de la dieta y la actividad física, que les permitan perder peso.</p>
<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p>No se relaciona esta información en el contenido de otras guías alimentarias.</p>
<p><b>Orientación del mensaje</b></p>	<p>Sugerir a las madres en periodo de lactancia la práctica combinada con la dieta y el ejercicio contribuye con la pérdida de peso durante dicho periodo.</p>



Pregunta 10. ¿Qué patrones alimentarios están relacionados con la ganancia de peso óptima en las adolescentes en periodo de lactancia?	
<b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b>	<b>Evidencia insuficiente.</b> No hay evidencia suficiente o con validez externa que pueda establecer la relación de los patrones alimentarios con la ganancia de peso en adolescentes en periodo de lactancia.
Pregunta 11. ¿Cuál es el efecto del consumo de alimentos procesados y ultra procesados en el estado de salud y nutrición, de niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?	
<b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b>	<p><b>Evidencia: Fuerte</b> La inclusión de productos ultraprocesados a partir del primer año de edad está relacionada con mayor riesgo de sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes.</p> <p><b>Evidencia fuerte.</b> Se encontró un fuerte aporte de azúcares añadidos en los productos ultraprocesados, por lo que se sugiere limitar el consumo de estos como una manera muy eficaz en la reducción de azúcares añadidos, por su impacto en la salud en todos los grupos de edad.</p> <p><b>Evidencia moderada.</b> Se encontró que el control de alimentos altos en azúcares añadidos, está relacionado con la salud oral (menos caries dental) en niños.</p> <p>No hay evidencia del consumo de productos ultra procesados en mujeres gestantes; sin embargo, la recomendación de la evidencia científica es que sean aplicables a todos los grupos de edad.</p>
<b>Evidencia científica. Otras guías.</b>	<p><b>Concepto guías alimentarias - Brasil</b></p> <p><b>Limite el uso de alimentos procesados.</b> Consumiéndolos en pequeñas cantidades, como ingredientes de preparaciones culinarias o como parte de comidas basadas en alimentos naturales o mínimamente procesados.</p> <p>Evite los alimentos ultraprocesados. Estos alimentos suelen ser ricos en grasas o azúcares y, muchas veces, ricos en ambos. Tienden a ser muy bajos en fibra, vitaminas, minerales y otras sustancias con actividad biológica que están naturalmente presentes en los alimentos naturales o mínimamente procesados.</p> <p>Evidencia científica guías EEUU 2010</p> <p><b>Evidencia moderada.</b> En los adultos: Se encontró evidencia epidemiológica moderada que sugiere que un mayor consumo de bebidas azucaradas se asocia con el aumento del peso corporal en los adultos.</p> <p><b>Evidencia fuerte.</b> Asimismo, se reafirma que una mayor ingesta de bebidas azúcaradas se asocia con un aumento de la adiposidad en niños.</p>
<b>Orientación del mensaje</b>	<p>Desestimar el consumo de productos ultraprocesados, incentivando el consumo de alimentos naturales y sanos. En las guías es importante incluir la definición de estos alimentos y el mensaje puede retomar lo que establecen las guías alimentarias de Brasil y las guías alimentarias para población colombiana mayor de 2 años.</p> <p>Importante para las políticas públicas: resaltar la cantidad de aditivos y químicos que no generan valor nutricional, respecto al tema de sostenibilidad ambiental.</p> <p>El mensaje también debe estar orientado no solo a la salud nutricional, sino además, a la salud bucal, como la prevención de caries dental.</p>



**Pregunta 12. ¿Cuál es el efecto de la lectura y/o interpretación del rotulado de los alimentos en la decisión de compra de los mismos, para los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia moderada.</b> Se evidencia que las personas que observan el etiquetado nutricional son los adultos, principalmente aquellos que tienen alguna enfermedad de base que hace que se modifiquen sus hábitos alimentarios. Los adolescentes y jóvenes, prestan menos atención al rotulado o etiquetado de los alimentos. Las personas de estrato socioeconómico bajo hacen menor uso del etiquetado; así mismo, cuando las etiquetas requieren realizar cálculos, tampoco son interpretadas.</p> <p><b>Evidencia moderada.</b> No siempre la información nutricional es entendida o interpretada correctamente, por lo cual se recomienda mejorar el etiquetado nutricional con el uso de descriptores sencillos, favorables para la toma de decisión del consumidor</p>
<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p><b>Guías alimentarias para la población chilena actualizadas en el 2013</b></p> <p>Recomendación: Leer y comparar las etiquetas de los alimentos y preferir los que tengan menos grasas, azúcar y sal (sodio).</p> <p><b>Guías alimentaria de Panamá, 2013.</b></p> <p>3. Evite el consumo de sodio que está en las salsas y condimentos artificiales, así como en los productos empacados, en sobres, latas, frascos y cajetas. “Los alimentos procesados contienen gran cantidad de sodio como conservante. Por esta razón, usted debe estar alerta y evitar el consumo de productos que en su etiqueta tenga uno o más de los siguientes ingredientes: benzoato de sodio, glutamato mono sódico, bicarbonato de sodio, nitrito de sodio, nitrato de sodio, cloruro de sodio, cidamato de sodio, diacetato de sodio, propionato de sodio, citrato de sodio, entre muchos más. Estos ingredientes se pueden encontrar en vegetales de lata, jugos de lata, cajeta o botellas, sodas, sopas de vaso o paquete, embutidos, carnes enlatadas, tunas y sardinas, condimentos artificiales, ajinomoto, cubitos, caldos, sazónadores, concentrados, colorantes, salsa china, inglesa, condimentada, de soya, pastas y salsas de tomate en lata, frasco o sobre”.</p>
<p><b>Orientación del mensaje</b></p>	<p>Generar una alerta a la población en general, orientándola a preferir alimentos naturales y mínimamente procesados, eligiendo aquellos que tengan menos cantidades de azúcar, grasa y sodio. Generar educación en torno al etiquetado o rotulado nutricional para preferir alimentos con menos cantidades de los nutrientes ya mencionados.</p>

**Pregunta 13. ¿Cuál es el efecto del tamaño de la porción y frecuencia de consumo de alimentos en los problemas nutricionales y de salud en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia moderada.</b> El tamaño de la porción está asociado con la mayor ingesta calórica. Se encuentra que el tamaño de la porción explica el aumento de peso en adultos, pero este hallazgo no es significativo en niños.</p> <p><b>Evidencia moderada.</b> Hay una clara asociación entre el tamaño de la porción y el tamaño de los recipientes, con un alto consumo de calorías. Se puede explicar que en promedio el aumento de las porciones conllevan a un consumo mayor hasta de 400 calorías, por día, esto principalmente para alimentos con altos contenidos de grasa y carbohidratos.</p>
--	--



**Pregunta 13. ¿Cuál es el efecto del tamaño de la porción y frecuencia de consumo de alimentos en los problemas nutricionales y de salud en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?**

<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p><b>Evidencia científica Guías EE. UU. 2010</b> ¿Cuál es la relación entre el tamaño de la porción de los alimentos consumidos y el peso corporal? Existe fuerte evidencia documentada que demuestra una relación positiva entre el tamaño de la porción de los alimentos consumidos y el peso corporal. Grado de la evidencia: fuerte <b>Evidencia fuerte.</b> El documento expone una relación positiva entre el tamaño de la porción y el peso corporal. Grado: fuerte ¿Cuál es la relación entre la frecuencia de comer y el peso corporal? (DGAC 2010) La evidencia es insuficiente para determinar si la frecuencia de consumo tiene un efecto sobre el sobrepeso y la obesidad en niños y adultos. Grado: Limitada”</p>
<p><b>Orientación del mensaje</b></p>	<p>Orientar a la población sobre el consumo de porciones de alimentos basadas en medidas caseras que son suficientes para cubrir las recomendaciones, sin generar sobrealimentación, con el fin de disminuir los riesgos de sobrepeso y la obesidad en todos los grupos de edad.</p>

**Pregunta 14. ¿Cuál es el beneficio de la actividad física en los problemas nutricionales y de salud en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia fuerte.</b> De los efectos de la actividad física (incluido caminar) en los diferentes grupos etarios, se recomienda la práctica en la prevención de diferentes enfermedades y como parte importante de un estilo de vida saludable. En el embarazo tienen efectos benéficos, sobre el peso al nacer, disminución del tiempo en el trabajo de parto y disminución en el riesgo de otras complicaciones. Se desestima que la actividad física esté relacionada con un parto antes de término.  <b>No hay evidencia científica</b> sobre el tipo, intensidad y duración de la actividad física durante la gestación o en el periodo de lactancia.</p>
<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p><b>Evidencia científica GUÍAS EEUU 2010</b> <b>¿Cuál es la relación entre el tiempo ocupado frente a una pantalla y el peso corporal?:</b> evidencia fuerte y consistente tanto en niños como en adultos, muestra que el tiempo ocupado frente a una pantalla está directamente asociado con el aumento del sobrepeso y la obesidad. La asociación más fuerte se ha encontrado con el tiempo ocupado frente a una pantalla de televisión.  <b>La Organización Mundial de la Salud (OMS)</b> recomienda en la Estrategia Mundial sobre Régimen Alimentario, Actividad Física y Salud que los gobiernos formulen y actualicen periódicamente directrices nacionales sobre alimentación y nutrición, teniendo en cuenta los cambios en los hábitos alimentarios así como en las condiciones de salud de la población y los progresos en el conocimiento científico.  <b>The American College of Obstetricians and Gynecologists</b> Es seguro continuar o iniciar la mayoría de los tipos de ejercicio, pero puede que tengan que hacerse algunos cambios. La actividad física no aumenta el riesgo de aborto involuntario, bajo peso al nacer o parto prematuro. Sin embargo, es importante hablar de ejercicio con el obstetra u otro miembro del equipo de atención de salud durante las visitas prenatales tempranas. Si el profesional de la salud autoriza hacer ejercicio, se puede decidir conjuntamente una rutina de ejercicios que se adapte a las necesidades y sea segura durante el embarazo.</p>



**Pregunta 14. ¿Cuál es el beneficio de la actividad física en los problemas nutricionales y de salud en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?****Evidencia científica. Otras guías.**

Los centros para el control y prevención de enfermedades recomiendan a las mujeres embarazadas por lo menos 150 minutos de actividad aeróbica de intensidad moderada cada semana.

Una actividad aeróbica es aquella en la que mueven los músculos grandes del cuerpo (como los de las piernas y los brazos) de una manera rítmica. La intensidad moderada significa que se están moviendo lo suficiente como para aumentar el ritmo cardíaco y empezar a sudar. Todavía se puede hablar normalmente, pero no se puede cantar.

Los ejemplos de actividad aeróbica de intensidad moderada incluyen: caminar a paso ligero y la jardinería general (rastrillar, escarda o la excavación). Se puede dividir en entrenamientos de 30 minutos diarios (5 días a la semana) o en lapsos más cortos de 10 minutos diarios, durante toda la semana.

Si la persona es nueva en el ejercicio, debe comenzar lentamente y aumentar gradualmente la actividad. Comenzar con solo 5 minutos al día y añadir 5 minutos cada semana hasta que pueda mantenerse durante 30 minutos diarios.

Si la persona era muy activa antes del embarazo, puede seguir haciendo los mismos ejercicios con la aprobación de un profesional de la salud. Sin embargo, si comienza a perder peso, es posible que tenga que aumentar el número de calorías que consume.

Durante el embarazo, se deben evitar las actividades que ponen en mayor riesgo de lesiones, tales como:

- Deportes de contacto y deportes que ponen en riesgo de ser golpeado en el abdomen, incluyendo el hockey sobre hielo, boxeo, fútbol y baloncesto
- Paracaidismo
- Actividades que puedan resultar en una caída, como esquiar en la nieve cuesta abajo, esquí acuático, surf, ciclismo fuera de carretera, gimnasia y equitación
- “Yoga caliente” o “Pilates caliente”, lo que puede causar que la persona se sobrecaliente
- Submarinismo
- Actividades realizadas por encima de 6.000 pies (si la persona no tiene, ya vive a una altitud elevada).

Hacer ejercicio después de que nazca el bebé puede ayudar a mejorar el estado de ánimo y disminuye el riesgo de una trombosis venosa profunda; condición que puede ocurrir con más frecuencia en las semanas después del parto. Además de estos beneficios para la salud, el ejercicio después del embarazo puede ayudar a perder las libras adicionales que se pudieron haber ganado durante el embarazo.

**Orientación del mensaje**

La práctica regular de actividad física es parte esencial en el mantenimiento de un buen estado de salud durante toda la vida. Deben tenerse en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud, de promover la práctica de actividad física.

**Pregunta 15. ¿Cuál es el impacto de la publicidad en los patrones alimentarios y los problemas de salud y nutrición, en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?****Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia****Evidencia fuerte**

Los estudios evaluados demuestran en población infantil un efecto nocivo de los anuncios sobre el consumo de alimentos de alto contenido energético y el efecto benéfico de la televisión cuando se utiliza para promover el consumo de alimentos saludables.

Un meta-análisis evidencia a la población infantil como expuesta de manera permanente y la asocia con la preferencia de los alimentos.



**Pregunta 15. ¿Cuál es el impacto de la publicidad en los patrones alimentarios y los problemas de salud y nutrición, en los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?**
**Concepto guías alimentarias Brasil**

Adoptar una alimentación saludable no es una cuestión de elección individual. Muchos factores —de naturaleza física, económica, política, cultural o social— pueden influir positiva o negativamente en el patrón de alimentación de las personas. Por ejemplo, vivir en barrios o territorios en los que hay ferias y mercados que venden frutas, verduras y legumbres de buena calidad facilita la adopción de patrones saludables de alimentación. Otros factores pueden afectar la adopción de tales patrones, como el costo más elevado de los alimentos mínimamente procesados comparado con los ultraprocesados, la necesidad de comer en locales que no ofrecen opciones saludables de alimentación y la exposición intensa a la publicidad de alimentos no saludables.

**Evidencia científica.  
Otras guías.**

El problema principal de los alimentos ultraprocesados reformulados es el riesgo de que sean vistos como productos saludables, cuyo consumo ya no tendría que ser limitado. La publicidad de esos productos explora sus supuestas ventajas respecto a los productos regulares (“menos calorías”, “con vitaminas y minerales añadidos”), aumentando las oportunidades de que las personas los vean como saludables. La publicidad de esos productos suele llamar la atención, con razón, al hecho de que son “irresistibles”.

Impacto en la cultura: las marcas, envases, etiquetas y contenido de los alimentos ultraprocesados tienden a ser idénticos en todo el mundo. Las marcas más conocidas se promueven gracias a campañas publicitarias millonarias y muy agresivas, incluyendo el lanzamiento cada año de centenares de nuevos productos, que dan una falsa sensación de diversidad.

**Orientación del  
mensaje**

Crear conciencia del peso que tienen la publicidad en los alimentos en la selección y preferencia de compra de los mismos. La exposición a la publicidad es intensa en productos ultraprocesados que no son saludables en ningún momento de la vida.

**Pregunta 16. ¿Cuál es el impacto de las estrategias de comunicación en los patrones alimentarios de los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?**
**Conclusiones –  
Evidencia Científica  
CTNGA Colombia**

**Evidencia insuficiente.** La revisión que se realizó no encontró evidencia moderada o fuerte sobre las estrategias de comunicación, diferente a publicidad (que es otra pregunta), donde se evidencia el impacto de dichas estrategias en los patrones alimentarios de los grupos poblacionales que hacen parte de esta revisión.

**Evidencia científica.  
Otras guías.**

La evidencia que se encuentra en las otras guías alimentarias, principalmente en las revisadas en el continente americano, no referencian información sobre estrategias de comunicación, aunque sí lo refieren sobre la publicidad, lo cual se amplía en la pregunta No.15.

**Orientación del  
mensaje**

A pesar de no tener evidencia científica suficiente, con base en referentes conceptuales en este tema, es bien sabido que la educación alimentaria y nutricional puede contribuir a mejorar hábitos alimentarios. Con base en lo anterior y teniendo en cuenta preguntas relacionadas con el inicio de la alimentación complementaria, la diversificación de la dieta, la práctica de actividad física, entre otras, puede orientar el mensaje a incluir todos estos aspectos dentro de las estrategias de educación nutricional utilizadas por diferentes actores.



**Pregunta 17. ¿Cuáles son las prácticas de diversificación de la alimentación que favorecen un óptimo estado de salud y nutrición de los niños y niñas menores de 2 años, mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia moderada.</b> Se encontró que en el caso de iniciar el consumo de alimentos antes de los 6 meses hay un mayor riesgo de alergias, y por el contrario si los alimentos se inician a los 6 meses este riesgo disminuye, incluso actúa como protector para las alergias.</p> <p>La diversidad de la dieta de más de 7 alimentos, es decir la inclusión de de la mayoría de los grupos, puede ser un buen indicador de la adecuación de energía, hierro y vitamina A.</p> <p>Se encontró, igualmente, una asociación para decir que a mayor diversificación de la alimentación mejor estado nutricional.</p> <p>En un estudio realizado a partir de encuestas nacionales, se halló una asociación entre la mayor diversidad de la dieta y el estado nutricional. Colombia tuvo una puntuación media de la diversidad en los alimentos, concluyendo que la diversificación de la dieta es un buen predictor de la adecuación de nutrientes.</p> <p>También se concluyó que donde hay mayor diversificación de la dieta hay mayor seguridad alimentaria y menor riesgo de enfermedades.</p>
<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p>La mayoría de guías alimentarias revisadas, hacen referencia a los patrones alimentarios orientados al consumo de alimentos de todos los grupos definidos en cada una de ellas, si bien no se menciona de forma directa su diversificación, es un elemento común.</p>
<p><b>Orientación del mensaje</b></p>	<p>Se debe fomentar la diversificación de los alimentos como un buen indicador para un mejor estado de salud y nutrición. Debe continuarse con la indicación del consumo adecuado de los alimentos que conforman cada grupo.</p> <p>La diversificación de la dieta es un predictor de la adecuación de los nutrientes.</p> <p>El mensaje debe estar orientado hacia el tema de “comer culturalmente sano y variado”. La diversificación de la dieta está relacionada con un mejor estado nutricional y prevención de enfermedades.</p>

**Otros. ¿Cuáles son los riesgos de la alimentación artificial en niños y niñas menores de 2 años?**

<p><b>Conclusiones – Evidencia Científica CTNGA Colombia</b></p>	<p><b>Evidencia moderada.</b> Hay evidencia sobre las diferentes enfermedades que causan las leches infantiles o fórmulas infantiles, hay mayor riesgo de patologías de tipo infeccioso, mal oclusión dental, carencias de nutrientes, (como el hierro), riesgo de padecer cáncer durante la infancia, diabetes. También está relacionada con enfermedades a largo plazo, incluyendo el aumento del sobrepeso y la obesidad.</p> <p><b>Basado en la revisión de los documentos conceptuales bajo la directriz de la OMS,</b> se parte del hecho de que las fórmulas no son estériles, por tanto siempre va a existir el riesgo de la presencia de agentes como la salmonella y el Enterobacter Sakazakii (luego denominado Cronobacter). Este último por sus implicaciones en la enterocolitis necrotizante. Recientemente se ha declarado la presencia de este patógeno como un problema de salud pública.</p>
--	---

<p><b>Evidencia científica. Otras guías.</b></p>	<p><b>Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años del Paraguay</b> Riesgos con la alimentación artificial: la leche de vaca y sus derivados o leches comerciales que se obtienen de su procesamiento, suelen presentar muchas desventajas, tales como: contaminación, infecciones, dificultades en la digestión, componentes alimenticios inadecuados, alergias, costos.</p>
--	--



**Otros. ¿Cuáles son los riesgos de la alimentación artificial en niños y niñas menores de 2 años?**

<b>Orientación del mensaje</b>	<p>Permitir a las madres que tengan el derecho a elegir si quieren amamantar o no; sin embargo, es necesario dar a conocer los riesgos que implica la alimentación artificial, aclarando que las fórmulas no son estériles, es decir, que pueden contener agentes patógenos o que pueden generar enfermedades en los niños y niñas.</p> <p>Es importante que el CTNGA defina si dentro del documento técnico se incluyen aspectos para la preparación de fórmulas infantiles, basado en documentos técnicos como el de OPS o las guías alimentarias de Paraguay para menores de 2 años.</p>
--------------------------------	---

#### 4.6. Fase 6: Construcción de herramientas técnicas

El siguiente paso en este proceso se realizó a través de talleres en las sesiones ordinarias con el CTNGA para la construcción de herramientas técnicas (mensajes clave de las guías, documentos técnicos, etc.) y material educativo (ej. manual del facilitador, rota folio) que acompañan a las guías alimentarias. Aunque todas las etapas del proceso son importantes, esta se constituye como esencial desde el punto de vista técnico, dado que en ella se definieron y construyeron los instrumentos a través de las cuales los diferentes actores y usuarios de estas guías alimentarias (profesionales, academia, asociaciones, industria alimentaria, instituciones públicas y privadas, líderes comunitarios, ente otros), las conocerán, usarán y promoverán su incorporación en los programas, proyectos y en las prácticas de alimentación de los grupos poblacionales objeto de las mismas.

##### 4.6.1. Mensajes e ícono para las pruebas de campo

Las recomendaciones técnicas producto del análisis de la evidencia científica se tradujeron en mensajes, con el propósito de facilitar su comprensión. Luego, fueron validados en campo para conocer la factibilidad de su aplicación en la población objetivo. A partir de las 18 recomendaciones se elaboraron 17 mensajes. Los mensajes propuestos para validar en campo fueron los siguientes:

##### Niños y niñas menores de 2 años

No.	GRUPO DE NIÑOS, NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS
1	Para que los niños y niñas crezcan sanos, inteligentes, seguros y afectuosos, apoye a las madres para que practiquen la lactancia materna exclusiva, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.
2	Como trabajador y agente de la salud promueva, proteja y apoye la lactancia materna, no regale leches de tarro.
3	Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas, ofrezca a partir de los seis meses de edad alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continúe amamantando hasta los 2 años o más.
4	Desde los seis meses de edad ofrezca a los niños y niñas la diversidad de alimentos y preparaciones propias de sus territorios, para fortalecer su identidad cultural.
5	Para el bienestar de la familia y el desarrollo de los niños y las niñas, promueva experiencias que involucren el juego, la exploración del medio y el movimiento.



No.	GRUPO DE NIÑOS, NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS
6	En torno a la alimentación se fortalecen los vínculos afectivos y la comunicación, acompañe a los niños y niñas para compartir estos momentos en familia y evite el uso de la televisión, teléfonos y demás distractores.
7	Acompañe siempre a los niños y las niñas en los momentos de la alimentación, permita el contacto con los alimentos para que experimenten de forma segura sus texturas, olores, sabores, sin convertirlos en premios o castigos.
8	Desde el nacimiento no ofrezca a sus niños y niñas leches de tarro, compotas listas para consumir, cereales de caja, productos de paquete, comidas rápidas y bebidas azucaradas, por su gran contenido de sustancias artificiales, azúcar, sal y grasas que causan sobrepeso, obesidad y otras enfermedades a lo largo de su vida.
9	No confíe en toda la información sobre alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación; para proteger la salud y nutrición de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 2 años, siga las recomendaciones del "Plato saludable de la familia colombiana".

### Mujeres gestantes

No.	GRUPO DE MUJERES GESTANTES
1	Por la salud de la mujer gestante y la de su bebé, consuman y disfruten en familia alimentos frescos, variados y naturales como lo indica el «Plato saludable de la familia colombiana»
2	Durante la gestación y lactancia, comparta y disfrute con su familia alimentos saludables de nuestras comidas tradicionales.
3	Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, gaseosas, bebidas azucaradas, bebidas energizantes y productos de paquete.
4	Para tener una presión arterial normal y un embarazo saludable, reduzca el consumo de sal/sodio y evite alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete.
5	Asista desde el comienzo de su gestación al control prenatal, esto contribuye a su buen estado de salud y el de su bebé.

### Madres en Período de Lactancia

No.	GRUPO DE MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA
1	Para controlar su peso, estar mejor emocionalmente y tener un mejor estado de salud, brinde leche materna a su bebé, aliméntese de forma saludable y realice actividad física.
2	Las mujeres gestantes y en periodo de lactancia necesitan comer un poco más; aumente el consumo de agua, carnes, vísceras, pescados, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras.
3	Como sociedad seamos solidarios y comprometidos con las mujeres gestantes y en periodo de lactancia, apoyémoslas y propiciemos entornos amigables para ellas.



## Ícono

El uso de una gráfica o ícono tiene como propósito ayudar al grupo objetivo a recordar fácilmente cuáles alimentos deben incluirse en la dieta diaria. La gráfica debe transmitir el mensaje de variedad y proporcionalidad de esos alimentos y además ser culturalmente aceptable para la población objetivo. (ICBF - FAO, 2013)

Para el diseño del ícono se tomó como referencia el ícono validado para la población colombiana mayor de 2 años, considerando que este se encuentra en proceso de implementación. Se tomó la decisión de mantener el mismo, involucrando en este los elementos a resaltar para el caso del grupo poblacional para el que se realiza el proceso de actualización. Adicionalmente, se mejoró la definición gráfica de los elementos incluidos en el ícono original.

A continuación, se presenta el ícono propuesto que se validó en campo.

**Gráfico 29. Propuesta preliminar del ícono de las guías alimentarias basadas en alimentos para validación en campo**



## 4.7. Fase 7: Validación en campo de mensajes e ícono

El propósito de las pruebas de campo fue recolectar información cualitativa en diferentes regiones del país con población objeto de las guías, con el fin de evaluar su factibilidad en la implementación. Lo anterior, permitió explorar la percepción, comprensión y valoración de los mensajes construidos e ícono ajustado de las guías alimentarias basadas en alimentos para gestantes, mujeres lactantes y niños y niñas menores de 2 años.

### 4.7.1. Metodología

Para la validación se realizó un estudio de tipo cualitativo centrado en la metodología RAP (Rapid Assessment Procedures/Procedimientos de Evaluación Rápidos). Esta metodología fue seleccionada ya que ha sido usada en experiencias de evaluación de programas en salud y



permite recoger información centrada en la perspectiva de los actores beneficiarios de dichos programas (Weiss et al. 2000<sup>46</sup>; Scrimshaw et al.<sup>47</sup>, 1991; Utarini et al. 2003<sup>48</sup>). Así mismo, esta metodología se encontró como pertinente ya que está diseñada para recoger información en un periodo corto de tiempo (Heinrich et.al, 2007<sup>49</sup>).

Por otra parte, se tuvieron en cuenta los lineamientos para la elaboración de guías alimentarias basadas en alimentos (GABAS) desarrollados por diferentes entidades<sup>50,51,52,53,54</sup>, y por experiencias que han tenido otros países en su implementación<sup>55,56,57</sup>.

El proceso de validación técnica tanto del ícono como de los mensajes, a nivel territorial, fue desarrollado por un equipo de 6 antropólogas y sociólogas, con el acompañamiento técnico de un equipo técnico conformado por referentes del ICBF, la FAO y el INS.

- 
- 46 Weiss W, Bolton P y Shankar A. Rapid assessment procedures (RAP) Addressing the Perceived Needs of Refugees & Internally Displaced Persons Through Participatory Learning and Action. 2000, Johns Hopkins University.
- 47 Scrimshaw S, Carballo M, Ramos L, Blair B. 1991. The AIDS Rapid Anthropological Assessment Procedures: A Tool for Health Education Planning and Evaluation. 18(1): 111-123.
- 48 Utarini Adi, Winkvist Anna y Fahmi Maria Ulf. Rapid assessment procedures of malaria in low endemic countries: community perceptions in Jepara district, Indonesia. 2003, Social Science & Medicine, 56 (4) 701-712.
- 49 Heinrich J, Scrimshaw SC, Chavez N y Sullivan M. Food and Fitness for Children and Families: A rapid Assessment Tool. University of Illinois at Chicago. Draft 28, 2007.
- 50 World Health Organization. Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines, Report of a joint FAO/WHO consultation. Nicosia, Cyprus, Geneva, 1996.
- 51 World Health Organization. Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines, REport of a joint FAO/WHO consultation. Nicosia, Cyprus, Geneva, 1998.
- 52 Peña M, Molina V. Food Based Dietary Guidelines and Health Promotion in Latin America. Washington, DC: Pan American Health Organization and Institute of Nutrition of Central America and Panamá; 1999.
- 53 FAO. Developing Food-based Dietary Guidelines: A Manual for the English-speaking Caribbean. In press. 2007
- 54 FAO & Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (ILSI). Taller sobre guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) y educación en nutrición para el público. Quito, Ecuador. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 1998.
- 55 Britten P, Haven J, Davis C. Consumer Research for Development of Educational Messages for the MyPyramid Food Guidance System. J Nutr Educ Behav. 2006; 38: s108.s123.
- 56 Albert J., Samuda P., Molina, V., Regis, T., Merlyn, S., Finlay B., et al. Developing Food-Based Dietary Guidelines to Promote Healthy Diets and Lifestyles in the Eastern Caribbean. Nutr Educ Behav. 2007. Vol. 39. Pp. 343-350.
57. Molina, V. Guías alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las guías alimentarias. Anal Ven Nutr. 2008. Vol. 21, No. 1. Pp. 31-41.



#### 4.7.2 Muestreo

Considerando la naturaleza cualitativa de este estudio, el tipo de muestreo no es de tipo probabilístico y por tanto no busca representatividad estadística. Este componente tuvo un muestreo por conveniencia (Purposive Sample) en el cual los participantes fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios predeterminados como relevantes para los objetivos de la investigación.

En este sentido, la selección de los municipios en los que se recogió la información cualitativa se hizo teniendo en cuenta la clasificación del país en 7 regiones geográficas que abarcan la totalidad del país. Estas regiones son:

- Región Caribe: La Guajira (Riohacha, Manaure)
- Orinoquía: Vichada (Puerto Carreño)
- Andina: región cundiboyacense (Chiquinquirá, Tunja),
- Bogotá D. C., Antioquia (Medellín, Girardota), Valle del Cauca (Cali, Yumbo).
- Pacífica: Valle del Cauca (Buenaventura)

Esta selección tuvo en cuenta la participación de población de áreas urbanas y rurales, convocada a través de las secretarías de salud de los departamentos y municipios seleccionados, considerando su asistencia a controles prenatales, cursos para la preparación de la maternidad y la paternidad y la atención crecimiento y desarrollo. También se hizo la convocatoria a través de instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) y de programas del ICBF.

El tamaño de la muestra se determinó por saturación teórica, esto quiere decir que en la medida en que los datos obtenidos no proporcionen índices temáticos, categorías de análisis o información nueva, se finalizará la aplicación de los instrumentos y se iniciará con el proceso de análisis. Aunque no es posible predeterminar el tamaño de una muestra cualitativa, las experiencias de validación de las guías alimentarias reportaron entre 48 y 178 participantes (en esta validación participaron 217 personas, en 15 grupos focales y 67 entrevistas). La metodología de validación se describe con mayor detalle en el Anexo E.

#### Síntesis de resultados de la validación en campo

- **Ícono**
- En general, las participantes asociaron el ícono con alimentos y alimentación saludable, consideraron que representa la cantidad o proporción de cada uno de los grupos de alimentos que se deben consumir, en la alimentación diaria, especialmente en el tiempo de almuerzo.
- En 4 de las 11 ciudades se identificó el ícono como el plato de las familias colombianas. En estos lugares, las mujeres tenían conocimiento del ícono y del concepto por su participación en programas institucionales como IRACA, ICBF, Buen Comer y Primero Mil días. Igualmente, las mujeres gestantes con condiciones nutricionales especiales, tenían conocimiento del ícono debido a que había sido utilizado en los controles y a algunas se les había entregado una copia para que siguieran las recomendaciones. Llamó la atención



el caso de Chiquinquirá donde las mujeres no solo reconocían el ícono, sino que además sabían que se llamaba el “Plato saludable de la familia colombiana”. Se puede evidenciar que las mujeres comprenden mejor el ícono cuando han tenido explicaciones detalladas previas del mismo y, además, cuando lo han usado como guía para su alimentación.

- Se consideró que se dirige a la población en general y no solamente a gestantes, mujeres en período de lactancia o a menores de 2 años.
- La mayoría consideró que el plato representa una alimentación saludable ya que contiene alimentos saludables, variados, balanceados y nutritivos que se deben consumir. En este sentido, el plato se entiende como una recomendación alimentaria, el deber ser de la alimentación o un esquema de alimentación saludable.
- Se encontró relación entre el tamaño de la división y el tamaño de la porción de alimentos que se debe consumir. En este sentido, consideraron que se debe consumir mayor cantidad de cereales, lácteos y frutas y verduras y consumir también de los otros grupos de alimentos, pero en menor cantidad.
- En cuanto al vaso de agua, la mayoría de las mujeres participantes comprendió lo que es, pocas consideraron que es un vaso con alguna bebida diferente al agua, como jugo, “el jugo del almuerzo”.
- La percepción general frente a las siluetas es que estas son representaciones de la familia, ya sean tipos de familias o etapas de las familias o ciclos de la vida. Para las personas que identificaron las imágenes con un ciclo de vida, estas se encuentran en desorden, el orden sugerido sería de izquierda a derecha: primero la gestante, segundo la madre con el bebé, tercero la madre con dos niños y cuarto el padre con niños grandes.
- Las participantes no establecieron una relación entre las figuras y el gráfico de los alimentos. Igualmente, consideraron que las figuras no transmiten un mensaje dirigido a la población gestante, mujeres en período de lactancia y menores de 2 años. Tampoco consideraron que las siluetas representen actividad física o recreación.

## MENSAJES

### • MENSAJES PARA MUJERES GESTANTES

#### *Mensaje 1:*

**Por la salud de la mujer gestante y la de su bebé, consuma y disfrute en familia alimentos frescos, variados y naturales como lo indica el «Plato saludable de la familia colombiana»**

- Comprenden que es un mensaje dirigido a ellas como mujeres gestantes, para cuidar de su alimentación y la de su hijo. Entienden la relación entre su alimentación y la salud de su hijo, en ese sentido saben que deben comer de manera saludable. Lo saludable está relacionado



con variado, balanceado, a horas y con frecuencia, además se asocia a la restricción de algunos alimentos por ser grasos, bebidas negras, comida chatarra, granos, entre otros.

- Dado que la atención se concentra en la recomendación de comer fresco, variado y natural, se sugiere quitar la recomendación de “consuman y disfruten en familia”. Además, se considera que esta recomendación se repite en el siguiente mensaje, por lo cual la dejarían en solo un mensaje.

### **Mensaje 2:**

#### **Durante la gestación y lactancia, comparte y disfrute con su familia alimentos saludables de nuestras comidas tradicionales.**

- La comprensión del mensaje se centra en la idea de alimentarse en familia, pero no en comer comidas tradicionales. Comprenden que disfrutar con su familia es comer con toda la familia o al menos no comer solas. No se comprende si con comida tradicional se trata del plato típico o la comida que se hace cotidianamente.
- La recomendación acerca de comer en familia se facilita debido a la percepción positiva que tiene la mayoría sobre esta. La facilidad frente a la recomendación de alimentos tradicionales se limita dado que muchas consideran que no todos los alimentos tradicionales son saludables y por lo tanto no los consumen. En población indígena se identifica como barrera la pérdida de autonomía alimentaria.

### **Mensaje 3:**

#### **Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, gaseosas, bebidas azucaradas, bebidas energizantes y productos de paquete**

- Las mujeres gestantes comprenden que los alimentos procesados traen efectos negativos en su salud y la salud del bebé al consumirlos durante el embarazo y su consumo se asocia a facilidades o dificultades que puedan tener durante el parto. Relacionan el mensaje con prevención de enfermedades propias de la gestación como la preclamsia y la diabetes gestacional.
- Como facilidad se identifica el conocimiento que tienen las mujeres sobre estos alimentos y sus efectos adversos en su salud y la de sus hijos. También se facilita porque, en algunas regiones, son alimentos costosos y por tanto no pueden acceder a ellos ni consumirlos.
- Como barrera, se considera el gusto por estos productos y los antojos que produce el embarazo. Adicionalmente, creen que es más rápido y práctico comprar estos productos que preparar alimentos en el hogar.

### **Mensaje 4:**

#### **Para tener una presión arterial normal y un embarazo saludable reduzca el consumo de sal/sodio y evite alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete.**

- Llevar a cabo esta recomendación se facilita por el costo de las carnes embutidas y los enlatados. Adicionalmente, la educación que realizan los médicos y agentes de salud mediante los controles prenatales les muestra los efectos negativos por el consumo de estos alimentos.



**Mensaje 5:**

**Asista desde el comienzo de su gestación al control prenatal, esto contribuye a su buen estado de salud y el de su bebé.**

- El mensaje se entiende desde la importancia de asistir a los controles para monitorear la salud del bebé y de la madre, pero no se hace mención a “desde el comienzo de la gestación”.
- La recomendación se facilita por tener aseguramiento a la salud. Las experiencias previas de pérdida de bebés e influencia familiar y social les permite ser conscientes de la necesidad de ir a los controles.

- **MENSAJES PARA MADRES EN PERÍODO DE LACTANCIA**

**Mensaje 1:**

**Para controlar su peso, estar mejor emocionalmente y tener un mejor estado de salud, brinde leche materna a su bebé, aliméntese de manera saludable y realice actividad física.**

- La frase “brinde leche materna a su bebé, aliméntese de manera saludable” se relaciona directamente con la salud del bebé ya que la leche materna es el mejor alimento y si la madre se alimenta de forma saludable le transmite ese alimento al bebé a través de la leche materna.
- Se invisibiliza el tema de controlar el peso, estar bien emocionalmente y tener un mejor estado de salud, así como realizar actividad física ya que no hay una relación directa con la salud y bienestar del bebé.
- Como principal barrera se identifica que las mujeres no relacionan los beneficios de la lactancia materna con beneficios hacia ellas, sino solo hacia sus hijos. En este sentido, consideran que la emoción de la mujer es un imperativo para que el niño esté bien. Mencionan que no tienen tiempo para realizar actividad física o no cuentan con ayuda para cuidar el bebé. Por otra parte, alimentarse saludablemente no siempre es fácil por limitaciones económicas.

**Mensaje 2:**

**Las mujeres gestantes y en periodo de lactancia necesitan comer un poco más; aumente el consumo de agua, carnes, vísceras, pescados, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras.**

- Inicialmente, la comprensión del mensaje se concentra en que las mamás deben alimentarse adecuadamente debido a que todo lo que ellas consumen será transmitido a sus hijos por medio de la leche.
- El mensaje se puede implementar parcialmente y no en todas las regiones. Algunas mujeres consideran que se puede aumentar el consumo de vísceras y huevos, pero no de pescado debido al alto costo que este tiene.



**Mensaje 3:**

**Como sociedad seamos solidarios y comprometidos con las mujeres gestantes y en periodo de lactancia, apoyémoslas y propiciemos entornos amigables para ellas.**

- Se identifican más barreras que facilidades, especialmente relacionadas con el desconocimiento de las mujeres frente a sus derechos para dar leche materna, así como no percibir que requieren apoyo para hacerlo. Las mujeres que trabajan desconocen sus derechos para alimentar a sus hijos como hora de lactancia y desconocen el tema de la extracción de leche.

- **Mensajes para niños y niñas menores de 2 años**

**Mensaje 1:**

**Para que los niños y niñas crezcan sanos, inteligentes, seguros y afectuosos, apoye a las madres para que practiquen la lactancia materna exclusiva, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.**

- En general, se comprende que es una invitación a que las mujeres den el mayor tiempo posible leche materna a sus hijos, teniendo en cuenta que esta brinda más beneficios que otros alimentos.
- Por lactancia materna exclusiva se entiende que es dar solo leche materna durante los primeros 6 meses. Se comprende la relación entre lactancia materna y la salud física y emocional del bebé.
- Las participantes no señalan lo de seguros e inteligentes y luego no establecen el vínculo entre estos y la lactancia.
- Como facilidades, algunas madres consideran que tienen buena producción de leche materna y son conscientes de los beneficios de alimentar a su bebé con leche materna. Adicionalmente, muchas son amas de casa y pueden estar con sus hijos la mayor parte del tiempo. También resaltan la educación que recibieron por parte de programas institucionales y controles prenatales.
- Como barreras, se identifican: la baja producción de leche, tener que salir a trabajar antes de que sus hijos cumplen seis meses y la falta de preparación y educación en temas de lactancia materna exclusiva.

**Mensaje 2:**

**Como trabajador y agente de la salud promueva, proteja y apoye la lactancia materna, no regale leches de tarro.**

- • Se comprende que ellas, como mamás, no deben dar leche de fórmula a sus hijos. En este sentido, las madres comprenden que, por sus beneficios, deben brindar leche materna a sus bebés. No se comprende que el mensaje va dirigido hacia los trabajadores y agentes de la salud, solo si se explica.
- • Como una de las limitaciones, la mayoría de las madres manifiesta no haber recibido indicaciones o asesoría sobre cómo estimular y prolongar la lactancia materna exclusiva en situaciones difíciles como la baja producción, problemas físicos y el inicio de la actividad laboral.



**Mensaje 3:**

**Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas, ofrezca a partir de los 6 meses de edad alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continúe amamantando hasta los 2 años o más.**

- Se comprende que desde los 6 meses de edad es necesario incorporar, en la dieta de los niños, alimentos nutritivos diferentes a la leche materna, preferiblemente que sean preparados en casa y libres de conservantes o químicos.
- Por fresco se entiende: alimentos recién preparados, que no estén dañados, que tengan una buena apariencia, que no estén vencidos y que estén limpios.
- Lo natural se asocia con frutas y verduras, con alimentos que no sean procesados, que no tenga químicos, que no sean de fábrica y que estén hechos en casa.
- Por variado se entiende: comer de todo, comer diferentes preparaciones y alimentos de los distintos grupos de alimentos, durante un mismo día.

**Mensaje 4:**

**Desde los seis meses de edad ofrezca a los niños y niñas la diversidad de alimentos y preparaciones propias de sus territorios, para fortalecer su identidad cultural debe comenzar la alimentación complementaria desde los 6 meses y no antes.**

- La mayoría de mujeres comprende que debe acostumbrar a sus hijos a alimentos que se producen en su territorio y que se consumen cotidianamente.
- Las mujeres consideran que las preparaciones propias de su región no son adecuadas para los menores de 2 años. Ofrecen los productos propios de la zona con preparaciones menos elaboradas para acostumbrarlos paulatinamente a sus prácticas alimentarias, aunque hay algunas excepciones, en casos en que las madres consideren los alimentos “pesados” o dañinos para ellos.
- Sugieren reemplazar la expresión “identidad cultural” por uno que se entienda más fácil.
- Quitar la palabra “preparaciones” pues se identificó que las preparaciones no se ofrecen a los menores de 2 años al considerarlas inadecuadas.

**Mensaje 5:**

**Para el bienestar de la familia y el desarrollo de los niños y las niñas, promueva experiencias que involucren el juego, la exploración del medio y el movimiento.**

- Las personas retienen únicamente la última parte del mensaje y lo parafrasean con frases como “Sí, yo le dejo jugar”, “Que se mueva”, “Yo sí la dejo”.
- Entienden la importancia de que sus hijos sean activos y los beneficios de esto. No comprenden la expresión “exploración del medio” y en algunos casos lo relacionan con el medioambiente. No se comprende muy bien la relación entre el juego y el bienestar de la familia.
- Se sugiere utilizar un sinónimo para la expresión “exploración del medio” que sea comprensible.
- Se recomienda un mensaje más directo, por ejemplo: “procure jugar con su hijo todos los días”.



**Mensaje 6:**

**En torno a la alimentación se fortalecen los vínculos afectivos y la comunicación, acompañe a los niños y niñas para compartir estos momentos en familia y evite el uso de la televisión, teléfonos y demás distractores.**

- Lo primero que captan del mensaje es la última parte de este que habla sobre el evitar distractores, pero no lo relacionan con el momento de la alimentación. Incluso, la mayoría de mujeres habla del uso de tecnologías por los niños, en momentos diferentes del día, ya sea cuando se levantan, cuando la madre está haciendo oficio y no puede atenderlos o para irse a dormir.
- Sugerir que el mensaje se amplíe para los padres de familia, quienes también hacen uso de dispositivos electrónicos durante los tiempos de comida.

**Mensaje 7:**

**Acompañe siempre a los niños y las niñas en los momentos de la alimentación, permita el contacto con los alimentos para que experimenten de forma segura sus texturas, olores, sabores, sin convertirlos en premios o castigos.**

- La gente entiende la segunda recomendación del mensaje: experimenten de forma segura sus texturas, olores, sabores. En este sentido, consideran que deben dejar que los niños toquen los alimentos para que los conozcan mejor. Sin embargo, muchas madres no le ven la importancia de dejar que sus hijos experimenten con los alimentos.
- La primera parte del mensaje pasa desapercibida y no es mencionada. Igualmente, no mencionan lo relacionado a premios y castigos y cuando se indaga, no se entienden qué significa. Se cuestionan si obligar a los niños a comer sea un castigo.
- Las mujeres que están en programas institucionales saben de los beneficios que trae para sus hijos el experimentar con los alimentos; sin embargo, consideran que es una práctica que demanda tiempo.
- Adicionalmente, se tiene la creencia de que la comida no se debe desperdiciar y con esta recomendación el niño lo haría y las madres no estarían tranquilas ya que no consideran que de esta manera los niños se alimenten bien.

**Mensaje 8:**

**Desde el nacimiento no ofrezca a sus niños y niñas leches de tarro, compotas listas para consumir, cereales de caja, productos de paquete, comidas rápidas y bebidas azucaradas, por su gran contenido de sustancias artificiales, azúcar, sal y grasas que causan sobrepeso, obesidad y otras enfermedades a lo largo de su vida.**

- El mensaje se comprende como: no dar alimentos artificiales que hacen daño a los niños.
- También se facilita en la medida en que la mayoría son mujeres que no trabajan y al estar en el hogar preparan los alimentos a sus hijos lo cual disminuye la necesidad de comprar alimentos procesados. Adicionalmente, el hecho de que sus hijos participen en programas alimentarios del Estado que ofrecen alimentación variada y saludable permite disminuir el consumo de estos alimentos.
- Como barrera se identifica el hecho de que, para algunas mujeres, ofrecer estos alimentos facilita sus actividades cotidianas ya que demandan menos tiempo en la preparación.



- **MENSAJE TRANSVERSAL**

**No confíe en toda la información sobre alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación. Para proteger la salud y nutrición de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 2 años, siga las recomendaciones del “Plato saludable de la familia colombiana”.**

- Solo se comprende lo relacionado con los medios de comunicación, lo parafrasean como: no confiar en los mensajes de alimentación de los medios de comunicación.
- La recomendación sobre el “Plato saludable de la familia colombiana” no es de alta recordación. Adicionalmente, cuando se pregunta sobre el plato varias mujeres no relacionan la expresión del plato con el ícono.

#### 4.8. FASE 8: Documento técnico, material educativo y plan de divulgación

Una vez se contó con los resultados de las fases anteriores, se procedió a avanzar en el desarrollo del documento técnico, que corresponde a este informe en el que se presenta con detalle el desarrollo metodológico del proceso y los productos finales relacionados con el ícono, mensajes, metas nutricionales y patrones alimentarios.

De forma paralela con este documento, y como herramientas educativas, se diseñaron infografías para cada uno de los mensajes, así como un manual del facilitador, que se convierten en piezas clave para el proceso de divulgación. Para este proceso también se establecerá un plan que facilite la apropiación de las guías alimentarias.

En esta sección del documento se presentan los resultados del proceso de construcción de las guías alimentarias.

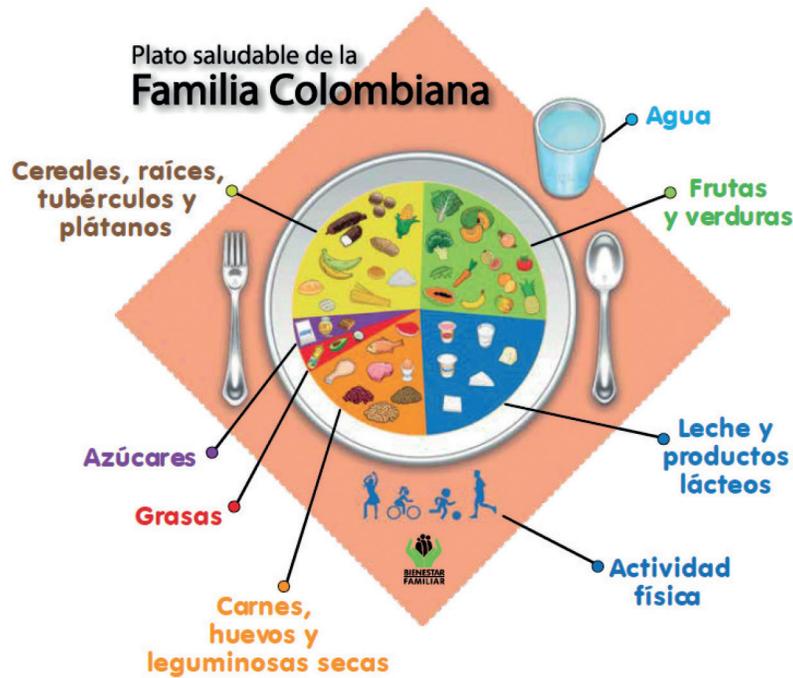
##### 4.8.1. Ajustes al ícono y a los mensajes de las GABA

###### Ícono

Considerando los resultados de las pruebas de campo, entre ellos, que aún no se identifica el “plato saludable para la familia colombiana” en algunos territorios y que la inclusión de las figuras de las familias gestantes y lactantes no fueron identificadas, de acuerdo con el propósito original de su inclusión.

De acuerdo con lo anterior, se toma la decisión de mantener el ícono de las guías alimentarias presentado en las guías alimentarias para población mayor de 2 años, en consideración a que este representa en general la orientación de una alimentación saludable para la población colombiana; además, se considera necesario posicionar aún más esta herramienta como parte de la implementación de las GABA. De tal manera, el ícono que representa a las guías es el siguiente:





El ícono de las guías es un plato que reúne los alimentos en 6 grupos e incluye el consumo de agua y la práctica de actividad física; importantes para la buena salud.

Como lo indica el manual del facilitador de las guías alimentarias para mayores de 2 años, el plato saludable de la familia colombiana contribuye a elegir una alimentación variada. Indica que en cada tiempo de comida se deben incluir alimentos de todos los grupos o su mayoría, en cantidades o porciones adecuadas.

Por otra parte, los alimentos representados en el Plato saludable de la familia colombiana invitan a comer más alimentos frescos y menos procesados industrialmente, ya que estos pueden contener azúcares, sodio y grasa añadidos, que los hacen poco saludables.

También promueve el consumo de los alimentos que se producen y preparan en las diferentes regiones del país y que hacen parte de la cultura colombiana, especialmente cuando están en cosecha ya que se pueden obtener o comprar a mejor precio.

Adicionalmente, y con la misma importancia, insta a consumir agua durante el día y a realizar actividad física.

## Mensajes

Con base en los resultados de las pruebas de campo se afinaron los mensajes de las GABA, tomando en consideración los saberes y sentires de la población, obteniendo la versión final de los mensajes de la siguiente manera:



**Mujeres gestantes**

No.	GRUPO DE MUJERES GESTANTES
1	Por su salud y la de su bebé, consuma alimentos frescos, variados y naturales, como lo indica el "Plato Saludable de la familia colombiana".
2	Comparta y disfrute en compañía, alimentos tradicionales y saludables.
3	Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, gaseosas, bebidas azucaradas, bebidas energizantes y productos de paquete.
4	Para tener un embarazo saludable, reduzca el consumo de sal y evite carnes frías, salsas, caldos en cubo y sopas de sobre.
5	Asista a los controles prenatales desde que se entere que está embarazada, esto contribuye a su buen estado de salud y el de su bebé.

**Madres en Período de Lactancia**

No.	GRUPO DE MADRES EN PERIODO DE LACTANCIA
1	Alimente a su bebé con leche materna, esto contribuye a recuperar su peso, prevenir el cáncer de mama, de ovario y fortalece el vínculo entre madre e hijo.
2	Aumente el consumo de agua y prefiera alimentos como carnes, vísceras, pescado, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras.
3	Como mujer lactante tiene el derecho a que su pareja, familia y sociedad la apoyen para hacer de la lactancia materna una práctica exitosa.

**Niños y niñas menores de 2 años**

No.	GRUPO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS
1	Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas, ofrezca a partir de los 6 meses de edad alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continúe amamantando hasta los 2 años o más.
2	Desde los 6 meses de edad ofrezca a los niños y niñas la diversidad de alimentos propios de su territorio.
3	Permita al bebé el contacto con los alimentos mientras come, para que experimente de manera segura sus texturas, olores y sabores.
4	No ofrezca a su niño o niña leches de tarro, compotas comerciales, cereales de caja para bebés, productos de paquete, carnes frías, comidas rápidas y bebidas azucaradas.
5	Para el desarrollo de los niños y las niñas promueva actividades que involucren el juego y el movimiento.
6	En el momento de la alimentación evite la televisión, teléfono y otras distracciones.
7	Para el desarrollo de los niños y las niñas promueva actividades que involucren el juego y el movimiento.
8	En el momento de la alimentación evite la televisión, teléfono y otras distracciones.





## Transversal

No.	GRUPO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS
1	Reflexione sobre la información y publicidad de alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación, no toda está orientada a favorecer su salud y nutrición. Consulte las guías alimentarias basadas en alimentos.

### 4.8.2. Metas nutricionales

Tomando como referencia lo dispuesto en la Resolución No. 3803 del 22 de agosto del 2016, por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana y se dictan otras disposiciones, se definieron las metas nutricionales en términos de energía, macronutrientes y micronutrientes críticos.

Tabla 9. Definición de metas nutricionales por grupos de edad

#### A. Energía y distribución de macronutrientes por AMDR\*

Grupo de edad	Energía (kcal)	Proteína (g)	Grasa (g)	Carbohidratos (g)
Niños y niñas menores de 6 meses	556,85	9,5	31	60
Niños y niñas de 6 a 11 meses	698,14	12	30	95
Niños de 12 a 23 meses**	950	35,6	36,9	118,8
Niñas de 12 a 23 meses**	850	31,9	33,1	106,3
Mujeres gestantes de 14 a 17 años (primer trimestre)	2185	92,9	72,8	289,5
Mujeres gestantes de 14 a 17 años (segundo trimestre)	2385	101,4	79,5	316,0
Mujeres gestantes de 14 a 17 años (tercer trimestre)	2575	109,4	85,8	341,2
Mujeres gestantes de 18 a 50 años (primer trimestre)	2185	92,9	72,8	289,5
Mujeres gestantes de 18 a 50 años (segundo trimestre)	2385	101,4	79,5	316,0
Mujeres gestantes de 18 a 50 años (tercer trimestre)	2575	109,4	85,8	341,2
Madres en período de lactancia de 14 a 17 años (primer semestre)	2605	110,7	86,8	345,2
Madres en período de lactancia de 14 a 17 años (segundo semestre)	2560	108,8	85,3	339,2
Madres en período de lactancia de 18 a 50 años (primer semestre)	2605	110,7	86,8	345,2
Madres en período de lactancia de 18 a 50 años (segundo semestre)	2560	108,8	85,3	339,2

Fuente: elaboración del CTNGA, según Resolución 3803 de agosto del 2016.

\* AMDR: Acceptable Macronutrient Distribution Range (Rango Aceptable de Distribución de Macronutrientes).

\*\* Actividad física moderada.

## B. Distribución de grasa

Grupo de edad	AMDR de grasa	Distribución por tipo*
Niños y niñas menores de 6 meses	No aplica	No aplica
Niños y niñas de 6 a 11 meses		
Niños de 12 a 23 meses**	35%	Poliinsaturadas 10% Monoinsaturadas 15% Saturadas 10%
Niñas de 12 a 23 meses**		
Mujeres gestantes de 14 a 17 años (primer trimestre)	30%	Poliinsaturadas 10% Monoinsaturadas 10% Saturadas 10%
Mujeres gestantes de 14 a 17 años (segundo trimestre)		
Mujeres gestantes de 14 a 17 años (tercer trimestre)		
Mujeres gestantes de 18 a 50 años (primer trimestre)		
Mujeres gestantes de 18 a 50 años (segundo trimestre)		
Mujeres gestantes de 18 a 50 años (tercer trimestre)		
Madres en período de lactancia de 14 a 17 años (primer semestre)		
Madres en período de lactancia de 14 a 17 años (segundo semestre)		
Madres en período de lactancia de 18 a 50 años (primer semestre)		
Madres en período de lactancia de 18 a 50 años (segundo semestre)		

Fuente: elaboración del CTNGA, según Resolución 3803 de agosto del 2016.

\* Ambos sexos.

## C. Micronutrientes

Grupo de edad	Calcio (mg)	Hierro (mg)	Zinc (mg)	Vitamina A (ER)	Ácido fólico (ug)
Niños y niñas menores de 6 meses (AI)	200,0	0,3	2	400	6,5
Niños y niñas de 6 a 11 meses (AI)	260	6,9	2,5	500	7,1
Niños de 12 a 23 meses (EAR)	500	4,5	2,5	210,0	120
Mujeres gestantes de 14 a 17 años (EAR)	1100	34	8,5	530	520
Mujeres gestantes de 18 a 50 años (EAR)	800	33	9	550	520
Madres en período de lactancia de 14 a 17 años (EAR)	1100	10,5	9	885	450
Madres en período de lactancia de 18 a 50 años (EAR)	800	9,8	10	900	450

Fuente: elaboración del CTNGA, según Resolución 3803 de agosto del 2016.

## 4.8.3 Patrón alimentario por grupo poblacional

## Mujeres gestantes y madres en período de lactancia

Para el caso de las mujeres gestantes y madres en período de lactancia se tomó como referencia la información contenida en las guías alimentarias para la población mayor de 2 años, en consideración a que tanto los grupos de alimentos como las porciones e intercambios que consumen estos grupos poblacionales son los mismos; la diferencia radica en las recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes. Los alimentos relacionados se basan en los contenidos en la lista de intercambios de la Universidad de Antioquia<sup>58</sup>.



De acuerdo con lo anterior, el CTNGA revisó el listado de alimentos en el que se representan los intercambios definidos para cada uno de ellos, de tal forma que se evaluó la pertinencia de la inclusión de algunos de ellos y la incorporación de otros. Producto de este ejercicio, se actualizó el listado de alimentos por grupo, a partir del cual se definió el patrón de consumo tanto para mujeres gestantes como para madres en período de lactancia. El aporte nutricional de referencia se mantiene de acuerdo con lo propuesto en las guías alimentarias para la población colombiana mayor de 2 años.

**Tabla 10. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo I**

Intercambio estandarizado Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos Subgrupo I . Cereales		
Alimento	Peso (gr/ml) Intercambio	Medida casera
Almojábana	31	1 unidad grande
Arepa delgada de maíz blanco trillado	56	1 unidad pequeña
Arepa redonda de maíz blanco trillado	52	1 unidad grande
Arroz blanco, cocido	80	6 cucharadas soperas colmadas
Arroz integral, cocido	81	8 cucharadas soperas colmadas o 2/3 de pocillo
Avena en hojuelas	24	4 cucharadas soperas colmadas
Cebada perlada, cocida	72	2 a 5 cucharadas soperas colmadas
Arroz soperero	23	2/3 de pocillo chocolatero
Hojuelas de maíz	25	2/3 de pocillo chocolatero
Crispetas - Maíz pira	27	1/2 pocillo
Cuchuco de cebada	27	4 cucharadas soperas colmadas
Pasta larga, cocida	64	2/3 de pocillo chocolatero
Cereal en aros	20	2/3 de pocillo chocolatero
Galletas integrales	20	2 unidades (Tablas)
Galletas con sabor a queso	18	5 unidades
Galletas de soda	24	3 unidades (tablas)
Cucas	19	Unidad pequeña
Harina de arroz blanco	25	2 cucharadas soperas colmadas
Harina de maíz blanco trillado	25	2 cucharadas soperas
Harina de trigo refinada fortificada	25	4 cucharadas soperas
Pasta corta, cocida	64	2/3 de pocillo chocolatero
Maicena (almidón de maíz)	25	4 cucharadas soperas rasas
Maíz tierno o choclo, amarillo enlatado	110	8 cucharadas soperas colmadas
Palitos o palitroques	22	2 unidades



Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo I. Cereales		
Pan blanco	22	1 tajada delgada
Pan centeno	35	1 tajada mediana
Pan de salvado de avena	38	1 tajada mediana
Pan integral	32	1 tajada mediana
Pan pita o árabe	25	1/2 unidad pequeña
Pan de queso	28	1 unidad pequeña
Pan de yuca	20	2 unidades
Ponqué	30	1 trozo pequeño
Tostada integral	gr	1 unidad mediana
Tostada o calado	32	1 unidad mediana

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 11. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo II. Raíces		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Arracacha sin cáscara, cruda	96	1 trozo pequeño
Ñame sin cáscara, cocido	78	1 trozo pequeño
Yuca blanca cruda	62	1 trozo mediano

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 12. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo III

Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo III. Tubérculos		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Batata cocida sin cáscara	100	1 trozo pequeño
Cubios o ullucos crudos	155	2 unidades grandes
Chuguas crudas	155	9 unidades grandes
Papa común, cocida	83	1 unidad mediana
Papa criolla, cocida	108	3 unidades medianas

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.



Tabla 13. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo IV

Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo IV. Plátanos		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Plátano verde sin cáscara	78	1/2 unidad mediana
Plátano colí o guineo crudo	88	1 unidad mediana
Harina de plátano	24	2 cucharadas sopera
Plátano hartón maduro sin cáscara cocido	66	1/4 unidad mediana

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 14. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo II / Subgrupo I

Intercambio estandarizado		
Grupo II Frutas y verduras		
Subgrupo I. Frutas		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Banano común	65	1/2 unidad grande
Borojó	54	2/3 pocillo
Chirimoya	92	1/2 unidad mediana
Chontaduro	27	1 unidad pequeña
Ciruela claudia	93	1 unidad mediana
Ciruela común	60	12 unidades
Curuba	198	5 unidades
Feijoa	117	3 unidades pequeñas
Fresas	161	9 unidades medianas
Granadilla	109	1 unidad grande
Guanábana	100	4 cucharadas soperas
Guayaba común	100	1 unidad grande
Higo	122	2 unidades pequeñas
Kiwi	82	Unidad mediana
Lulo jugo	200	1 vaso mediano
Mandarina	105	1 unidad mediana
Mango	112	1 unidad pequeña
Manzana	112	1 unidad pequeña
Maracuyá	97	2 unidades medianas
Melón	126	1 tajada delgada



Intercambio estandarizado		
Grupo II Frutas y verduras		
Subgrupo I. Frutas		
Moras de castilla	216	38 unidades
Naranja	147	1 unidad pequeña
Papaya	128	1 trozo mediano
Papayuela	312	1 unidad mediana
Pera	133	1/2 unidad mediana
Piña	115	1 tajada delgada
Pitahaya	110	1 unidad mediana
Tomate de árbol	172	2 unidades medianas
Uchuvas	69	13 unidades medianas
Uva blanca	135	20 unidades pequeñas
Zapote	123	1 unidad mediana

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 15. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo II / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo II Frutas y verduras		
Subgrupo II. Verduras		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Arveja verde	42	3 cucharadas soperas
Ahuyama o zapallo	68	1 trozo mediano
Cebolla puerro	50	1 tallo grueso
Cebolla cabezona	54	6 rodajas delgadas
Champiñones	93	1/2 pocillo chocolatero
Cidrayota o guatila	177	2 unidades medianas
Coliflor	86	3 gajos pequeños
Pimentón rojo	88	1/2 unidad mediana
Remolacha	57	1/2 unidad pequeña
Repollo morado	120	2 pocillos chocolate
Tomate rojo	126	1 unidad grande
Tomate verde (riñón)	100	4 rodajas delgadas
Zanahoria	58	1/2 pocillo chocolatero

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.



Tabla 16. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo III / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo III Leche y productos lácteos		
Subgrupo II - A. Productos lácteos grasa entera		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Kumis	150	1 vaso pequeño
Yogur	150	1 vaso pequeño
Quesito	30	1 tajada delgada
Cuajada de leche de vaca	34	1 tajada delgada mediana
Queso americano	24	1 lonchita
Queso campesino	20	1 tajada pequeña delgada
Queso sabana (Edam)	22	1 tajada delgada
Queso mozzarella de leche entera	28	1 tajada semigruesa
Queso parmesano rallado	18	2 cucharadas soperas
Queso ricotta de leche entera	46	6 cucharadas soperas

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 17. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo III / Subgrupo II

Grupo III Leche y productos lácteos		
Subgrupo I - B. Lácteos con reducción de grasa		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Leche baja en grasa	200	1 vaso mediano
Leche en polvo baja en grasa	25	5 cucharadas soperas

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.



**Tabla 18. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV/Subgrupo I-A**

Intercambio estandarizado		
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas		
Subgrupo I-A. Carnes magras crudas		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Bagre carne y piel	70	1/3 de filete pequeño
Carne de cerdo	60	1/8 de libra
Carne de res	60	1/8 de libra
Carne de ternera	60	1/8 de libra
Contramuslo carne sin piel cruda sin hueso	60	1 unidad mediana
Muslo de pollo sin hueso y sin piel	60	1 unidad mediana
Pargo, especies mezcladas	60	1 trozo pequeño
Pechuga de pollo sin hueso sin piel	60	1/4 de unidad mediana
Salmón rosado	60	1 trozo pequeño
Trucha arco iris	60	1/2 unidad pequeña
Jamón	84	4 tajadas
Morcilla	80	1 unidad mediana

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

**Tabla 19. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV / Subgrupo I-B**

Intercambio estandarizado		
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas		
Subgrupo I-B. Productos altos en grasas saturadas y colesterol		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Contramuslo de pollo sin hueso y con piel	66	1 unidad mediana
Camarón, especies mezcladas	62	37 unidades pequeñas
Alas de pollo	56	1 unidad grande
Hígado de pollo	72	2 unidades medianas
Lengua de res	83	1/6 de libra
Langostinos especies mezcladas	75	3 unidades medianas
Callo o panza o mondongo	100	1/5 de libra

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.



Tabla 20. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas		
Subgrupo II. Huevos		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Huevo de codorniz crudo	50	5 unidades pequeñas
Huevo de gallina crudo	50	1 unidad pequeña

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 21. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV/Subgrupo III

Intercambio estandarizado		
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas		
Subgrupo III. Leguminosas secas cocidas y mezclas vegetales cocidas		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Frijol cargamanto rosado con plátano verde*	60	1/2 cucharón
Frijol verde con plátano verde*	60	1/2 cucharón
Frijol cargamanto blanco con plátano verde*	60	1/2 cucharón
Frijol bola roja con plátano verde*	65	1/2 cucharón
Frijol nima con guiso**	70	1/2 cucharón
Frijol blanquillo con guiso**	60	1/2 cucharón
Frijol caraota con guiso**	70	1/2 cucharón
Frijol zaragoza con guiso**	50	1/2 cucharón
Frijol cabecita negra con guiso**	70	1/2 cucharón
Garbanzo con guiso**	50	1/2 cucharón
Soya con guiso**	50	1/2 cucharón
Lenteja con guiso**	70	2 cucharadas soperas
Promedio todas las variedades con plátano*	60	3 cucharadas soperas
Promedio todas las variedades con guiso**	60	1/2 cucharón
Proteína de soya texturizada hidratada	60	2 cucharadas soperas
Proteína de trigo texturizada hidratada	75	3 cucharadas soperas

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Preparación guiso: 70% tomate chonto, 15% cebolla cabezona blanca, 10% cebolla de rama y 5% aceite de girasol.

\*Proporción de preparación: 80% leguminosa hidratada, 10% guiso, 10% plátano verde.

\*\*Proporción de preparación: 90% leguminosa hidratada y 10% guiso.

Las calorías no presentan cambios representativos cuando se agrega 25 g de zanahoria como espesante.



Tabla 22. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV / Subgrupo IV

Intercambio estandarizado		
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas		
Subgrupo IV. Frutos secos y semillas		
Alimento	Peso (gr/ml) intercambio	Medida casera
Pistacho crudo sin cáscara	9	1 cucharada sopera colmada
Pistacho tostado y salado sin cáscara	9	1 cucharada sopera colmada
Almendras tostadas sin sal	9	3 unidades medianas
Pecanas tostadas sin sal	8	3 unidades medianas
Avellanas tostadas sin sal	7	5 unidades medianas
Nuez del Brasil	8	2 unidades medianas
Marañón tostado sin sal	10	1 cucharada sopera colmada
Maní crudo con cáscara	14	1 cucharada sopera colmada
Maní sin sal	10	1 cucharada sopera colmada
Macadamia tostada sin sal	6	3 unidades medianas
Mezcla de nueces	11	1 cucharada sopera
Nuez del nogal	8	2 unidades medianas
Coco deshidratado	9	1 cucharadas soperas
Coco fresco rallado	14	2 cucharadas soperas

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 23. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo V / Subgrupo I

Intercambio estandarizado		
Grupo V Grasas		
Subgrupo I. Grasas poliinsaturadas		
Alimento	Peso (gr/ml) Intercambio	Medida casera
Aceite de girasol	5	1 cucharada sopera
Aceite de maíz	5	1 cucharada sopera
Aceite de soya	5	1 cucharada sopera
Aceite de ajonjolí	5	1 cucharadita

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

Tabla 24. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo V / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo V Grasas		
Subgrupo II. Grasas monoinsaturadas		
Alimento	Peso (gr/ml) Intercambio	Medida casera
Aceite de oliva	5	1 cucharada sopera
Aceite de canola	5	1 cucharada sopera
Aguacate	30	1/8 unidad
Margarinas suaves promedio	5	1 cucharadita dulcera

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.



Tabla 25. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo V/Subgrupo III

Intercambio estandarizado			
Grupo V (grasas)			
Subgrupo III (grasas Grasas saturadas)			
Alimento	Peso (gr/ml)	Intercambio	Medida casera
Crema de leche líquida entera	20	1 cucharada soperas alta	
Tocineta	7	1 tira	
Queso crema	13	1 cucharadita dulcera colmada	
Mantequilla	6	1 cucharadita dulcera rasa	
Aceite de palma	5	1 cucharadita	
Manteca de cerdo	4	1 cucharadita dulcera	
Coco pulpa rallada	15	3 cucharadas	

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.

De acuerdo con lo anterior, y para tener como referencia con respecto al patrón propuesto para las mujeres gestantes y madres en período de lactancia, en la siguiente tabla se presenta el aporte promedio de macronutrientes de un intercambio por grupos y subgrupos de alimentos.

Tabla 26. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo VI / Subgrupo I

Intercambio estandarizado			
Grupo V Azúcares			
Subgrupo I. Azúcares simples			
Alimento	Peso (gr/ml)	Intercambio	Medida casera
Azúcar granulada	23	2 cucharadas soperas colmadas	
Miel de abejas	21	1 cucharada soperas	
Panela	29	1 trozo pequeño	
Bocadillo de guayaba	30	1 tajada delgada	
Brevas en almíbar	100	4 unidades medianas	
Ciruelas pasas	41	8 unidades medianas	
Cóctel de frutas	157	¾ pocillo chocolatero	
Cocada de panela	25	1 unidad mediana	
Gelatina de pata	23	1 unidad mediana	
Chocolatina de leche	12	1 unidad pequeña	
Leche condensada	28	2 cucharadas soperas	
Helado de vainilla	45	1 bola pequeña	
Helado de agua	200	1 unidad	
Caramelos	24	6 unidades	
Yogueta	20	1 unidad	
Confites duros	22	5 unidades	
Gelatina con azúcar preparada	166	1 copa mediana	
Jarabe de maple	37	4 cucharadas soperas	
Colombineta	20	1 unidad	
Masmelos	30	6 unidades pequeñas	
Mermelada	36	4 cucharadas soperas colmadas	
Piña enlatada	172	6 rodajas pequeñas	
Durazno enlatado	173	3 mitades pequeñas	
Cerezas en almíbar claro	90	18 unidades	

Fuente: Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años, 2013.



Tabla 27. Aporte promedio de macronutrientes de un intercambio por grupos y subgrupos de alimentos

	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	AGS. g.	AGM. g.	AGP. g.	Col. mg.	CHO. g.	FD. g.	Ca. mg.	P. mg.	Fe. mg.	Na. mg.	K. mg.	Mg. mg.	Zn. mg.	Cu. mg.	Mn. mg.	WIA.ER.	Tiam. mg.	Rbof. mg.	Niac. mg.	Ac. Pant. mg.	Piridox. mg.	Ac. Fol. mg.	Vit. B12. mcg.	Vit. C. mg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>																											
SUBGRUPO 1	88	2,19	1,50	0,29	0,62	0,42	0,02	16,71	1,11	21,16	44,36	1,08	114,36	44,94	12,79	0,46	0,05	0,37	35,05	0,11	0,09	1,19	0,13	0,12	28,90	0,00	1,59
SUBGRUPO 2	90	0,87	0,09	0,02	0,01	0,05	0,00	21,65	3,04	16,58	32,77	0,57	6,24	522,80	14,04	0,16	0,12	0,29	0,53	0,05	0,03	1,05	0,24	0,18	12,48	0,00	14,15
SUBGRUPO 3	83	2,21	0,13	0,04	0,01	0,08	0,00	21,27	1,90	14,19	59,39	0,81	9,82	265,47	16,21	0,27	0,21	0,27	341,43	0,07	0,07	1,25	0,50	0,27	10,07	0,00	52,20
SUBGRUPO 4	92	0,94	0,14	0,07	0,02	0,04	0,00	23,82	1,66	2,70	22,97	0,34	3,27	346,02	24,69	0,10	0,05	0,00	391,8	0,04	0,02	0,39	0,18	0,20	17,40	0,00	8,22
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>																											
SUBGRUPO 1	55	0,99	0,26	0,04	0,07	0,11	0,00	13,93	2,29	16,70	24,79	0,66	2,50	208,39	12,29	0,11	0,10	0,67	78,35	0,06	0,05	0,76	0,18	0,05	23,53	0,00	47,86
SUBGRUPO 2	24	1,29	0,27	0,02	0,02	0,10	0,00	5,28	1,58	21,12	33,85	1,36	121,55	189,29	13,55	0,21	0,09	6,38	334,05	0,06	0,05	0,62	0,25	0,13	21,03	0,00	33,55
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>																											
SUBGRUPO 1-A	129	6,98	7,22	5,32	2,11	1,71	25,67	9,53	0,00	249,00	177,75	0,25	100,00	359,00	25,67	0,76	0,05	0,02	807,5	0,09	0,32	0,30	0,62	0,09	7,33	0,58	2,39
SUBGRUPO 1-B	87	7,65	1,19	0,72	0,33	0,04	6,25	11,30	0,00	277,00	219,00	0,10	119,50	389,00	28,50	0,94	0,11	0,00	147,50	0,09	0,39	0,20	0,73	0,08	8,50	0,87	2,00
SUBGRUPO 2-A	86	5,58	5,35	3,70	1,67	0,19	19,79	3,88	0,00	164,65	109,45	0,19	165,43	65,64	7,57	0,70	0,01	0,00	52,23	0,01	0,12	0,06	0,17	0,02	3,64	0,30	0,30
SUBGRUPO 2-B	87	8,20	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00	12,25	0,00	291,50	428,00	0,00	95,00	301,50	0,00	0,89	0,00	0,00	9,50	0,23	0,72	0,50	0,00	0,00	1,00	0,00	5,00
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>																											
SUBGRUPO 1-A	79	9,93	4,09	1,25	0,79	0,51	28,15	2,04	0,00	10,46	127,16	0,98	221,74	192,84	14,06	0,82	0,04	0,02	8,23	0,10	0,09	3,49	0,51	0,23	4,54	1,13	0,98
SUBGRUPO 1-B	113	12,37	6,29	2,12	2,55	0,99	101,32	0,75	0,00	34,79	146,83	1,92	89,76	190,53	16,04	1,41	0,16	0,08	654,62	0,04	0,24	2,92	0,98	0,18	74,23	3,88	4,20
SUBGRUPO 2	77	6,45	5,30	2,92	2,06	0,67	317,00	0,40	0,00	28,00	101,00	1,30	67,00	63,50	6,00	0,64	0,02	0,03	70,50	0,34	0,33	0,10	0,76	0,41	28,00	0,65	0,00
SUBGRUPO 3	153	11,20	2,61	0,96	0,85	0,81	70,15	2,22	7,36	56,79	193,46	3,50	31,51	432,89	55,02	1,35	0,23	0,54	863,5	0,30	0,22	1,93	0,55	0,27	146,16	0,55	3,75
SUBGRUPO 4	298	8,46	26,64	4,05	12,99	8,51	0,00	11,15	4,42	55,83	293,00	1,85	135,82	331,33	100,33	2,00	0,73	0,67	2,04	0,22	0,13	2,10	0,95	0,16	48,50	0,00	0,78
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>																											
SUBGRUPO 1	44	0,01	4,95	0,66	1,34	2,74	0,71	0,03	0,00	0,22	0,34	0,01	6,82	0,41	0,01	0,01	0,00	0,00	1,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,10	0,00	0,00
SUBGRUPO 2	45	0,20	4,87	0,59	3,17	0,83	0,00	0,73	0,50	1,00	4,00	0,10	1,00	60,00	4,00	0,04	0,03	0,07	6,00	0,01	0,01	0,20	0,00	0,03	6,33	0,00	0,67
SUBGRUPO 3	45	0,54	4,77	2,75	1,45	0,29	7,09	0,47	0,23	4,86	8,33	0,15	14,19	14,43	1,16	0,05	0,01	0,05	20,14	0,01	0,01	0,03	0,07	0,00	0,86	0,02	0,00
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>																											
SUBGRUPO 1	81	0,11	0,03					21,74	0,04	8,23	6,23	0,27	0,54	5,69	0,42	0,03	0,01	0,02		0,01	0,02	0,06	0,15		0,42		0,49
SUBGRUPO 2	86	0,74	0,84					20,48	0,92	17,70	17,14	0,33	18,22	76,73	6,79	0,20	0,06	0,29		0,03	0,04	0,25	0,11		3,02		3,19

Recordar que los valores son el promedio de cada grupo de alimentos los cuales deben permitir modificaciones y adición de nuevos alimentos, actualización de inmediato los promedios. Este una lista de verduras que no tiene un aporte importante de alimentos pero lo tiene es que se pueda ver, igualmente, los grupos de carne, bebidas alcohólicas y bebidas no alcohólicas son información importante pero que no aparece dentro de los grupos de alimentos para hacer los cálculos.

A partir de lo anterior, se realizó el cálculo del patrón alimentario para cada grupo de edad, considerando los intercambios necesarios para cubrir las metas nutricionales de cada grupo, de tal forma que se asegure una dieta completa, equilibrada, suficiente y adecuada. En las tablas 26 a 33 se presenta el patrón alimentario calculado para cada grupo de edad a partir del aporte nutricional estimado por intercambio, para cada grupo o subgrupo de alimentos, de energía y nutrientes.

**Tabla 28. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres gestantes de 14 a 17 años – Primer trimestre**

Grupo de Alimentos		No Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A ER.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3	263	6,6	4,5	50,1	3,3	63,5	3,2	1,4	105,1	0,5
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	1	93	2,2	0,1	21,3	1,9	14,2	0,8	0,3	341,4	2,8
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1	92	0,9	0,1	23,8	1,7	2,7	0,3	0,1	39,2	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	2	47	2,6	0,5	10,6	3,2	42,2	2,7	0,4	668,1	0,7
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2,5	323	17,4	18,1	23,8	0,0	622,5	0,6	1,9	201,9	0,7
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	2,5	197	24,8	10,2	5,1	0,0	26,1	2,5	2,1	20,6	0,3
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	1,7	75	0,0	8,4	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	1,7	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,5	23	0,1	2,4	0,4	0,3	0,5	0,1	0,0	3,0	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	81	0	0,0	2,4	0,0	8,2	6,2	21,6	2,4	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1	86	0,7	0,8	20,5	0,9	17,7	0,3	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2176</b>	<b>100,1</b>	<b>95,2</b>	<b>259,1</b>	<b>41,2</b>	<b>1268,7</b>	<b>42,8</b>	<b>15,0</b>	<b>2185,2</b>	<b>365,7</b>
RECOMENDACIÓN			2185	92,9	85,0	262,2	30,6	800	34	9	900	450
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>100%</b>	<b>108%</b>	<b>112%</b>	<b>99%</b>	<b>135%</b>	<b>159%</b>	<b>126%</b>	<b>167%</b>	<b>243%</b>	<b>81%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



Tabla 29. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres gestantes de 14 a 17 años – Segundo trimestre

Grupo de Alimentos		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A E.R.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3	263	6,6	4,5	50,1	3,3	63,5	3,2	1,4	105,1	0,5
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	2	186	4,4	0,3	42,5	3,8	28,4	1,6	0,5	682,9	5,5
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1	92	0,9	0,1	23,8	1,7	2,7	0,3	0,1	39,2	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	2	47	2,6	0,5	10,6	3,2	42,2	2,7	0,4	668,1	0,7
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2,5	323	17,4	18,1	23,8	0,0	622,5	0,6	1,9	201,9	0,7
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	3	237	29,8	12,3	6,1	0,0	31,4	2,9	2,5	24,7	0,4
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	1,7	75	0,0	8,4	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	1,7	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,5	23	0,1	2,4	0,4	0,3	0,5	0,1	0,0	3,0	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	81	0	0,0	2,4	0,0	8,2	6,2	21,6	2,4	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1	86	0,7	0,8	20,5	0,9	17,7	0,3	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2308</b>	<b>107,2</b>	<b>97,4</b>	<b>281,4</b>	<b>43,1</b>	<b>1288,1</b>	<b>44,1</b>	<b>15,7</b>	<b>2530,7</b>	<b>368,5</b>
<b>RECOMENDACIÓN</b>			<b>2385</b>	<b>101,4</b>	<b>92,8</b>	<b>286,2</b>	<b>33,4</b>	<b>1100</b>	<b>34</b>	<b>8,5</b>	<b>530</b>	<b>520</b>
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>97%</b>	<b>106%</b>	<b>105%</b>	<b>98%</b>	<b>129%</b>	<b>117%</b>	<b>130%</b>	<b>185%</b>	<b>477%</b>	<b>71%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



Tabla 30. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres gestantes de 14 a 17 años – Tercer trimestre

Grupo de Alimentos		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A ER.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3,5	307	7,7	5,2	58,5	3,9	74,1	3,8	1,6	122,7	0,6
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	2	186	4,4	0,3	42,5	3,8	28,4	1,6	0,5	682,9	5,5
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1,5	138	1,4	0,2	35,7	2,5	4,0	0,5	0,1	58,8	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3,5	192	3,5	0,9	48,7	8,0	58,4	2,3	0,4	274,2	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	2,5	59	3,2	0,7	13,2	4,0	52,8	3,4	0,5	835,1	0,9
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2	258	14,0	14,4	19,1	0,0	498,0	0,5	1,5	161,5	0,5
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	3,5	276	34,8	14,3	7,1	0,0	36,6	3,4	2,9	28,8	0,5
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	2	88	0,0	9,9	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,7	32	0,1	3,4	0,5	0,4	0,7	0,1	0,0	4,2	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLÉS	81	0	0,0	2,4	0,0	8,2	6,2	21,6	2,4	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1	86	0,7	0,8	20,5	0,9	17,7	0,3	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2435</b>	<b>111,5</b>	<b>99,4</b>	<b>307,7</b>	<b>46,5</b>	<b>1199,9</b>	<b>46,2</b>	<b>16,2</b>	<b>2739,3</b>	<b>368,8</b>
RECOMENDACIÓN			2575	109,4	100,1	309,0	36,1	1100	34	8,5	530	520
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>95%</b>	<b>102%</b>	<b>99%</b>	<b>100%</b>	129%	109%	136%	191%	<b>517%</b>	<b>71%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



Tabla 31. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres gestantes de 18 a 49 años – Primer trimestre

GRUPOS DE ALIMENTOS		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A ER.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3	263	6,6	4,5	50,1	3,3	63,5	3,2	1,4	105,1	0,5
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	1	93	2,2	0,1	21,3	1,9	14,2	0,8	0,3	341,4	2,8
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1	92	0,9	0,1	23,8	1,7	2,7	0,3	0,1	39,2	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	2	47	2,6	0,5	10,6	3,2	42,2	2,7	0,4	668,1	0,7
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2	258	14,0	14,4	19,1	0,0	498,0	0,5	1,5	161,5	0,5
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1	86	5,6	5,3	3,9	0,0	164,7	0,2	0,7	52,2	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	2,5	197	24,8	10,2	5,1	0,0	26,1	2,5	2,1	20,6	0,3
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	1,5	66	0,0	7,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	1,5	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,5	23	0,1	2,4	0,4	0,3	0,5	0,1	0,0	3,0	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	81	0	0,0	2,4	0,0	8,2	6,2	21,6	2,4	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	0,5	43	0,4	0,4	10,2	0,5	8,9	0,2	0,1	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2017</b>	<b>93,4</b>	<b>87,5</b>	<b>242,2</b>	<b>40,7</b>	<b>1053,0</b>	<b>42,4</b>	<b>14,2</b>	<b>2118,5</b>	<b>365,6</b>
<b>RECOMENDACIÓN (AMDR/EAR)</b>			<b>2185</b>	<b>92,86</b>	<b>84,97</b>	<b>262,20</b>	<b>30,6</b>	<b>800</b>	<b>33</b>	<b>9</b>	<b>550</b>	<b>520</b>
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>92%</b>	<b>101%</b>	<b>103%</b>	<b>92%</b>	<b>133%</b>	<b>132%</b>	<b>128%</b>	<b>158%</b>	<b>385%</b>	<b>70%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



Tabla 32. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres gestantes de 18 a 49 años – Segundo trimestre

GRUPO DE ALIMENTOS		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A E.R.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3,5	307	7,7	5,2	58,5	3,9	74,1	3,8	1,6	122,7	0,6
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	2	186	4,4	0,3	42,5	3,8	28,4	1,6	0,5	682,9	5,5
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1	92	0,9	0,1	23,8	1,7	2,7	0,3	0,1	39,2	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	3	71	3,9	0,8	15,8	4,7	63,4	4,1	0,6	1002,1	1,1
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2	258	14,0	14,4	19,1	0,0	498,0	0,5	1,5	161,5	0,5
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	2,5	197	24,8	10,2	5,1	0,0	26,1	2,5	2,1	20,6	0,3
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	1	44	0,0	5,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	1,0	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,5	23	0,1	2,4	0,4	0,3	0,5	0,1	0,0	3,0	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLÉS	1	81	0,1	0,0	21,7	0,0	8,2	0,3	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1	86	0,7	0,8	20,5	0,9	17,7	0,3	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2322</b>	<b>101,2</b>	<b>86,9</b>	<b>310,9</b>	<b>37,0</b>	<b>1191,9</b>	<b>24,0</b>	<b>13,0</b>	<b>2837,1</b>	<b>368,8</b>
RECOMENDACIÓN (EAR)			2385	101,4	92,8	286,2	33,4	800	33	9	550	520
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>97%</b>	<b>100%</b>	<b>94%</b>	<b>109%</b>	<b>111%</b>	<b>149%</b>	<b>73%</b>	<b>144%</b>	<b>516%</b>	<b>71%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: Elaboración del CTNGA



Tabla 33. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres gestantes de 18 a 49 años – Tercer trimestre

GRUPO DE ALIMENTOS		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A ER.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3,5	307	7,7	5,2	58,5	3,9	74,1	3,8	1,6	122,7	0,6
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	2	186	4,4	0,3	42,5	3,8	28,4	1,6	0,5	682,9	5,5
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1,5	138	1,4	0,2	35,7	2,5	4,0	0,5	0,1	58,8	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	3	71	3,9	0,8	15,8	4,7	63,4	4,1	0,6	1002,1	1,1
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2	258	14,0	14,4	19,1	0,0	498,0	0,5	1,5	161,5	0,5
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	2	171	11,2	10,7	7,8	0,0	329,3	0,4	1,4	104,5	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	3,5	276	34,8	14,3	7,1	0,0	36,6	3,4	2,9	28,8	0,5
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	1,5	66	0,0	7,4	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	1,5	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,7	32	0,1	3,4	0,5	0,4	0,7	0,1	0,0	4,2	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	1	81	0,1	0,0	21,7	0,0	8,2	0,3	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1	86	0,7	0,8	20,5	0,9	17,7	0,3	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2521</b>	<b>114,5</b>	<b>97,2</b>	<b>327,0</b>	<b>37,9</b>	<b>1286,4</b>	<b>25,3</b>	<b>14,2</b>	<b>2892,7</b>	<b>368,9</b>
RECOMENDACIÓN (EAR)			2575	109,4	100,1	309,0	36,1	800	33	9	550	520
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>98%</b>	<b>105%</b>	<b>97%</b>	<b>106%</b>	105%	161%	77%	158%	<b>526%</b>	<b>71%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



Tabla 34. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres en período de lactancia de 14 a 17 años – Primer semestre

GRUPOS DE ALIMENTOS		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A ER.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3,5	307	7,7	5,2	58,5	3,9	74,1	3,8	1,6	122,7	0,6
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	2	186	4,4	0,3	42,5	3,8	28,4	1,6	0,5	682,9	5,5
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1,5	138	1,4	0,2	35,7	2,5	4,0	0,5	0,1	58,8	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	2	47	2,6	0,5	10,6	3,2	42,2	2,7	0,4	668,1	0,7
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2	258	14,0	14,4	19,1	0,0	498,0	0,5	1,5	161,5	0,5
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	3,5	276	34,8	14,3	7,1	0,0	36,6	3,4	2,9	28,8	0,5
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	0,8	123	9,0	2,1	17,8	5,9	45,4	2,8	1,1	69,1	195,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	2	88	0,0	9,9	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,7	32	0,1	3,4	0,5	0,4	0,7	0,1	0,0	4,2	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLS	81	0	0,0	2,4	0,0	8,2	6,2	21,6	2,4	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1,5	129	1,1	1,3	30,7	1,4	26,6	0,5	0,3	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2408</b>	<b>108,5</b>	<b>99,0</b>	<b>303,9</b>	<b>43,5</b>	<b>1178,5</b>	<b>44,6</b>	<b>15,9</b>	<b>2515,8</b>	<b>319,6</b>
RECOMENDACIÓN			2605	110,7	86,8	345,2	36,5	1100	10,5	9	885	450
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>92%</b>	<b>98%</b>	<b>114%</b>	<b>88%</b>	<b>119%</b>	<b>107%</b>	<b>425%</b>	<b>176%</b>	<b>284%</b>	<b>71%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: Elaboración del CTNGA



**Tabla 35 Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres en período de lactancia de 14 a 17 años – Segundo semestre**

GRUPOS DE ALIMENTOS		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A E.R.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3,5	307	7,7	5,2	58,5	3,9	74,1	3,8	1,6	122,7	0,6
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	2	186	4,4	0,3	42,5	3,8	28,4	1,6	0,5	682,9	5,5
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1,5	138	1,4	0,2	35,7	2,5	4,0	0,5	0,1	58,8	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	2	47	2,6	0,5	10,6	3,2	42,2	2,7	0,4	668,1	0,7
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2	258	14,0	14,4	19,1	0,0	498,0	0,5	1,5	161,5	0,5
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	3,5	276	34,8	14,3	7,1	0,0	36,6	3,4	2,9	28,8	0,5
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	0,8	123	9,0	2,1	17,8	5,9	45,4	2,8	1,1	69,1	195,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	0,8	238	6,8	21,3	8,9	3,5	44,7	1,6	1,6	1,6	0,7
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	2	88	0,0	9,9	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,7	32	0,1	3,4	0,5	0,4	0,7	0,1	0,0	4,2	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	81	0	0,0	2,4	0,0	8,2	6,2	21,6	2,4	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1,5	129	1,1	1,3	30,7	1,4	26,6	0,5	0,3	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2348</b>	<b>106,8</b>	<b>93,7</b>	<b>301,6</b>	<b>42,6</b>	<b>1167,3</b>	<b>44,2</b>	<b>15,5</b>	<b>2515,4</b>	<b>319,4</b>
<b>RECOMENDACIÓN</b>			<b>2560</b>	<b>108,8</b>	<b>85,3</b>	<b>339,2</b>	<b>35,8</b>	<b>1100</b>	<b>10,5</b>	<b>9</b>	<b>885</b>	<b>450</b>
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>92%</b>	<b>98%</b>	<b>110%</b>	<b>89%</b>	<b>119%</b>	<b>106%</b>	<b>421%</b>	<b>172%</b>	<b>284%</b>	<b>71%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



Tabla 36. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres en período de lactancia de 18 a 49 años – Primer semestre

GRUPO DE ALIMENTOS		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A ER.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3,5	307	7,7	5,2	58,5	3,9	74,1	3,8	1,6	122,7	0,6
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	2	186	4,4	0,3	42,5	3,8	28,4	1,6	0,5	682,9	5,5
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1,5	138	1,4	0,2	35,7	2,5	4,0	0,5	0,1	58,8	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	3	71	3,9	0,8	15,8	4,7	63,4	4,1	0,6	1002,1	1,1
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2,5	323	17,4	18,1	23,8	0,0	622,5	0,6	1,9	201,9	0,7
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	3,5	276	34,8	14,3	7,1	0,0	36,6	3,4	2,9	28,8	0,5
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	2	88	0,0	9,9	0,1	0,0	0,4	0,0	0,0	2,0	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,7	32	0,1	3,4	0,5	0,4	0,7	0,1	0,0	4,2	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	1	81	0,1	0,0	21,7	0,0	8,2	0,3	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1	86	0,7	0,8	20,5	0,9	17,7	0,3	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2565</b>	<b>115,2</b>	<b>100,6</b>	<b>329,8</b>	<b>37,9</b>	<b>1328,6</b>	<b>25,3</b>	<b>14,2</b>	<b>2907,5</b>	<b>369,0</b>
RECOMENDACIÓN (EAR)			2605	110,7	101,3	312,6	36,5	800	9,8	10	900	450
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>98%</b>	<b>104%</b>	<b>99%</b>	<b>106%</b>	<b>104%</b>	<b>166%</b>	<b>258%</b>	<b>142%</b>	<b>323%</b>	<b>82%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



**Tabla 37. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Mujeres en período de lactancia de 18 a 49 años – Segundo semestre**

GRUPOS DE ALIMENTOS		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	CHO. g.	FD. g.	Ca mg.	Fe mg.	Zn mg.	Vit A ER.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBÉRCULOS Y PLÁTANOS</b>												
SUBGRUPO 1	CEREALES	3	263	6,6	4,5	50,1	3,3	63,5	3,2	1,4	105,1	0,5
SUBGRUPO 2	RAÍCES	1	90	0,9	0,1	21,7	3,0	16,6	0,6	0,2	0,5	0,0
SUBGRUPO 3	TUBÉRCULOS	1,5	139	3,3	0,2	31,9	2,8	21,3	1,2	0,4	512,1	4,1
SUBGRUPO 4	PLÁTANOS	1,5	138	1,4	0,2	35,7	2,5	4,0	0,5	0,1	58,8	0,0
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>												
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	165	3,0	0,8	41,8	6,9	50,1	2,0	0,3	235,1	0,1
SUBGRUPO 2	VERDURAS	3	71	3,9	0,8	15,8	4,7	63,4	4,1	0,6	1002,1	1,1
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LÁCTEOS</b>												
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	2,5	323	17,4	18,1	23,8	0,0	622,5	0,6	1,9	201,9	0,7
SUBGRUPO 1-B	LECHE BAJA EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LÁCTEOS ENTEROS	1,5	128	8,4	8,0	5,8	0,0	247,0	0,3	1,0	78,3	0,0
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LÁCTEOS BAJOS EN GRASA	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>												
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	3,5	276	34,8	14,3	7,1	0,0	36,6	3,4	2,9	28,8	0,5
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,5	56	6,2	3,1	0,4	0,0	17,4	1,0	0,7	327,3	108,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1	77	6,5	5,3	0,4	0,0	28,0	1,3	0,6	70,5	6,9
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	1	153	11,2	2,6	22,2	7,4	56,8	3,5	1,3	86,4	244,9
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	1	298	8,5	26,6	11,1	4,4	55,8	2,0	2,0	2,0	0,9
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>												
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	2,5	110	0,0	12,4	0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	2,5	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,7	32	0,1	3,4	0,5	0,4	0,7	0,1	0,0	4,2	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,2	9	0,1	1,0	0,1	0,0	1,0	0,0	0,0	4,0	0,0
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>												
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	1	81	0,1	0,0	21,7	0,0	8,2	0,3	0,0	0,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	1	86	0,7	0,8	20,5	0,9	17,7	0,3	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>			<b>2496</b>	<b>113,0</b>	<b>102,2</b>	<b>310,8</b>	<b>36,4</b>	<b>1311,1</b>	<b>24,4</b>	<b>13,9</b>	<b>2719,8</b>	<b>367,6</b>
<b>RECOMENDACIÓN (EAR)</b>			<b>2560</b>	<b>108,8</b>	<b>99,6</b>	<b>307,2</b>	<b>35,8</b>	<b>800</b>	<b>9,8</b>	<b>9</b>	<b>900</b>	<b>450</b>
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>98%</b>	<b>104%</b>	<b>103%</b>	<b>101%</b>	<b>102%</b>	<b>164%</b>	<b>249%</b>	<b>154%</b>	<b>302%</b>	<b>82%</b>

Para cubrir requerimientos nutricionales de hierro y ácido fólico se requiere de suplementación

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



### Niños y niñas menores de 2 años

Para la definición de los patrones alimentarios de los niños y niñas menores de 2 años se contó con el apoyo técnico de la Universidad de Antioquia, al considerar su experiencia específica en el desarrollo de listas de intercambio.

En el marco del Comité Nacional de Guías Alimentarias (CTNGA) se definieron los grupos y se seleccionaron los alimentos prioritarios para estandarizar, los cuales se presentan en la tabla No. 36.

**Tabla 38. Grupos de alimentos y alimentos seleccionados para incluir en la lista de intercambio de los menores de 2 años. Colombia 2017**

Grupos de alimentos	Sub grupo	Alimentos
Cereales, raíces, tubérculos, plátanos y derivados	Refinados/procesados Enteros/ integrales Pseudocereales	Arroz blanco cocido
		Maíz tierno o choclo
		Avenas en hojuelas
		Arepa de maíz blanco
		Pasta cocida
		Pan blanco
		Pan integral
	Raíces Tubérculos	Papa común
		Papa criolla
		Yuca
		Arracacha
		Ñame
	Plátanos	Plátano verde
		Plátano colí o guineo
		Plátano maduro
Frutas y verduras	Frutas	Banano
		Granadilla
		Guayaba común
		Mandarina
		Mora de castilla
		Naranja
		Papaya
		Piña
		Tomate de árbol
	Mango	
	Verduras	Arveja verde
		Auyama
		Zanahoria
		Tomate rojo
		Remolacha
Habichuela		
Espinaca		



Grupos de alimentos	Sub grupo	Alimentos
Leche y productos lácteos	Leches	Leche de vaca líquida entera pasteurizada
		Leche de vaca en polvo entera
		Kumis casero
		Quesos frescos
Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas	Carnes	Carnes rojas cocidas (res, cerdo)
		Carnes de pollo cocidas (pechuga, pierna sin piel ni hueso)
		Pescado cocido (trucha arcoíris, mojarra sin espinas)
		Vísceras de pollo (corazón, hígado y molleja)
		Yema de huevo de gallina
	Huevos	Huevo de gallina
	Leguminosas y mezclas vegetales	Fríjol bola roja cocido
		Lentejas cocidas
Frutos y semillas	Ninguno	
Grasas	Poliinsaturadas Monoinsaturadas Saturadas	Aceites
		Aguacate
		Queso crema
		Mantequilla de vaca
Azúcares y postres	Ninguno	Ninguno

Fuente: CTNGA – Comité Técnico Nacional de Guías Alimentarias.

Adicionalmente, y como insumo para la definición de los intercambios, el CTNGA seleccionó los siguientes utensilios y volúmenes con el fin de estandarizar las medidas caseras:

- Cuchara sopera (10 ml)
- Cuchara postrera (5 ml)
- Vaso pequeño (5 onzas – 180 c.c.)
- Pocillo tintero (3 onzas - 90 c.c.)
- Pocillo chocolatero (5 onzas – 150 c.c.)

Por otro lado, para establecer las cantidades, forma de preparación y recomendación de energía, se tomó como referencia lo dispuesto en el documento: “Lineamientos técnicos de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 23 meses de Colombia”, desarrollado por el Ministerio de Salud y Protección Social, la Universidad Nacional de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud. Además, el CTNGA aprobó la denominación “trozos pequeños” en la construcción de las orientaciones de este grupo poblacional.



Tabla 39. Guía práctica sobre la textura, frecuencia y cantidad de alimentos para niños de 6–23 meses de edad, que reciben lactancia materna a demanda

Edad	Kcal/ día más lactancia materna	Textura	Frecuencia	Cantidad de alimentos por comida
6-8 meses	200	Papillas espesas, alimentos aplastados, comida en puré	2-3 comidas/día Según apetito, 1-2 refrigerios	Iniciar con 2-3 cucharadas por comida e incrementar gradualmente a 1/2 vaso o taza de 250 ml
9-11 MESES	300	Alimentos finamente picados, aplastados y alimentos que el niño pueda coger con las manos	3-4 comidas Según apetito 1-2 refrigerios	1/2 vaso o taza o plato de 250ml
12-23 MESES	550	Alimentos de la familia	3-4 comidas Según apetito 1-2 refrigerios	3/4 a un vaso o taza o plato de 250ml

Fuente: MSPS, UNAL, OPS. Lineamientos técnicos de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 23 meses de Colombia. Convenio 519 de 2015. Pág. 176.

Una vez analizada esta información, se propuso la cantidad de calorías a aportar por cada grupo de alimentos, en consideración a las calorías que aporta cada uno de ellos, con el fin de facilitar el cálculo del requerimiento.

Tabla 40. Aporte promedio de calorías por grupo de alimentos de la lista de intercambio de los niños y niñas menores de 2 años

Grupo de alimentos	Promedio de calorías
Leche y productos lácteos	51
Carnes, leguminosas y huevo	44
Cereales, raíces tubérculos y plátanos	39
Grasas	26
Frutas	23
Verduras	12

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

De acuerdo con lo anterior, en la tabla 39 se presenta el listado de intercambios por grupos de alimentos, definido para los niños y niñas menores de 2 años:



Tabla 41. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo I

Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo I . Cereales		
Alimento	Peso (gr/ml) Intercambio	Medida casera
Arepa delgada de maíz blanco trillado	22	1/4 unidad mediana
Arroz blanco, cocido	34	4 cucharadas postreras altas
Avena en hojuelas fortificada cruda	10	3 cucharadas postreras colmadas
Bollo de chocolate	32	2 unidades pequeñas
Arepa de chocolate	32	1 unidad muy pequeña
Pan blanco	12	1/4 de unidad mediana
Pan integral	15	1/4 de mogolla mediana
Pasta cocida en puré	29	3 cucharadas postreras colmadas
Pasta cocida en trozos pequeños	29	4 cucharadas postreras colmadas

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Tabla 42. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo II. Raíces		
Alimento	Peso (gr/ml) Porción	Medida casera
Arracacha cocida en puré	38	3 cucharadas postreras colmadas
Ñame cocido en puré	26	4 cucharadas postreras colmadas
Ñame en trozos pequeños	26	3 cucharadas postreras colmadas
Yuca blanca en trozos	25	2 cucharadas sopera
Yuca blanca en puré	25	3 cucharadas postreras altas
Arracacha cocida en puré	38	3 cucharadas postreras colmadas

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.



Tabla 43. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo III

Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo III. Tubérculos		
Alimento	Peso (gr/ml) Porción	Medida casera
Papa común sin cáscara cocida en trozos	45	4 cucharadas soperas altas
Papa común sin cáscara cocida en puré	45	3 cucharadas soperas colmadas
Papa criolla en puré	41	4 cucharadas postreras colmadas

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Tabla 44. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo I / Subgrupo IV

Intercambio estandarizado		
Grupo I Cereales, raíces, tubérculos y plátanos		
Subgrupo IV. Plátanos		
Alimento	Peso (gr/ml) Porción	Medida casera
Plátano colí o guineo en puré	32	4 cucharadas postreras colmadas
Plátano colí o guineo en trozos	32	4 cucharadas postreras colmadas
Plátano verde en puré	25	4 cucharadas postreras colmadas
Plátano verde en trozos pequeños	25	4 cucharadas postreras colmadas
Plátano hartón maduro en trozos	30	3 cucharadas postreras colmadas
Plátano hartón maduro en puré	30	3 cucharadas postreras colmadas

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.



Tabla 45. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo II / Subgrupo I

Intercambio estandarizado		
Grupo II Frutas y verduras		
Subgrupo I. Frutas		
Alimento	Peso (gr/ml) Porción	Medida casera
Banano común	25	1/3 unidad mediana
Banano común	25	3 cucharadas postreras colmadas
Granadilla	40	1/2 pocillo tintero
Guayaba criolla en papilla	45	3 cucharadas postreras colmadas
Guayaba criolla en trozos pequeños	45	4 cucharadas postreras colmadas
Mango en papilla	35	3 cucharadas postreras colmadas
Mango en trozos pequeños	35	4 cucharadas postreras colmadas
Mora en papilla	40	4 cucharadas postreras colmadas
Naranja en papilla	50	2/3 de pocillo tintero
Naranja en cascós	50	4 cascós medianos
Papaya en papilla	60	4 cucharadas postreras colmadas
Papaya en trozos pequeños	60	5 cucharadas postreras colmadas
Piña oromiel en papilla	44	3 cucharadas postreras colmadas
Piña oromiel en trozos pequeños	44	3 cucharadas postreras colmadas
Tomate de árbol común sin cáscara en papilla	44	3 cucharadas postreras altas
Banano común	25	1/3 Unidad mediana
Banano común	25	3 Cucharas postreras colmadas
Granadilla	40	1/2 pocillo tintero
Guayaba criolla en papilla	45	3 cucharas postreras colmadas
Guayaba criolla en trozoz pequeños	45	4 cucharas postreras colmadas
Mango en papilla	35	3 cucharas postreras colmadas
Mango en trozos pequeños	35	4 cucharas postreras colmadas
Mora en papilla	40	4 cucharas postreras colmadas
Naranja en papilla	50	2/3 de pocillo tintero
Naranja en cascós	50	4 cascós medianos
Papaya en papilla	60	4 cucharas postreras colmadas
Papaya en trozos pequeños	60	5 cucharas postreras colmadas
Piña oromiel en papilla	44	3 Cucharas postreras colmadas
Piña oromiel en trozos pequeño	44	3 Cucharas postreras colmadas
Tomate árbol común sin cascara en papilla	44	3 Cucharas postreras altas

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.



Tabla 46. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo II / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo II Frutas y verduras		
Subgrupo II. Verduras		
Alimento	Peso (gr/ml) Porción	Medida casera
Arveja verde cocida en puré	16	2 cucharadas postreras colmadas
Auyama en papilla	34	3 cucharadas postreras colmadas
Auyama en trozos pequeños	34	3 cucharadas postreras colmadas
Habichuela	35	5 cucharadas postreras colmadas
Remolacha cocida en trozos	30	4 cucharadas postreras colmadas
Remolacha cocida en puré	30	3 cucharadas postreras colmadas
Tomate chonto crudo en trozos pequeños	50	4 cucharadas postreras colmadas
Espinaca cocida en puré	34	4 cucharadas postreras colmadas
Zanahoria cocida en trozos	30	3 cucharadas postreras altas
Zanahoria cocida en puré	30	3 cucharadas postreras colmadas

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Tabla 47. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo III / Subgrupo II

Intercambio estandarizado		
Grupo III Leche y productos lácteos		
Subgrupo II - A. Productos lácteos grasa entera		
Alimento	Peso (gr/ml) Porción	Medida casera
Kumis de leche entera	60	1/3 vaso pequeño
Queso fresco semiduro graso	13	1 trozo pequeño
Cuajada de leche de vaca	20	1 trozo mediano
Quesito (queso semiblando de leche entera)	20	1 trozo mediano

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.



**Tabla 48. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV / Subgrupo I-A**

Intercambio estandarizado			
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas			
Subgrupo I-A. Carnes magras crudas			
Alimento	Peso (gr/ml)	Porción	Medida casera
Carne de cerdo magro cocida molida	24		4 cucharadas postreras colmadas
Carne de cerdo magro cocida trozos pequeños	24		3 cucharadas postreras colmadas
Carne de res magra cocida molida	19		4 cucharadas postreras colmadas
Carne de res magra cocida trozos pequeños	19		3 cucharadas postreras colmadas
Pechuga de pollo, carne sin piel cocida molida	26		3 cucharadas postreras altas
Pechuga de pollo, carne sin piel cocida en trozos pequeños	26		3 cucharadas postreras altas
Trucha cocida desmechada	42		4 cucharadas postreras colmadas
Trucha cocida en trozos	40		1 trozo pequeño

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

**Tabla 49. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV / Subgrupo I-B**

Intercambio estandarizado			
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas			
Subgrupo I-B. Productos altos en grasas saturadas y colesterol			
Alimento	Peso (gr/ml)	Porción	Medida casera
Hígado de pollo cocido	25		1 unidades
Corazon de pollo cocido	25		5 unidades
Molleja de pollo cocida	35		2 unidades

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

**Tabla 50. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV / Subgrupo II**

Intercambio estandarizado			
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas			
Subgrupo II. Huevos			
Alimento	Peso (gr/ml)	Porción	Medida casera
Huevo de gallina entero cocido	50		Unidad pequeña
Yema de huevo cocido	20		1 Unidad
Clara de huevo cocido	43		1 Unidad

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.



Tabla 51. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo IV / Subgrupo III

Intercambio estandarizado			
Grupo IV Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas			
Subgrupo III. Leguminosas secas cocidas y mezclas vegetales cocidas			
Alimento	Peso (gr/ml)	Porción	Medida casera
Lentejas cocidas	33		3 cucharas postreras altas
Frijol cocido pure	31		3 cucharas postreras colmadas
Frijol cocido entero	31		3 cucharas postreras colmadas

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Tabla 52. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo V / Subgrupo I

Intercambio estandarizado			
Grupo V Grasas			
Subgrupo I. Grasas poliinsaturadas			
Alimento	Peso (gr/ml)	Porción	Medida casera
Aceite de girasol	5		1 cucharada sopera
Aceite de maíz	5		1 cucharada sopera
Aceite de soya	5		1 cucharada sopera
Aceite de ajonjolí	5		1 cucharadita

Fuente: Manjarrés LM, Cárdenas DL., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Tabla 53. Listado de alimentos que representan un intercambio por grupos de alimentos en peso y medida casera. Grupo V / Subgrupo II

Intercambio estandarizado			
Grupo V Grasas			
Alimento	Peso (gr/ml)	Porción	Medida casera
Aceites	3		1 cuchara postrera
Aguacate común en papilla	17		2 cucharas postreras colmadas
Aguacate común en trozos pequeños	17		2 cucharas postreras colmadas
Mantequilla sin sal	3		1/2 cuchara postrera colmada
Queso crema	7		1 cuchara postrera colmada

Fuente: Manjarrés , Luz Mariela y Col., Lista de intercambios de alimentos para menores de 2 años. Grupo de Investigación en Alimentación y Nutrición Humana. Escuela de Nutrición y Dietética. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

De acuerdo con lo anterior, y para tener como referencia con respecto al patrón propuesto para los niños y niñas menores de 2 años, a continuación se presenta el aporte promedio de macronutrientes de un intercambio por grupos y subgrupos de alimentos.



Tabla 54. Aporte promedio de macronutrientes de un intercambio por grupos y subgrupos de alimentos

	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	AGS. g.	AGM. g.	AGP. g.	Col. mg.	CHO. g.	FD. g.	Ca. mg.	P. mg.	Fe. mg.	Na. mg.	K. mg.	Mg. mg.	Zn. mg.	Cu. mg.	Mn. mg.	Vit. A. I. mg.	Tri. mg.	Rbof. mg.	Niac. mg.	Ac. Pant. mg.	Ac. Fol. mg.	Vit. B12. mg.	Vit. C. mg.		
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAÍCES, TUBERCULOS Y PLÁTANOS</b>																												
SUBGRUPO1 CEREALES	40	1,1	0,3	0,07	0,11	0,13	0	8,2	0,6	9	23	0,5	28	36	8	0,17	0,02	0,13	19	0,06	0,04	0,5	0,13	0,04	15	0,00	0	
SUBGRUPO2 RAÍCES	34	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	8,1	1,0	5,9	11,6	0,2	2,1	174,2	4,7	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,0	0,3	0,1	0,1	4,2	0,0	5,4	
SUBGRUPO3 TUBERCULOS	44	1,03	0,04	0,01	0,00	0,02	0,00	10,12	1,08	3,96	24,48	0,50	3,60	188,10	12,15	0,14	0,14	0,10	0,27	0,04	0,02	0,82	0,25	0,16	4,95	0,00	5,95	
SUBGRUPO4 PLÁTANOS	38	0,39	0,07	0,04	0,01	0,02	0,00	9,93	1,26	10,30	0,12	1,10	137,23	10,18	0,04	0,02	0,02	15,94	0,02	0,01	0,13	0,07	0,08	6,05	0,00	4,35		
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>																												
SUBGRUPO1 FRUTAS	23	0,3	0,1	0,03	0,02	0,04	0	5,6	1,2	9	7	0,1	1	92	5	0,05	0,03	0,17	47	0,02	0,02	0,3	0,09	0,04	10	0,00	27	
SUBGRUPO2 VERDURAS	12	0,5	0,1	0,02	0,01	0,04	0	2,7	0,8	10	13	0,3	10	108	8	0,11	0,03	0,10	238	0,03	0,02	0,2	0,07	0,04	17	0,00	4	
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LACTEOS</b>																												
SUBGRUPO1-1 LECHE ENTERA	52	2,80	2,82	1,77	0,83	0,09	11,15	4,04	0,00	98,15	80,65	0,07	40,60	134,90	10,10	0,34	0,01	0,00	27,95	0,03	0,13	0,08	0,25	0,03	4,10	0,32	0,90	
SUBGRUPO2-1 PRODUCTOS LACTEOS ENTEROS	51	3,20	3,28	2,23	1,02	0,14	9,75	2,20	0,00	100,90	60,40	0,14	70,28	6,50	2,50	0,27	0,00	0,00	40,25	0,00	0,08	0,08	#DIV/0!	0,03	1,57	0,10	0,15	
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>																												
SUBGRUPO1-1 CARNES MAGRAS	39	7,25	1,15	0,39	0,47	0,21	17,75	0,00	0,00	4,25	54,50	0,35	10,70	105,25	8,50	0,86	0,02	0,02	0,50	0,04	0,04	1,20	0,20	0,08	2,50	0,85	0,00	
SUBGRUPO1-2 PRODUCTOS ALTOS EN GRAS Y COLESTEROL	40	6,37	1,63	0,48	0,40	0,41	88,00	0,13	0,00	4,00	56,33	1,83	17,33	50,33	5,33	1,32	0,08	0,04	417,67	0,02	0,23	0,90	0,76	0,06	76,67	2,47	1,67	
SUBGRUPO2 HUEVOS	53	4,27	3,90	1,18	1,46	1,18	156,00	0,33	0,00	18,67	88,67	0,67	40,00	41,67	3,33	0,38	0,00	0,01	79,33	0,03	0,15	0,03	0,50	0,00	17,33	0,41	0,00	
SUBGRUPO3 LEGUMINOSAS SECAS	40	2,80	0,17	0,02	0,01	0,08	0,00	6,93	2,20	8,00	49,00	0,97	1,00	124,00	13,33	0,36	0,07	0,15	0,00	0,05	0,02	0,27	0,12	0,00	46,67	0,00	0,33	
SUBGRUPO4 FRUTOS SECOS Y SEMILLAS																												
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>																												
SUBGRUPO1 POLIINSATURADAS	27	0,0	3,0	0,38	0,73	1,76	0	0,0	0,0	0	0	0,0	0	0	0	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0,00	0,0	0,00	0,00	0	0,00	0	
SUBGRUPO2 MONOINSATURADA	27	0,34	2,60	0,41	1,63	0,33	0,00	1,26	0,85	1,87	6,97	0,17	1,70	101,83	6,63	0,07	0,04	0,04	10,37	0,02	0,02	0,32	0,16	0,05	10,54	0,00	1,36	
SUBGRUPO3 SATURADAS	23	0,26	2,42	1,53	0,70	0,09	7,29	0,10	0,00	3,36	3,85	0,05	10,67	4,39	0,03	0,02	0,00	0,00	24,81	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,55	0,02	0,00	
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>																												
SUBGRUPO1 AZÚCARES SIMPLES																												
SUBGRUPO2 DULCES Y POSTRES																												

Recordar que los valores son el promedio de las tablas de cada grupo de alimentos las cuales deben permitir modificaciones y adición de nuevos alimentos, actualizando de inmediato los promedios

Fuente: Elaboración del CTNGA.

Tabla 55. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Niños y niñas de 6 a 8 meses

		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	Vit A ER. Zn mg. Fe mg. Ca mg. CHO. g.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAICES, TUBERCULOS Y PLÁTANOS</b>							
SUBGRUPO 1	CEREALES	1	40	1,1	0,3	19,40,20,59,48,2	15,2
SUBGRUPO 2	RAICES	0,5	17	0,2	0,0	0,10,00,13,04,1	2,1
SUBGRUPO 3	TUBERCULOS	0,5	22	0,5	0,0	0,10,10,32,05,1	2,5
SUBGRUPO 4	PLATANOS	1	38	0,4	0,1	15,90,00,11,39,9	6,1
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>							
SUBGRUPO 1	FRUTAS	1	23	0,3	0	470096	10
SUBGRUPO 2	VERDURAS	1	12	0,5	0	23800103	17
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LACTEOS</b>							
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	0	0	0	0	00000	0
SUBGRUPO 1-B	LECHE EAJA EN GRASA	0					
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LACTEOS ENTEROS	0,5	25	1,6	1,6	20,10,10,150,51,1	0,8
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LACTEOS BAJOS EN GRASA	0					
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>							
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	0,13	5	0,9	0,1	0,10,10,00,60,0	0,3
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL		0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	0,13	7	0,5	0,5	9,90,00,12,30,0	2,2
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	0,13	5	0,4	0,0	0,00,00,11,00,9	5,8
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	0	0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>							
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	1,5	40	0,0	4,5	0,00,00,00,00,0	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0	0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
SUBGRUPO 3	SATURADAS	1	23	0,3	2,4	24,80,00,13,40,1	0,5
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>							
SUBGRUPO 1	AZUCARES SIMPLES	0	0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	0	0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
TOTAL			257	6,8	9,8	375,80,81,892,237,6	62,4
RECOMENDACIÓN			200	4,3	10,8	179,60,96,693,434,1	28,7
PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO			128%	157%	91%	209%90%27%99%110%	217%

El bebé debe recibir leche materna a libre demanda. El aporte de este patrón solo cubre la tercera parte de la recomendación de calorías y nutrientes. Todos los niños y niñas de 6 a 11 meses de edad deben recibir a través de su atención integral en salud micronutrientes en polvo para adicionar a los alimentos a fin de cubrir los requerimientos de hierro.



Tabla 56. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Niños y niñas de 9 a 11 meses

		No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	Vit A ER. Zn mg. Fe mg. Ca mg. CHO. g.	Ac. Fol. mcg.
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAICES, TUBERCULOS Y PLÁTANOS</b>							
SUBGRUPO 1	CEREALES	1,5	40	1,1	0,3	19,40,20,59,48,2	15,2
SUBGRUPO 2	RAICES	0,5	34	0,3	0,0	0,20,10,25,98,1	4,2
SUBGRUPO 3	TUBERCULOS	0,5	22	0,5	0,0	0,10,10,32,05,1	2,5
SUBGRUPO 4	PLATANOS	1	38	0,4	0,1	15,90,00,11,39,9	6,1
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>							
SUBGRUPO 1	FRUTAS	2	45	0,7	0	95001711	20
SUBGRUPO 2	VERDURAS	1,5	18	0,8	0	35700164	25
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LACTEOS</b>							
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	0	0	0	0	00000	0
SUBGRUPO 1-B	LECHE EAJA EN GRASA	0					
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LACTEOS ENTEROS	0,75	38	2,4	2,5	30,20,20,175,71,6	1,2
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LACTEOS BAJOS EN GRASA	0					
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>							
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	0,13	5	0,9	0,1	0,10,10,00,60,0	0,3
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL		0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
SUBGRUPO 2	HUEVOS	0,13	7	0,5	0,5	9,90,00,12,30,0	2,2
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	0,13	5	0,4	0,0	0,00,00,11,00,9	5,8
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	0	0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>							
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	2	53	0,0	6,0	0,00,00,00,00,0	0,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	1	27	0,3	2,6	10,40,10,21,91,3	10,5
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,5	12	0,1	1,2	12,40,00,01,70,1	0,3
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>							
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	0	0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	0	0	0,0	0,0	0,00,00,00,00,0	0,0
TOTAL			344,0	8,5	13,7	550,21,12,4134,350,4	93,6
RECOMENDACIÓN			300	6,5	16,2	269,41,36,6140,151,2	43,1
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>115%</b>	<b>132%</b>	<b>85%</b>	<b>204%79%36%96%98%</b>	<b>217%</b>

El bebé debe recibir leche materna a libre demanda. El aporte de este patrón solo cubre la mitad de la recomendación de calorías y nutrientes. Todos los niños y niñas de 6 a 11 meses de edad deben recibir a través de su atención integral en salud micronutrientes en polvo para adicionar a los alimentos a fin de cubrir los requerimientos de hierro.



Tabla 57. Patrón alimentario por grupos de edad y grupo de alimentos definidos en las GABA. Niños y niñas de I a 23 meses

No. Intercambios	Kcal.	Prot. g.	GT. g.	AGS. g.	AGM. g.	AGP. g.	Ca mg. CHO. g.	Zn mg. Fe mg.	Ac. Fol. mcg. Vit A ER.		
<b>GRUPO 1: CEREALES, RAICES, TUBERCULOS Y PLÁTANOS</b>											
SUBGRUPO 1	CEREALES	2,5	101	2,8	0,8	0,2	0,3	0,3	23,420,5	0,41,3	38,048,4
SUBGRUPO 2	RAICES	0,5	17	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	3,04,1	0,00,1	2,10,1
SUBGRUPO 3	TUBERCULOS	1	44	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	4,010,1	0,10,5	5,00,3
SUBGRUPO 4	PLATANOS	1	38	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	1,39,9	0,00,1	6,115,9
<b>GRUPO 2: FRUTAS Y VERDURAS</b>											
SUBGRUPO 1	FRUTAS	3	68	1,0	0	0	0	0	2617	00	30142
SUBGRUPO 2	VERDURAS	2	25	1,1	0	0	0	0	215	01	34476
<b>GRUPO 3: LECHE Y PRODUCTOS LACTEOS</b>											
SUBGRUPO 1-A	LECHE ENTERA	1	52	2,8	2,8	1,8	0,8	0,1	99,24,0	0,30,1	428
SUBGRUPO 1-B	LECHE EAJA EN GRASA	0									
SUBGRUPO 2-A	PRODUCTOS LACTEOS ENTEROS	1	51	3,2	3,3	2,2	1,0	0,1	100,92,2	0,30,1	1,640,3
SUBGRUPO 2-B	PRODUCTOS LACTEOS BAJOS EN GRASA	0									
<b>GRUPO 4: CARNES, HUEVOS, LEGUMINOSAS, FRUTOS SECOS Y SEMILLAS</b>											
SUBGRUPO 1-A	CARNES MAGRAS	0,75	29	5,4	0,9	0,3	0,4	0,2	3,20,0	0,50,3	1,90,4
SUBGRUPO 1-B	PRODUCTOS ALTOS EN GS Y COLESTEROL	0,25	10	1,6	0,4	0,1	0,1	0,1	1,00,0	0,30,5	19,2104,4
SUBGRUPO 2	HUEVOS	1,00	53	4,3	3,9	1,2	1,5	1,2	18,70,3	0,40,7	17,379,3
SUBGRUPO 3	LEGUMINOSAS SECAS	0,25	10	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	2,01,7	0,10,2	11,70,0
SUBGRUPO 4	FRUTOS SECOS Y SEMILLAS	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00,0	0,00,0	0,00,0
<b>GRUPO 5: GRASAS</b>											
SUBGRUPO 1	POLIINSATURADAS	2	53	0,0	6,0	0,8	1,5	3,5	0,00,0	0,00,0	0,00,0
SUBGRUPO 2	MONOINSATURADA	0,75	21	0,3	2,0	0,3	1,2	0,2	1,40,9	0,10,1	7,97,8
SUBGRUPO 3	SATURADAS	0,125	3	0,0	0,3	0,2	0,1	0,0	0,40,0	0,00,0	0,13,1
<b>GRUPO 6: AZÚCARES</b>											
SUBGRUPO 1	AZÚCARES SIMPLES	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00,0	0,00,0	0,00,0
SUBGRUPO 2	DULCES Y POSTRES	0	0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,00,0	0,00,0	0,00,0
TOTAL			573	24,8	21,0	7,2	6,9	6,1	304,876,0	3,05,0	178,6945,8
RECOMENDACIÓN			550	20,6	21,4	7,1	7,1	7,1	323,568,8	1,64,5	77,6135,9
<b>PORCENTAJE DE CUBRIMIENTO</b>			<b>104%</b>	<b>120%</b>	<b>98%</b>	<b>101%</b>	<b>97%</b>	<b>85%</b>	<b>94%110%</b>	<b>184%111%</b>	<b>230%696%</b>

El bebé debe continuar con la lactancia materna, el aporte de este patrón cubre dos terceras partes de la recomendación de energía y nutrientes.

Fuente: elaboración del CTNGA, a partir del cálculo de recomendaciones de ingesta de energía y nutrientes, según Resolución 3803 de 2016 del Ministerio de Salud y Protección Social, para estos grupos de población.



## ANEXO A. METODOLOGÍA PARA LA BÚSQUEDA Y CLASIFICACIÓN Y SÍNTESIS DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Una vez definidas las preguntas de investigación, se procedió a realizar la búsqueda de la evidencia científica. Los resultados de la estrategia de búsqueda de información a nivel internacional y nacional se consolidaron en matrices de resultados (ver Anexo 3. Archivo en Excel con los artículos por pregunta de investigación), en las que se especifica el número de referencias encontradas por cada una de las preguntas de investigación y según las diferentes bases de datos consultadas.

### Métodos de revisión de artículos

Cada estudio tuvo una lectura independiente por parte de los investigadores participantes del proceso, quienes diligenciaron la matriz de resultados con los siguientes campos:

- ▶ Referencia (revista, autores, año, etc.)
- ▶ Tipo de publicación (artículo original, revisión, editorial, etc.)
- ▶ Población: país, ciudad, participantes, etnia, etc.
- ▶ Calidad metodológica según el tipo de diseño e investigación
- ▶ Descripción de los resultados principales

Las versiones se cotejaron y se unificaron en una única matriz por pregunta de investigación y artículo; esto se hizo con la participación del CTNGA.

Una vez sistematizadas las matrices de revisión de cada una de las preguntas de investigación y por cada uno de los artículos, se organizó la información obtenida.

### Proceso de selección de los estudios

En esta etapa del proceso, entre los criterios para la valoración de los estudios se consideraron aspectos como su diseño, criterios de inclusión/exclusión de sujetos o de estudios, selección de casos y controles, periodo de selección, periodo de seguimiento, aleatorización de las muestras e intervenciones, tipo de intervención, control de sesgos, aspectos éticos, análisis de resultados, conclusiones y recomendaciones. Se revisaron las características de la población de estudio, la calidad metodológica (diseño, control de sesgos, tamaño muestral, aleatorización, enmascaramiento, etc.) y los resultados, con especial énfasis en la descripción de las variables de interés; toda esta información analizada se consolidó en la matriz de resultados.

De este proceso, se obtuvo un total de 140 artículos que respondieron a las preguntas de investigación así:



Tabla 1. Publicaciones seleccionadas en la búsqueda de evidencia científica para la actualización de las guías alimentarias de Colombia. Septiembre del 2017

PREGUNTAS	N° Publicaciones encontradas	N° publicaciones seleccionadas
Pregunta 1. Barreras en lactancia materna	29	6
Pregunta 2. Redes de apoyo en lactancia materna	3	3
Pregunta 3. Alimentación complementaria	9	5
Pregunta 4. Alimentación perceptiva	6	6
Pregunta 5. Ganancia de peso adolescentes gestantes	5	0
Pregunta 6. Patrones alimentarios mujeres gestantes	7	6
Pregunta 7. Creencias alimentación mujeres gestantes	6	6
Pregunta 8. Patrones alimentarios madres en periodo de lactancia	0	0
Pregunta 9. Recuperación del peso posparto	6	6
Pregunta 10. Ganancia de peso adolescentes en el posparto	3	3
Pregunta 11. Alimentos procesados y ultraprocesados	7	7
Pregunta 12. Rotulado / Etiquetado de alimentos	6	6
Pregunta 13. Tamaño y frecuencia de consumo	12	7
Pregunta 14. Actividad física	10	7
Pregunta 15. Publicidad	6	6
Pregunta 16. Estrategias de comunicación	7	6
Pregunta 17. Diversificación de la dieta	7	7
Adicional. Riesgos de la alimentación artificial (fórmulas infantiles)	6	5
Adicional. Patrones alimentarios y densidad de nutrientes	5	5
<b>Total</b>	<b>140</b>	<b>97</b>

Fuente: elaboración propia. Proceso de talleres del CTNGA. Agosto del 2017.

Las revisiones sistemáticas fueron evaluadas según su análisis de heterogeneidad para establecer la variabilidad entre los estudios y por ende su calidad. Los artículos seleccionados contribuyen a responder cada pregunta de investigación, describen completamente sus componentes y permiten dar cuenta de manera concreta al enunciado de cada pregunta.

Es importante resaltar que para los temas de ganancia de peso y patrones alimentarios de adolescentes gestantes y madres en periodo de lactancia (preguntas N° 5, 8 y 10) no se encontraron publicaciones que cumplieran los criterios de inclusión; por lo tanto, para responder a las preguntas correspondientes se adelantó, adicional a las sesiones de trabajo con el CTNGA, el diseño de una consulta dirigida a expertos nacionales e internacionales, con el fin de contar con un concepto concreto sobre dichos temas.

## Síntesis de los resultados

Después de leer los artículos seleccionados y con las matrices de revisión bibliográfica consolidadas para cada pregunta de investigación se procedió junto con el CTNGA a revisar y discutir los resultados obtenidos y con base en la evidencia encontrada, establecer las recomendaciones prácticas para las GABAS 2017 para los tres grupos de población.



La evidencia se clasificó bajo los parámetros establecidos por el programa de acción concertada de la Comisión Europea para la Valoración de Soporte Científico para las Afirmaciones respecto a los Alimentos (Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods, PASSCLAIM), dado que bajo este instrumento se realizó el análisis tal como se presentó en la metodología.

Tabla 2. Clasificación de la evidencia científica. Criterios de la matriz PASSCLAIM.

*Grado de recomendación	Significado	Conclusión
A Extremadamente recomendable	Ia: revisión sistemática / meta-análisis de ensayos clínicos aleatorizados con homogeneidad. Ib: ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho. Ic: Práctica clínica ("todos o ninguno")* Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible y con el que algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes morían antes de su disponibilidad, y con el no muere ninguno.	Fuerte
B Recomendación favorable.	2a: revisión sistemática / meta-análisis de estudios de cohortes con homogeneidad. 2b: estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80 %). 2c: <i>Outcomes Research</i> (***) el término <i>outcomes research</i> hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben), estudios ecológicos. 3a: revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad. 3b: estudio de casos y controles.	Moderada
C Recomendación favorable pero no concluyente.	4. Serie de casos o estudios de cohorte y de casos y controles de baja calidad (****estudio de cohortes: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio de casos y controles: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión.	Débil
D Ni se recomienda ni se desapruueba.	5. Opinión de expertos sin valoración explícita, crítica o basados en la fisiología, bench research of <i>first principles</i> (*****el término " <i>first principles</i> " hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.	

Fuente: Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods (PASSCLAIM). European Journal of Nutrition. 2004.

En este punto, es importante mencionar que la evidencia encontrada a través de la revisión bibliográfica realizada para las guías alimentarias de Colombia fue complementada con las conclusiones relacionadas a estas preguntas y que hacen parte de documentos técnicos de entidades como la OMS, OPS y otras guías alimentarias, como las emitidas por Brasil, Paraguay, Chile, Estados Unidos, entre otras.

La revisión de estas guías se limitó al contenido o manejo de la información que estuviera relacionada con las preguntas de investigación; ejemplo de ello fue el abordaje de la alimentación artificial, donde las guías alimentarias para la población menor de 2 años de Paraguay lo enfoca desde el riesgo de este tipo de alimentación para los lactantes en caso de que las madres así



lo decidan. A continuación, se presenta el resumen de las guías alimentarias que hicieron parte de este proceso de revisión para apoyar los resultados de la evidencia científica, las cuales son de 2010 a 2016.

**Tabla 3. Listado de guías alimentarias revisadas**

País	Documento	Año	Descripción
Estados Unidos	Comité Asesor de las Guías Alimentarias Revisiones Sistemáticas	2010	Revisiones sistemáticas. Evidencia sobre diferentes preguntas de investigación.
Estados Unidos	Comité Asesor de Guías Alimentarias de 2015 Revisiones Sistemáticas	2015	Revisiones sistemáticas. Evidencia sobre diferentes preguntas de investigación.
Brasil	Guía alimentaria para la población Brasileña	2015	Documento técnico
Bolivia	Bases técnicas de las guías alimentarias para la población boliviana	2014	Guías alimentarias para la población. Todos los grupos poblacionales.
Paraguay	Guías alimentarias para niñas y niños menores de 2 años del Paraguay	2012	Documento técnico
Argentina	Guías alimentarias para la población infantil	2009	Orientaciones para padres y cuidadores
Chile	Guía de alimentación del niño menor de 2 años. Guía de alimentación hasta la adolescencia.	2015	Bases conceptuales
Panamá	Guías alimentarias para Panamá	2012	Guías alimentarias
República Dominicana	Guías alimentarias basadas en alimentos	2009	Guías alimentarias. Documento técnico. Pílon de la alimentación y nutrición.
Costa Rica	Guías alimentarias para Costa Rica	2009	Guías alimentarias para toda la población
Guatemala	Guías alimentarias para Guatemala	2012	Base conceptual
Honduras	Guía alimentaria para Honduras	2013	Guías alimentarias basadas en alimentos (GABAS) - Manual de uso
México	Guía de alimentos para la población mexicana	2010	Indicaciones generales
España	Guías alimentarias para la población española	2016	Guías alimentarias para la población española (SENC), la nueva pirámide de la alimentación saludable.

Fuente: elaboración propia. Proceso de talleres del CTNGA. Agosto del 2017.



## ANEXO B. METODOLOGÍA PARA LA VALIDACIÓN EN CAMPO DEL ÍCONO Y DE LAS RECOMENDACIONES TÉCNICAS DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS

### 1. OBJETIVO

Explorar la percepción, comprensión y valoración de hombres y mujeres responsables de la alimentación de los hogares frente a las recomendaciones técnicas e ícono de las guías alimentarias para gestantes, mujeres lactantes y niños y niñas menores de 2 años, con el fin de evaluar la factibilidad de su implementación.

### 2. CONSIDERACIONES GENERALES

Esta evaluación se realizó con base en la metodología cualitativa. Es importante resaltar que este tipo de metodología privilegia la manera como las personas comprenden, interpretan y perciben la realidad social<sup>59</sup>. Así mismo, desde esta perspectiva se resalta el rol de los contextos socioculturales que soportan y dan sentido a determinado fenómeno social. Teniendo esto en cuenta, las prácticas y representaciones alimentarias de los grupos sociales son comprendidas no solo como fenómenos biológicos sino también sociales y culturales. Así, entendemos que el acto de la alimentación involucra diferentes elementos tanto nutricionales como biomédicos, culturales y sociales<sup>60</sup>. Como plantea Contreras<sup>61</sup>, la alimentación no es solo un fenómeno biológico, nutricional y médico, sino también social, psicológico, económico, simbólico y religioso, es decir, que es un fenómeno caracterizado por la cultura de un grupo humano específico.

Teniendo como marco de referencia lo anterior, y para efectos de dar respuesta al objetivo “Recolectar información cualitativa que a partir de las percepciones de mujeres encargadas de la alimentación de familias permita evaluar la factibilidad de implementar las recomendaciones técnicas y el ícono de las guías alimentarias de Colombia”, se hará uso de una metodología cualitativa aplicada denominada RAP (Rapid Assesment Procedures/ Procedimientos de Evaluación Rápidos), la cual fue descrita por primera vez en 1987 por Susan Scrimshaw y Elena Hurtado en un manual denominado “Rapid Assesment Procedues for Nutrition and Primary Health Care”<sup>62</sup>, con el objetivo de establecer una metodología que hiciera usos de la aproximación antropológica y de sus instrumentos, con el fin de recoger información que

59 Berger, P; Luckmann, T. La construcción social de la realidad. Amorrortu, Buenos Aires, 1986.

60 Marín, G.; Álvarez, M.; Rosique, J. “Cultura alimentaria en el municipio de Acandí”. Boletín de Antropología Universidad de Antioquia, Medellín, vol. 18 (35), 2004, pp. 51-72.

61 Contreras, J. “Introducción”. En: Contreras, J. (comp.) Alimentación y cultura. Necesidades, usos y costumbres. Universitat de Barcelona Publicacions, Barcelona, 1995.

62 Scrimshaw S, Hurtado E. Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care. United Nations University, 1987.



tuviera en cuenta la perspectiva de la comunidades sobre programas en salud que además reconociera conceptos clave como las creencias en salud y las trayectorias terapéuticas.

La metodología RAP ha sido usada ampliamente para la recolección de datos cualitativos en el marco de investigaciones y evaluaciones de programas en salud ya que esta metodología se caracteriza por el establecimiento de instrumentos cualitativos que permitan la recolección de un tema focalizado de información en un periodo de tiempo corto.

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Tipo de estudio:

Se llevó a cabo un estudio de tipo cualitativo centrado en la metodología RAP (Rapid Assessment Procedures / Procedimientos de Evaluación Rápidos). Esta metodología fue seleccionada debido a que ha sido usada en experiencias de evaluación de programas en salud, con el fin de recoger información centrada en la perspectiva de los actores directamente beneficiados de dichos programas (Weiss et al. 2000<sup>63</sup>; Scrimshaw et al.<sup>64</sup>, 1991; Utarini et al. 2003<sup>65</sup>). Así mismo, esta metodología se encontró como pertinente ya que está diseñada para recoger información en un periodo corto de tiempo (Heinrich et.al, 2007<sup>66</sup>).

Por otra parte, se tendrán en cuenta los lineamientos para la elaboración de guías alimentarias basadas en alimentos (GABAS), desarrollados por diferentes entidades<sup>68,69,70,71</sup>,

63. Weiss W, Bolton P y Shankar A. Rapid assessment procedures (RAP) Addressing the Perceived Needs of Refugees & Internally Displaced Persons Through Participatory Learning and Action. 2000, Johns Hopkins University.
- 64 Scrimshaw S, Carballo M, Ramos L, Blair B. 1991. The AIDS Rapid Anthropological Assessment Procedures: A Tool for Health Education Planning and Evaluation. 18(1): 111-123.
- 65 Utarini Adi, Winkvist Anna y Fahmi Maria Ulf. Rapid assessment procedures of malaria in low endemic countries: community perceptions in Jepara district, Indonesia. 2003, Social Science & Medicine, 56 (4) 701-712.
- 66 Heinrich J, Scrimshaw SC, Chávez N y Sullivan M. Food and Fitness for Children and Families: A rapid Assessment Tool. University of Illinois at Chicago. Draft 28, 2007.
- 67 World Health Organization. *Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines*, Report of a Joint FAO/WHO consultation. Nicosia, Cyprus, Geneva, 1996.
- 68 World Health Organization. *Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines*, Report of a Joint FAO/WHO consultation. Nicosia, Cyprus, Geneva, 1998.
- 69 Peña M, Molina V. *Food Based Dietary Guidelines and Health Promotion in Latin America*. Washington, DC: Pan American Health Organization and Institute of Nutrition of Central America and Panama; 1999.
- 70 FAO. *Developing Food-based Dietary Guidelines: A Manual for the English-speaking Caribbean*. In press. 2007
- 71 FAO & Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (ILSI). *Taller sobre Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) y educación en nutrición para el público*. Quito, Ecuador. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile, 1998.



así como diferentes experiencias que han tenido países en la implementación de Guías Alimentarias<sup>72,73,74</sup>.

### 3.2 Muestreo

Considerando la naturaleza cualitativa de este estudio, la clase de muestreo no es probabilístico y por tanto no busca representatividad estadística. Este componente tendrá un muestreo por conveniencia (Purposive Sample) en el cual los participantes son seleccionados teniendo en cuenta los criterios predeterminados como relevantes para los objetivos de la investigación<sup>75</sup>.

En este sentido, la selección de los municipios en los que se recogerá información cualitativa se hará teniendo en cuenta la clasificación del país en 7 regiones geográficas que abarcan la totalidad del país, estas regiones son:

1. Atlántica
2. Oriental
3. Litoral Pacífico
4. Central
5. Pacífica
6. Nuevos territorios
7. Bogotá

Esta selección tendrá en cuenta la participación de población de áreas urbanas y rurales, beneficiarios de programas que el ICBF implemente en los municipios seleccionados.

El tamaño de la muestra se determinará por saturación teórica, esto quiere decir que en la medida en que los datos obtenidos no proporcionen índices temáticos, categorías de análisis o información nueva, se finalizará la aplicación de los instrumentos y se iniciará con el proceso de análisis<sup>76</sup>. Aunque no es posible predeterminar el tamaño de una muestra cualitativa, las experiencias de validación de guías alimentarias reportan entre 48 y 178 participantes<sup>77</sup>.

72 Britten P, Haven J, Davis C. *Consumer research for development of educational messages for the MyPyramid Food Guidance System.* J Nutr Educ Behav. 2006; 38: s108.s123.

73 Albert J., Samuda P., Molina, V., Regis, T., Merlyn, S., Finlay B., et al. *Developing Food-Based Dietary Guidelines to Promote Healthy Diets and Lifestyles in the Eastern Caribbean.* Nutr Educ Behav. 2007. Vol. 39. Pp. 343-350.

74 Molina, V. *Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias.* Anal Ven Nutr. 2008. Vol. 21, No. 1. Pp. 31-41.

75 Miles MB, Huberman AM (1994) *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*, 2nd edn. Sage Publications, California, 1994

76 Miles

77 Miles



## 4. PARTICIPANTES

---

- ▶ Madres, padres o cuidadores permanentes de niños y niñas menores de 2 años alimentados o no con leche materna.
- ▶ Gestantes mayores de 18 años
- ▶ Madres lactantes

## 5. INSTRUMENTOS

---

Dentro del proceso de desarrollo e implementación de las GABA se ha recomendado desarrollar la validación con datos obtenidos entre los miembros de la población o comunidad objeto, mediante pruebas de campo<sup>78</sup>. Para esto, se recomienda el uso de métodos o técnicas cualitativas, tales como grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Según la WHO/FAO los grupos focales se deben realizar con el fin de determinar la conveniencia y aceptabilidad cultural del contenido y de la presentación gráfica o visual de las GABA. Además, cada grupo focal debe ser realizado entre 8 a 15 personas y, como mínimo, 3 por cada región. En cuanto a las entrevistas, la WHO y la FAO recomiendan realizar en total entre 10 a 20, con individuos representativos de las poblaciones o grupos a quienes se dirigen las GABA.

Ejemplos de lo anterior, son, el estudio de Britten *et al*, el cual, en la fase de validación de la GABA en Norteamérica, implementó grupos focales con adultos entre los 25 y los 60 años de edad, mediante dos fases, en las ciudades de Baltimore, Houston y Chicago. Cada grupo focal incluyó entre 8 a 12 participantes. Los participantes fueron reclutados mediante las bases de datos de una firma de estudios de mercadeo. Por otra parte, el estudio de Albert *et al*, realizó dentro de la fase de validación de las GABA en las islas de St. Vincent y las Grandinas, Santa Lucía, Granada y Dominicana, grupos focales con hombres y mujeres de áreas rurales y urbanas. Los grupos focales se hicieron siguiendo las recomendaciones de las propuestas desarrolladas por WHO/FAO, según las cuales se deben desarrollar en tres fases: el mensaje solo, el gráfico solo y los dos juntos. Se indagó sobre la comprensión del mensaje y la aceptación del mismo. Del mismo modo, preguntaron sobre la práctica de las recomendaciones y las barreras que encontraron para seguirlas.

Teniendo en cuenta lo anterior, las técnicas que se propuestas para validar la GABA de gestantes, madres lactantes y niños y niñas menores de 2 años, desde un enfoque cualitativo, son la aplicación de entrevistas semiestructuradas y grupos focales. Estos serán orientados con base en una guía temática estructurada en categorías y subcategorías que tienen como propósito la validación de las GABA, respecto a su contenido textual y gráfico o visual: comprensión, aceptación, factibilidad de implementarla, sugerencias y recomendaciones.

Los grupos focales facilitan la discusión entre distintos miembros de la población estudio con base en sus experiencias, conocimientos y representaciones sobre las GABA. La FAO y la

---

<sup>78</sup> Rivera, R. Validación de una Guía de Educación Alimentaria Nutricional Durante el Embarazo y Lactancia, con mujeres que asisten a control prenatal en el centro de salud de la colonia Centro América, de la Zona 7. Trabajo de Grado para optar por el título de Maestría en Alimentación y Nutrición. Guatemala, noviembre del 2010.



OMS recomiendan explorar metodologías que otorguen a las GABA un carácter participativo, multisectorial e interdisciplinario, con base en las condiciones sociales, culturales, económicas y ecológicas de las poblaciones a las que se dirigen. Por esta razón, se propone desarrollar, además de grupos focales, entrevistas semiestructuradas de final abierto con miembros idóneos o “informantes clave” dentro de la población o comunidad objetivo de la GABA.

Por otro lado, los grupos focales constituyen una técnica de recolección de información que implica discusiones organizadas con un grupo de individuos. Esto, con el fin de tener acceso a información de un tema específico que, por sus características, es de más fácil recolección cuando se da en un contexto de interacción grupal. El grupo focal facilitará la generación de una discusión cuidadosamente planeada diseñada para obtener información sobre las percepciones que los participantes tienen sobre un tema de interés definido, en este caso las guías de alimentación<sup>79</sup>.

Se debe tener en cuenta que las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por tener un guión predefinido medianamente flexible, lo cual permite la elaboración de preguntas emergentes dentro de la entrevista. El investigador es libre de formular las preguntas de la manera que encuentre más pertinente; sin embargo, debe tratar los mismos temas seleccionados en el guion principal con todos los participantes<sup>80</sup>.

Los grupos focales y las entrevistas indagan por las percepciones de la población objeto acerca del ícono y de las recomendaciones de las guías de alimentación. Los grupos focales seguirán una guía de preguntas previamente diseñadas las cuáles indagarán por las categorías de comprensión, aceptación, aproximación a la conducta, beneficios, factibilidad de implementación y soluciones y sugerencias. Las entrevistas se realizarán con el fin de profundizar respuestas de las personas que participan en los grupos focales. En este sentido, no tendrán un guion específico, pero sí estarán orientadas en virtud a las categorías mencionadas.

Para recolectar la información, en cada región (excepto Bogotá) se realizarán 3 grupos focales, uno por cada grupo de interés, en área urbana y rural y con la participación de 6 a 10 personas. Adicionalmente, se realizarán 6 entrevistas por región, que tengan cobertura urbano y rural y cubriendo los tres grupos de interés.

## 6. PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACION

### 6.1 Lugar

La recolección de información se llevará a cabo en 7 regiones del país culturalmente diversas desde el punto de vista alimentario, dentro de las cuales se seleccionaron municipios en el área urbana y rural, incluyendo a Bogotá. Estos municipios fueron seleccionados de acuerdo a características culturales y sociales que dan cuenta de la diversidad del país. Igualmente, esta

<sup>79</sup> Krueger, Richard. *Focus Groups. A Practical Guide for Applied Research*. Sage, 2004.

<sup>80</sup> Díaz, I. Gisela, Ortiz R. Andrés, *La entrevista cualitativa, Cultura de investigación Universitaria, Universidad Mesoamericana*, 2005.



selección permite la recolección de información en áreas urbanas y rurales. En cada municipio se seleccionaran puntos de atención o funcionamiento de Programas del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar<sup>81</sup>. Es en estos lugares donde se realizarán los grupos focales y las entrevistas. La recolección de información se hará a través de 3 equipos, cada uno con dos profesionales.

## 6.2 Rutas de recolección de información

**Recolección de información:** la información se recolectará a través de grupos focales y entrevistas. Primero, se llevarán a cabo los grupos focales y entre sus participantes se seleccionarán informantes clave para profundizar en temas, a través de entrevistas semiestructuradas.

- ▶ Región Caribe: La Guajira (Riohacha, Manaure)
- ▶ Orinoquía: Vichada (Puerto Carreño)
- ▶ Andina: región cundiboyacense (Chiquinquirá, Tunja), Bogotá D. C., Antioquia (Medellín, Girardota), Valle del Cauca (Cali, Yumbo).
- ▶ Pacífica: Valle del Cauca (Buenaventura)

## 6.3 Equipo de campo

La recolección de la información se organizará en tres equipos, cada uno con dos profesionales, antropólogos o sociólogos y con una ruta definida.

**Tabla 1. Relación de profesionales**

Equipo	Profesionales	Nombre	Ruta
Equipo 1	Antropóloga	Natalia Avellaneda	Antioquia / Valle
	Socióloga	Adriana Mongones	Antioquia / Valle
Equipo 2	Antropóloga	Natalia Pulido	Guajira / Vichada
	Antropóloga	Maribel López	Guajira / Vichada
Equipo 3	Socióloga	Sandra Rodríguez	Boyacá / Bogotá
	Antropóloga	Edna Rubio	Boyacá / Bogotá

## Grupos focales

### Composición

- ▶ Moderador: es quien conduce el grupo focal. El grado de control y dirección impuestos por el moderador dependerán tanto de los objetivos del estudio como de su estilo; sin embargo, siempre debe:
  - Conocer bien sobre el tema.
  - Ser experimentado en el trabajo con grupos.
  - Mostrar seguridad en todo momento.

81 Estos lugares aún no han sido especificados por parte del ICBF.



- Utilizar lenguaje adecuado teniendo en cuenta el perfil de los participantes.
  - Lograr empatía rápidamente, sensibilidad.
  - Mantener el control del grupo, tanto como se requiera.
  - Lograr que el grupo interactúe.
- Observador: escucha, registra la discusión del grupo focal, es puente entre el moderador y los participantes.
- Recibe a la gente.
  - Reparte hojas de registro con datos mínimos del perfil del participante.
  - Ayuda a la realización de escarapelas con la identificación de las personas.
  - Se ubica en la parte de atrás o a un lado, no interrumpe la sesión, tiene cuidado con sus gestos y actitudes que puedan intimidar a los participantes.
  - Habla en caso de ser necesario, toma notas sobre reacciones, interacción, notas de interés para el estudio.
- Participantes: centrales en el proceso, entre 8 y 15 personas.
- Debe existir cierta homogeneidad entre ellos, sobretodo pensar en que se sientan cómodos hablando entre ellos y que no se cohíban.
  - Son seleccionados específicamente para el estudio.
  - Los participantes deben estar identificados con escarapelas que permitan al moderador identificar fácilmente al participante, es decir, con letra legible y grande,

### Sitio para la realización de los grupos focales

El lugar donde se desarrolle la reunión debe ser “neutro”; sin embargo, de no ser posible, puede realizarse en hogares, salones comunales o en el sitio donde habitualmente se reúne el grupo. Se recomienda que en el salón de reunión el moderador pueda tener contacto visual con todos los participantes y no dar la espalda a ninguno, puede ser colocando las sillas en forma de U o en círculo. Con relación a las características físicas, lo recomendado es que sean lo más sencillas posibles, sin distracciones para los participantes y deben ofrecer comodidad para establecer relaciones “cara a cara”. Así mismo, es necesario que el lugar sea accesible con relación a transporte y seguridad.

### Materiales didácticos u operativos

Los materiales didácticos, papelería y otros elementos requeridos para el desarrollo de la actividad así como los equipos de grabación deben ser alistados y revisados días antes de la fecha indicada; esto, con el fin de tomar los correctivos necesarios y no tener que improvisar en el sitio. Tener en cuenta la lista de chequeo del anexo 2.



**Desarrollo de la actividad: se hará en 3 etapas.**

- **Primera etapa:**

Apertura o inducción: el moderador da la bienvenida al grupo, introduce el tema, los objetivos y el papel del grupo focal. Debe explicar qué es un grupo focal y cómo funcionará. En esta etapa, el moderador debe indicar cuál es el objetivo de la reunión y establecer reglas del juego en cuanto a dirección de la discusión, metodología, papel del observador (para no inhibir a los participantes) y metodología a seguir. Tener en cuenta la siguiente lista de chequeo:

- ▶ Presentación del moderador y equipo
- ▶ Bienvenida y agradecimiento
- ▶ Objetivo del estudio y de la sesión indicando su utilidad
- ▶ Importancia de su participación
- ▶ Reglas del grupo: con énfasis en participación y tolerancia
- ▶ Consentimiento informado para grabar
- ▶ Dinámica de presentación entre ellos: se deben diligenciar escarapelas con el nombre de cada participante y colocarse en un lugar visible.

- **Segunda etapa:**

Conducción y discusión grupal: tendrá en cuenta dos momentos. En un primer momento, se indagará acerca del ícono aplicando la Guía de preguntas de validación del ícono. En un segundo momento, se discutirán las recomendaciones técnicas de acuerdo con la Guía de preguntas de validación de las recomendaciones técnicas. En cada momento el moderador realizará las preguntas indagando por las razones de las afirmaciones y opiniones mencionadas. El observador deberá escribir los comentarios de mayor relevancia y estar atento a los comentarios y lenguaje no verbal de todos los participantes, con el fin de obtener mayor información.

En esta etapa se deben evitar las respuestas ambiguas, las socialmente aceptables o las “muy abiertas”. Hay que tratar de que sean específicas y lo más exhaustivas posibles y mantener un cuidadoso control sobre el tiempo de desarrollo del grupo.

La calidad de la información recolectada es el resultado de las habilidades del moderador. Para esto se recomienda tener en cuenta:

- ▶ **Sustitución:** es un cambio en la presentación de la pregunta, se emplean algunas palabras diferentes, pero sin variar el sentido de la misma. El facilitador debe estar seguro de que la forma en que se formula la pregunta no sugiere en sí una contestación determinada.
- ▶ **Clarificación:** después de que la pregunta haya sido contestada por el participante, se puede repetir dicha respuesta a fin de clarificar o profundizar más en el tema.
- ▶ **Reorientación:** esta técnica ayuda a animar la discusión entre todos los participantes.
- ▶ **El que no participa:** para animar a un participante apacible, el moderador debe dirigirse directamente a él utilizando su nombre y puede abiertamente solicitarle su opinión.
- ▶ **El participante dominante:** cuando en el grupo exista un participante dominante, el moderador puede solicitar una participación más activa del resto.

Igualmente, se debe tener en cuenta la siguiente lista de chequeo:



- ▶ Pregunta de inicio. Comience por lo más general.
- ▶ Sea específico.
- ▶ Haga énfasis en lo de mayor interés para la investigación.

- **Tercera etapa:**

Clausura de la actividad: incluye llegar a un consenso en las conclusiones finales y realizar el agradecimiento a los participantes insistiendo no solo en la importancia de su participación sino también en la forma como los datos serán utilizados. Tener en cuenta la siguiente lista de chequeo:

- ▶ Hacer un resumen junto con ellos.
- ▶ Preguntar si alguien quiere agregar algo a la discusión o si hay preguntas.
- ▶ Agradecer la participación y entregar certificado de asistencia, si así fue definido.

Al finalizar, se servirá el refrigerio. Este momento puede aprovecharse para:

- ▶ Contactar a los informantes para realizar las entrevistas de profundización.
- ▶ Intercambiar impresiones rápidamente entre el moderador y los redactores para ver qué cosas están quedando sueltas o poco claras para volver a preguntarlas antes de que los participantes se vayan.
- ▶ Acercarse a un participante y pedirle que aclare algo para lo que no es necesario la participación de todos.
- ▶ Preguntarle algo al participante que menos habló.
- ▶ Escuchar los comentarios que los participantes hacen entre ellos sobre el tema discutido.

### Entrevistas semiestructuradas

Selección de informantes clave para entrevista (Anexo 3): La selección de entrevistados se hace de los participantes de los grupos focales. Se deben tener en cuenta a aquellos que dan información directamente relevante para los objetivos de la evaluación.

Características del entrevistador: deber ser flexible, captar los objetivos de la entrevista, evaluar críticamente la información que recibe e indagar en la claridad y exhaustividad de las respuestas.

Condiciones de tiempo, lugar y registro de la entrevista: la entrevista se debe desarrollar en un espacio de tranquilidad y privacidad, de preferencia sin la presencia de otras personas que puedan inhibir o distraer al entrevistado.

Realización de entrevistas: en estas se abordarán las temáticas que necesiten profundización, a partir de los resultados del grupo focal.



## 7. PLAN DE SISTEMATIZACIÓN ANÁLISIS DE DATOS

---

El proceso de análisis de la información tendrá como propósito identificar temáticas comunes o categorías que se repitan en las entrevistas y aquellas que surjan como divergentes o extraordinarias en los mismos datos. Posteriormente, estas categorías de análisis se organizarán en matrices de datos, construidas con base en las categorías de análisis previamente determinadas y aquellas que emerjan de los datos obtenidos entre la población objetivo<sup>82</sup>. Es necesario aclarar que el proceso de sistematización va de la mano con el proceso de análisis y que cada una de estas fases requiere de lecturas repetidas a los datos por parte de cada uno de los investigadores. Así mismo, durante el proceso de sistematización cada código o categoría emergentes serán definidos y analizados a profundidad. El análisis de los datos incluye comprender las relaciones entre códigos y las redes que se forman entre ellos.



---

82 Coffey A y Atkinson P. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Medellín: Universidad de Antioquia;2003.

## ANEXO C. RESULTADOS VALIDACIÓN TERRITORIAL

### 1. RESULTADOS VALIDACIÓN ÍCONO

Los resultados acerca del ícono son presentados para cada uno de los elementos que lo conforman:

- ▶ Plato
- ▶ Vaso con agua
- ▶ Siluetas blancas
- ▶ Cubiertos
- ▶ Individual o servilleta

Igualmente, en estos elementos se analizaron los aspectos relacionados con las categorías que se indagaron:

- ▶ Comprensión
- ▶ Aceptación
- ▶ Práctica alimentaria
- ▶ Factibilidad de implementarla
- ▶ Adaptabilidad (sugerencias de los participantes)

#### 1.1. Percepción general del ícono

En general, las participantes asocian el ícono con alimentos y alimentación saludable, consideran que representa la cantidad o proporción de cada uno de los grupos de alimentos que se deben consumir, en la alimentación diaria, especialmente en el tiempo de almuerzo.

*“Son alimentos, los que debemos comer para estar saludables, yo veo eso, ahí están de todos los que uno tiene que comer” (TU\_EN\_01).*

*“Es lo que uno come durante el almuerzo, es un almuerzo” (AN\_EN\_02).*

Solo en 4 de las 11 ciudades se identifica el ícono como el plato de las familias colombianas. En estos lugares, las mujeres tenían conocimiento del ícono y del concepto por su participación en programas institucionales. Igualmente, las mujeres gestantes con condiciones nutricionales especiales han tenido conocimiento del ícono debido a que este ha sido utilizado en los controles y a algunas les ha sido entregada una copia para que sigan las recomendaciones. Llama la atención el caso de Chiquinquirá donde las mujeres no solo reconocían el ícono sino que además sabían que se llamaba el “Plato saludable de la familia colombiana”. Se puede evidenciar que las mujeres comprenden mejor el ícono cuando han tenido explicaciones detalladas previas del mismo y, además, cuando lo han usado como guía para su alimentación.



*“En Iraca ya no lo habían mostrado, allá nos enseñaron los grupos de alimentos que uno debe comer de cada cosa para alimentarse saludablemente” (CH\_GF\_01).*

En el resto de ciudades, ninguna de las mujeres mencionó haber visto el ícono previamente. Se resalta Puerto Carreño, en donde actualmente se sigue haciendo pedagogía con el tren de la alimentación. En esta ciudad, al presentar el plato, las gestantes tendían a compararlo con el tren, del cual apreciaban la separación entre frutas y verduras.

*“Ayer en el taller nos enseñaron sobre el tren de la alimentación, en donde separaban los alimentos, especialmente las frutas y verduras y ponían animales con las carnes y los quesos, pusieron una vaquita. Considero que el tren de la alimentación se entiende más porque nos lo explicaron” (PC\_GF\_01).*

Se considera que se dirige a población en general, no se considera que esté dirigido especialmente para gestantes, mujeres en período de lactancia o menores de 2 años.

En cuanto a las recomendaciones, la población sugiere:

- ▶ Realizar más acciones educativas y promocionales del ícono que incluyan no solo acciones específicas de IPS o programas sociales, sino comunicación masiva.
- ▶ Se sugiere que el ícono se acompañe de un título.
- ▶ Para menores de 2 años, se sugiere un ícono orientado a los niños.
- ▶ Que sea fácil identificar hacia qué población se dirige el ícono, ya sea por medio de herramientas visuales o un slogan, un título, o siluetas resaltadas de cada población.
- ▶ Se considera necesario incluir una representación gráfica que permita entender que lo que sugiere el ícono es el consumo de alimentos en el transcurso de un día y no un tiempo específico de comida como el almuerzo.

## 1.2 Percepción del “Plato”

### 1.2.1 Comprensión

La mayoría de mujeres relaciona el gráfico con un plato que les indica lo que debe consumirse; sin embargo, esta asociación es en mujeres que no habían tenido conocimiento previo del ícono, no es inmediata, la hacen una vez que ven el ícono con detenimiento y lo asocian con los utensilios que acompañan al plato que ayudan a que lo reconozcan como tal.

La mayoría considera que el plato representa una alimentación saludable ya que contiene alimentos saludables, variados, balanceados y nutritivos que se deben consumir. En este sentido,



el plato se entiende como una recomendación alimentaria, el deber ser de la alimentación o un esquema de alimentación saludable.

*“Eso es un plato, están todos los alimentos de acuerdo a tipos de alimentos” (TU\_GF\_01).*

### Divisiones del plato

El número de divisiones que se identifica inicialmente, varía entre cuatro y seis divisiones, la mayoría de participantes, en un primer momento, nombra las cuatro divisiones de color amarillo, verde, azul oscuro y unen en un solo grupo las divisiones de color azul claro, rojo y morado. Luego, cuando se les pide que observen con más detenimiento, señalan las seis divisiones del plato.

Consideran que estas divisiones representan grupos de alimentos que se deben consumir, especialmente durante el almuerzo. En general, a cada división le asignan diferentes nombres que generalmente tienen alguna asociación con el grupo de alimentos representados o corresponden a alimentos que hacen parte de la división. En todas las regiones, la división de color rojo fue la más difícil de comprender y en mujeres que no saben leer y escribir, esta división, no fue identificada.

En población indígena se identifican algunas especificidades como denominar a los cereales como leguminosas y a los lácteos como refrigerados. La población indígena de Manaure considera que las divisiones se deben a que unos alimentos provienen de la tierra y otros de los animales, y en el área rural de Riohacha, los grupos de dulces y aceites, al ser más pequeños, se asocian con la cantidad de alimentos que consumen los niños, a quienes se les dan porciones reducidas de estos.

Los nombres asignados a cada grupo de alimentos fueron:

#### Grupo de cereales, raíces, tubérculos y plátano:

- Cereales
- Tubérculos
- Harinas
- Carbohidratos
- Potasio
- Legumbres (indígenas de Puerto Carreño y Riohacha)

#### Grupo de frutas y verduras:

- Verduras
- Hortalizas
- Frutas y verduras
- Adicionalmente, consideran que en este grupo hay mayor representación de verduras que de frutas; además, que las frutas de los jugos no se ven representadas.



**Grupo leche y productos lácteos:**

- Refrigerados
- Lácteos

**Grupo carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas:**

- El salado de la comida (indígenas)
- Carnes y derivados
- Proteínas
- Carnes y granos
- Huevos

**Grupo de grasas:**

- Colesterol
- Grasas
- Aceites
- Grasa saludable

**Grupo de azúcares:**

- Endulzantes
- Dulces
- Azúcar

**Colores del plato**

La mayoría de participantes relaciona el color de las divisiones con los alimentos o grupo de alimentos representados. En general, la población encuentra relación entre el color verde y amarillo, los demás colores generan algunas controversias acerca de lo que representan. Para algunos, los colores solo son para resaltar los alimentos.

- ▶ Verde: representa alimentos frescos, no dañados, consideran que sí hay relación debido a que todas las frutas y verduras tienen este color.
- ▶ Amarillo: Lo asocian al grupo porque consideran que los cereales son de este color.
- ▶ Azul oscuro: no encuentran relación del color con los lácteos.
- ▶ Azul claro: no le encuentran ninguna relación ni con los alimentos ni con el grupo como tal.
- ▶ Rojo: Aunque este color no lo relacionan con los alimentos del grupo, lo consideran apropiado porque lo asocian con “peligro”, “alerta”, y manifiestan que es una advertencia para “no consumir mucho de estos alimentos”.
- ▶ Morado: No le encuentran ninguna relación con los alimentos representados.

**Tamaño de las divisiones**

Se encuentra relación entre el tamaño de la división y el tamaño de la porción de alimentos que se debe consumir. En este sentido, consideran que se debe consumir mayor cantidad de



cereales, lácteos, frutas y verduras y consumir de los otros grupos de alimentos, pero en menor cantidad.

Igualmente, opinan que el tamaño de las divisiones depende de la importancia de los alimentos en términos del aporte de vitaminas y minerales. En este sentido, los alimentos que se encuentran en las divisiones más grandes son los que tienen un mayor aporte, entre más grande sea la división más importante es el consumo de estos alimentos.

*“Cada alimento está en un porcentaje, de los más a los menos importantes” (PC\_GF\_01)*

Muchas mujeres con bajo nivel educativo y población indígena no encuentran relación entre el tamaño de las divisiones y los grupos de alimentos y para otras mujeres es necesario incluir tamaños de porciones asociadas a medidas reconocidas como tazas, cucharadas, entre otras.

Pocas mujeres creen que el tamaño de las divisiones está relacionado con la variedad de alimentos de cada grupo. En este sentido, consideran que hay más cereales, frutas y verduras que grasas.

*“Por lo menos, el grupo de verduras es más grande que otros grupos porque hay más productos de esos que de los otros” (BU\_EN\_14).*

### Alimentos de cada división

En general, la población identifica la mayoría de los alimentos representados en cada grupo; sin embargo, algunos son identificados con varios nombres y a otros no se les asigna ninguno. Lo anterior, debido a la forma de graficar el alimento, que en algunos casos está claro y en otros no. Igualmente, los participantes identifican diferencias en los dibujos de los alimentos como la proporcionalidad de su tamaño y la idea de realidad de los mismos. Por otra parte, la mayoría de los participantes considera que el grupo de los lácteos tiene muchas representaciones de un solo alimento (queso) y podrían incluirse otros lácteos como el kumis. Es necesario resaltar que los alimentos que están identificados con un nombre no son reconocidos por las personas que no saben leer y escribir. La identificación que realizaron de los alimentos de cada grupo fue:

### Grupo de cereales, raíces, tubérculos y plátano:

- ▶ Identificados: mazorca, arepa, plátano amarillo.
- ▶ Identificados con varios nombres:
  - Papas/buñuelo/huevo/coco
  - Arroz/tazón de harina
  - Pan/arepa
  - Yuca/chorizo/nuggets/empanada/arracacha/yuca brava/ñame
  - Plátano/guineo/hartón/banano/plátano maduro



- ▶ No identificados: Pasta (difícil de identificar) Luego de un tiempo la asocian con fideos/ arepa/huevo frito/queso/huevo en tortilla.

### Grupo de frutas y verduras:

- ▶ Identificados: zanahoria, tomate, banano, piña.
- ▶ Identificados con varios nombres:
  - Ahuyama/calabaza/zapallo/pimentón verde
  - Acelgas/lechuga/espinaca/apio (en algunos casos no se acuerdan del nombre)
  - Cebolla cabezona/ajo/zapote/naranja (por el color, no se percibe en el gráfico)
  - Naranja/mandarina
  - Arveja/pepino/habichuela/pantalón
  - Brócoli/coliflor (en poblaciones indígenas no lo reconocen pues no hay disponibilidad de dicho alimento en la zona)
  - Remolacha/rábano/zapote
  - Manzana verde/pera
  - Papaya/ahuyama/aguacate
- ▶ No identificados: manzana verde en Puerto Carreño ya que no es un alimento que esté disponible.

### Grupo leche y productos lácteos:

- ▶ Identificados: leche, solo en Puerto Carreño, un grupo de Sikuanis y Amorúa no identifican la leche como un alimento líquido sino en polvo.
- ▶ Identificados con varios nombres:
  - Yogur griego/ merengue /crema de leche/ suspiro/ mermelada/ helado/ pastel/ leche de soya/ mayonesa/ puré de papa.
  - Queso amarillo/galletas/torta
  - Cuajada/mantequilla/pulpa de guanabana/torta/suero
  - Queso blanco/quesillo/ queso pálido/queso/queso costeño/ campesino/cuajada/ mantequilla
  - Yogur/leche/avena/colada/crema/puré
- ▶ No identificados:
  - Algunas personas de bajos recursos no reconocen el queso porque no lo consumen.
  - No se reconoce el yogurt griego por personas que no saben leer o nunca antes lo han visto.



**Grupo carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas:**

- ▶ Identificados: pollo, huevos, pescado, res.
- ▶ Identificados con varios nombres:
  - Pierna de cerdo/embutido / pavo/ salchicha / jamón /muchacho relleno/carne en pasta/ pechuga /no saben qué es
  - Cerdo/bagre/ternera/lomo de cerdo/res
- ▶ No identificados: las leguminosas secas no se identifican inicialmente, posteriormente les asignan diferentes nombres:
  - Fríjoles/papa/blanquillo
  - Garbanzo/arveja/lenteja/limones
  - Lentejas: bolitas/frijoles

**Grupo de grasas:**

- ▶ Identificados: aguacate, el aceite es reconocido unánimemente por las personas que saben leer.
- ▶ Identificados con varios nombres:
  - Coco/huevos

**Grupo de azúcares**

- ▶ Identificados con varios nombres:
  - Azúcar/ sal/ arroz/ leche en polvo/ torta/ pastel
  - Miel (si no se sabe leer no se reconoce)
  - Panela/ Ricostilla®/ pan integral/ chocolate/ mantequilla

*“Para las ramitas verdes no sabemos el nombre” (PC\_GF\_01)*

*“Esos son unos buñuelos, son muy redondos y perfectos para ser papas, además es muy clarita la cáscara, la papa es más oscura” (GI\_GF\_1)*

*“Son como granos, pero no sé si son lentejas o qué” (GI\_EN\_03).*



### 1.2.3 Práctica alimentaria

En general, las participantes reconocen la importancia de una alimentación saludable; sin embargo, sus prácticas alimentarias no siempre coinciden con las recomendaciones que les dan. Es necesario indicar que para los participantes el consumo de alimentos está asociado con las costumbres alimentarias, la disponibilidad y el acceso de los alimentos, de acuerdo con las condiciones geográficas de cada región y a la disponibilidad de recursos económicos. Por otra parte, aunque la alimentación de mujeres gestantes y en período de lactancia es muy parecida, se identifican algunas prácticas que las caracterizan ya sea como gestante o en período de lactancia.

Las mujeres gestantes son conscientes de la importancia de la alimentación en el periodo en el que se encuentran al considerar que esto está directamente relacionado con su salud y la salud y desarrollo de sus hijos; esto generalmente se asocia con su participación en programas sociales y su asistencia a los controles prenatales. Sin embargo, sus prácticas no siempre se acercan a las recomendaciones.

En áreas urbanas, las mujeres gestantes manifiestan tener por lo menos 5 tiempos de comida que son el desayuno, medias nueves, almuerzo, onces y comida. En el caso de las participantes que pertenecen a comunidades indígenas y viven en resguardos, los tiempos de comida dependen de la disponibilidad de alimentos en el territorio y de las limitaciones económicas, en este sentido pueden tener uno (al mediodía) o dos tiempos de comida al día (en la mañana y en la tarde).

Es frecuente que las mujeres gestantes y lactantes aumenten el consumo de verduras, frutas, lácteos y carnes en comparación con lo que consumían antes de la gestación. En carnes se identificó un consumo mayor de vísceras, espinacas y pescado.

También se identificó la disminución de algunos alimentos que consideran que les hacen daño, tales como granos, carne de cerdo, harinas, grasas, dulces, sal, alimentos condimentados y comidas rápidas. Así mismo, se disminuye el consumo de alimentos que debido al embarazo encuentran desagradables: pollo, pescado, carnes rojas. Por recomendación, algunas redujeron el consumo de comidas rápidas y embutidos.

En población indígena, la alimentación, tanto en el embarazo como en el período de lactancia, no varía con respecto a la dieta habitual. Si bien son conscientes de la necesidad de aumentar el consumo de ciertos alimentos, no lo hacen por limitaciones asociadas con la disponibilidad y el acceso de los alimentos. Debido a sus creencias, muchas mujeres indígenas disminuyen el consumo de carnes rojas.

Las parteras en Buenaventura recomiendan a las gestantes restringir el consumo de alimentos procesados como embutidos por los compuestos químicos que creen que afectan la salud del bebé, así como no consumir alimentos fríos, disminuir el consumo de jugos cítricos, preferir preparaciones tradicionales hechas en casa con productos naturales, en especial pescado y gallina y consumir líquidos, agua, jugos.

En cuanto a los grupos de alimentos que más se consumen, cabe resaltar que los resultados varían dependiendo de la región: en Bogotá y Boyacá se identificó un mayor consumo de



cereales relacionado con la disponibilidad, el acceso, los gustos y la economía de alimentos como la papa, yuca, plátano y arroz. También se reporta un alto consumo de lácteos, especialmente la leche, el yogur y el kumis. Se refiere un alto consumo de menudencias, vísceras, hueso, lentejas y recortes. En Antioquia y Cali, un mayor consumo de frutas y algunas verduras como la espinaca y la pringamoza. En Buenaventura, un alto consumo de carnes, frutos del mar, y en las poblaciones calificadas como vulnerables se registra un alto consumo de animales silvestres como conejos, zorras y guaguas. En el casco urbano de La Guajira se encontró un mayor consumo de cereales, grasas, granos secos, frutas de cosecha y verduras, zanahoria y remolacha específicamente; en el área rural y las comunidades indígenas se consumen frutas silvestres disponibles en los territorios. En el caso de Puerto Carreño se consumen harinas, azúcares, grasas y carnes. Es de resaltar que en esta región las mujeres sikuanis, en período de lactancia, tienen restringido el consumo de pescado a menos de que estos sean rezados por médicos tradicionales.

*“Es más nutritiva la gallina porque el pollo tiene hormonas” (BU\_GF\_PA)*

*“El coliflor lo come la gente de las ciudades, por allá los que tienen platica, aquí hay pero no hay para comprarla” (RI\_GF\_01)*

En cuanto a las comidas que integran cada tiempo de comida, ya sea que se consuma desayuno, almuerzo o comida, se encontró que para la mayoría de los participantes un desayuno está conformado principalmente por lácteos, dulces, cereal y huevos o proteínas. Los lácteos que se identifican son leche, yogurt, avena y queso. Los dulces se refieren a panela para la “agua de panela” o el “tinto” y azúcar para endulzar el café. Los cereales generalmente hacen referencia a pan, galletas, arroz, papa (caldo de papa), yuca y plátano. Igualmente, se consumen huevos y pescado en lugares con alta disponibilidad. Llama la atención el consumo de alimentos no recomendados como embutidos (salchichas, mortadela) y alimentos no frescos que se consumen en calentado.

Tabla 1. Alimentos que integran el desayuno por departamento

Departamento	Alimentos
Bogotá	Fruta
	Leche, yogur o avena
	Queso
	Huevo
	Pan
	Arroz
	Sándwich
	Calentado



Departamento	Alimentos
Boyacá	Café
	Chocolate
	Arepa
	Caldo de papa
	Fruta de cosecha
Antioquia	Arepa
	Calentado
	Huevo
	Queso
	Arroz con huevo
	Milo
	Galletas
	Agua de panela con leche
	Café con leche
	Pan de queso
	Fruta
	Colada de avena
	Salchicha
Valle del cauca	Huevo
	Arepa
	Chocolate
	Queso
	Papa cocida
	Cereal
	Sándwich
	Calentado
	Galletas
	Agua de panela
	Pan
Manauere	Arepa
	Plátano
	Yuca
	Papa cocida
	Queso
	Leche
	Huevo
	Avena



Departamento	Alimentos
Riohacha	Yuca
	Queso
	Arepa
	Café con leche
	Chocolate
	Bollo
	Guineo
Puerto Carreño	Huevo
	Caldo de pescado
	Caldo de huevo
	Arepa
	Chocolate
	Café con leche
	Jugo
	Pescado
	Mañoco
	Gelatina
	Mango con sal
	Pan
Avena	
Yucuta	

El almuerzo está conformado por más alimentos identificados como cereales, granos, carnes, verduras, frutas (especialmente en jugo) y sopas. Los cereales de mayor consumo son arroz, plátano, yuca, pasta y papa. Las carnes no son cotidianas y las de mayor consumo son res, vísceras, menudencias, hueso, hígado y "recortes". En lugares como Buenaventura, Puerto Carreño y Riohacha se reporta alto consumo de pescado, mientras que en Bogotá y Boyacá se consumen caldos de cabeza de pescado. En la mayoría de municipios, en vez de carnes se consumen granos como lentejas, fríjoles y garbanzos. Las verduras generalmente son consumidas en ensaladas integradas por lechuga, remolacha, tomate, pepino, zanahoria y aguacate (no identificado como grasa). Igualmente, se identificó un alto consumo de cremas o sopas de ahuyama. Estos son los alimentos que más se consumen porque son considerados económicos, hacen parte de su cultura alimentaria y están disponibles.



Tabla 2. Alimentos que integran el almuerzo por departamento

Departamento	Alimentos
Bogotá	Arroz
	Papa
	Pollo, carne, hígado, molipollo
	Pasta
	Frijol
	Ensalada de verdura (cebolla, tomate, pepino, lechuga, zanahoria, aguacate, remolacha)
	Sopa (hueso, cuchuco, cabeza de pescado)
	Jugo
	Sopas de sobre (champiñones, pollo)
	Cremas (ahuyama)
Boyacá	Papa
	Yuca
	Lentejas
	Verduras (zanahoria, acelgas, arveja, ahuyama)
	Arroz
	Carne, pollo
	Sopa
	Jugo
Antioquia	Sopa de verduras
	Frijol
	Lentejas
	Arroz
	Carne, pollo, hígado
	Ensalada (lechuga, tomate, aguacate)
	Pescado (mojarra)
	Plátano maduro
	Sancocho
	Sudado
	Huevo



Departamento	Alimentos
Valle del cauca	Lenteja
	Sudado de pollo
	Sudado de carne
	Arveja
	Plátano maduro
	Carne molida
	Sancocho
	Hígado
	Sopa de pasta
	Atún
	Pescado (tilapia)
	Arroz con pollo
	Ullúcos
	Frijoles
Fideos	
Manauare	Arroz
	Pollo
	Jugo
	Zanahoria
	Tomate
	Pescado
	Granos (frijol guajirito y frijol cabeza negra)
	Queso
Riohacha urbana	Carne guisada
	Arroz
	Jugo
Riohacha rural	Chicha
	Pescado
	Arroz
	Caldo de gallina
Puerto carreño	Carne sudada
	Pescado
	Arroz
	Lentejas
	Plátano maduro
	Garbanzo
	Ensalada (pepino, tomate, remolacha)



Las frutas son clasificadas en dos grupos: las de jugo y las enteras. Las frutas de jugo rinden más y generalmente son: guayaba, tomate de árbol y mora. Las frutas que se consumen enteras no se compran frecuentemente ya que se consumen muy rápido luego de comprarse y alcanzan para pocas personas, estas frutas son mandarina, manzana, papaya, mango y banano. Por otra parte, cuando mencionan un consumo de grasa se refieren especialmente al aceite con el que preparan la mayoría de sus alimentos.

Generalmente, la comida, está conformada por los alimentos que quedaron de almuerzo o comidas denominadas “livianas” como coladas, avena y agua de panela, acompañadas con pan o galletas. En algunos lugares, arroz y huevo frito.

Tabla 3. Alimentos que integran la comida por departamento

DEPARTAMENTO	Alimentos
Bogotá	"Lo mismo del almuerzo"
	"Cosas livianas" (galletas, avena, agua de panela)
	Arroz
	Huevo
Boyacá	"Lo mismo del almuerzo"
	"Cosas livianas" (galletas, avena, agua de panela)
Antioquia	Sopa de vegetales
	Yogur
	Galletas
	Arroz con pasta
	Arroz con salchichón
	Huevo
	Arepa
	Queso
	Sándwich
	"Lo mismo del almuerzo"
Fruta	
Valle del cauca	Pollo
	Arroz
	Carne frita
	Jugo
	Plátano cocido
	Ensalada de papa y zanahoria
	Ensalada de atún



DEPARTAMENTO	Alimentos
Manaure	Arepa
	Papa
	Pan
	Chicha
Riohacha urbana	Plátano
	Queso
	Café
	Chocolate
Riohacha rural	"Lo que queda del almuerzo"
Puerto Carreño	"Lo que queda del almuerzo"
	Nada
	Yucuta
	Mañoco
	Arepa
	Pan
	Bienestarina

También se encuentran en el ícono alimentos que, por lo general, no son consumidos por la población debido a condiciones, tales como el gusto, la costumbre, la disponibilidad, el acceso geográfico y la capacidad económica para comprarlos. Igualmente, se identifican restricciones particulares a cada tipo de población ya sea porque les hace daño o en los niños porque aún no los pueden consumir. Estos alimentos son:



Tabla 4. Alimentos del ícono que no se consumen por tipo de población

Lugar	Grupo de alimentos	Alimento	Gestantes	Período de lactancia	Menores dos años	Observaciones
Bogotá	Azúcares	Miel	*	*	*	Solo remedio
	Verduras	Brócoli	*	*	*	Gusto/alimento pesado
		Acelgas	*	*	*	Gusto
		Remolacha			*	No se incluye en sus preparaciones
	Frutas	Ácidas		*		Gastritis
	Lácteos	Yogur griego	*	*	*	No lo conocen
		Yogur		*		Es frío y lo transmiten al bebé por medio de la leche materna
		Cuajada		*		Disponibilidad
	Carnes	Pescado	*		*	Consumen enlatado por el costo. Por recomendación médica no les dan hasta que cumplen 1 año. Es frecuente el consumo de caldo de cabeza de pescado
		Cerdo			*	Alimento pesado
	Grasas	Aguacate			*	Gusto
		Coco	*	*	*	Los niños no pueden masticarlo



Lugar	Grupo de alimentos	Alimento	Gestantes	Período de lactancia	Menores dos años	Observaciones
Boyacá	Azúcares	Miel	*			Solo remedio
	Verduras	Brócoli	*	*	*	Gusto
	Frutas	Piña	*			Aversión
	Grasas	Coco	*	*	*	Costo/disponibilidad
	Lácteos	Cuajada	*			Costo
		Yogur griego	*	*	*	No lo conocen/costo
	Carnes	Cerdo	*			Tiene una bacteria
		Granos	*	*		Producen estreñimiento
Agua		*			Menores de dos años consumen en muy pocas cantidades y baja frecuencia. Manifiestan la preferencia por los jugos	
La Guajira	Frutas y verduras	Acelgas	*	*	*	Acceso/costo
		Brócoli	*	*	*	Gusto/costo
		Naranja			*	Ácido
		Manzana verde	*	*	*	Acceso/costo
	Lácteos	Queso	*	*	*	Acceso/costo
		Queso amarillo	*	*	*	Acceso/costo
		Cuajada			*	Acceso/costo
		Leche	*	*		En casco urbano sí se consume leche líquida
		Yogur griego	*	*	*	Acceso/costo
		Yogur	*	*	*	Acceso/costo
	Carnes	Res	*			Aversión
		Embutido			*	Costo
		Chivo			*	Alimento muy grasoso
		Granos		*	*	En casco urbano los menores de dos años no los consumen
		Pollo	*			Costo
	Grasas	Aguacate	*	*	*	Costo
	Azúcares	Miel	*	*	*	Costumbre
Cereales	Arroz		*		No lo consumen durante el primer mes posparto	



Lugar	Grupo de alimentos	Alimento	Gestantes	Período de lactancia	Menores dos años	Observaciones
Puerto carreño	Frutas y verduras	Acelgas	*	*	*	Disponibilidad/costo
		Manzana verde	*	*	*	Disponibilidad/costo
		Brócoli	*	*	*	Gusto, disponibilidad/costo
	Lácteos	Yogur	*	*	*	Acceso/costo
		Queso amarillo	*	*	*	Disponibilidad/costo
		Cuajada			*	Costo
		Yogur griego	*	*	*	Desconocimiento/costo
		Leche	*	*		Comunidades indígenas consumen leche en polvo. En casco urbano sí se consume leche líquida
	Carnes	Res	*			Aversión
		Pescado		*	*	A menos de que sea rezado por un médico tradicional porque puede enfermar al niño y a la mamá
		Pollo			*	Costo
		Granos		*	*	Alimento pesado
		Pavo	*	*		La figura la asociaron con pavo y es un alimento costoso
	Grasas	Coco	*	*	*	Costo/disponibilidad
		Aguacate			*	Costo/disponibilidad
	Azúcares	Miel	*	*	*	Razón cultural, utilizan panela
	Antioquia	Frutas y verduras	Cebolla	*		
Brócoli			*			Alimento pesado
Arracacha						Confunden la yuca con arracacha
Acelgas						Gusto
Lácteos		Queso amarillo	*	*	*	Gusto/costo
		Yogur griego	*	*	*	Desconocimiento
Carnes		Pescado	*			Gusto/costo
Grasas		Coco	*			No ven la necesidad
Azúcares		Miel	*			No lo consideran un endulzante
Cereales		Maíz	*			Costo
	Arroz	*			A menos que sea con granos	



Lugar	Grupo de alimentos	Alimento	Gestantes	Período de lactancia	Menores dos años	Observaciones	
Valle del Cauca	Frutas y verduras	Ahuyama	*			Gusto	
		Papaya	*			Gusto	
		Brócoli			*	Gusto	
		Cebolla			*	Gusto	
		Arveja			*	Le da miedo que se atore	
		Remolacha	*			Gusto	
	Lácteos	Leche	*			La reemplazan por leche de soya y almendras porque es un alimento pesado	
		Yogur griego	*	*	*	Desconocimiento	
		Queso amarillo	*	*	*	Costo	
	Grasas	Coco	*			Lo consideran más como una fruta	
	Azúcares	Miel	*		*	No la consideran un endulzante/ recomendación médica	
	Cereales	Arracacha	*			Confunden la yuca con arracacha	
	Agua	Agua	*	*		La consideran insípida y la reemplazan por jugos	
	Carnes	Granos				*	Recomendación médica
		Pescado	*			*	Peligro de las espinas en niños y por creencias las no se pueden consumir todos los pescados

Por otra parte, las participantes identifican una serie de alimentos que hacen parte de sus prácticas alimentarias y que no encuentran representados en el ícono. En algunos casos son alimentos tradicionales y autóctonos de cada región. Sin embargo, en lugares como Bogotá se identificó el consumo cotidiano de alimentos no recomendables por ser procesados. En la siguiente tabla se presentan los alimentos no incluidos en el ícono referidos por las participantes de La Guajira.



Tabla 5. Alimentos que se consumen y no se encuentran en el ícono

Dpto.	Grupo	Alimento	Gestantes	Período de lactancia	Menores dos años	Observaciones	
La Guajira	Cereales	Harina			x		
	Frutas	Corozo	x	x			Son frutas de consumo en el área urbana de Riohacha.
		Maracuyá	x	x			
		Torombolo	x	x			
		Mandarina	x	x			
		Melón	x	x			
		Cereza	x	x			
		Fresa	x	x			
		Uva	x	x			
		Granadilla	x	x			
		Iguaracha	x	x			
	Carne	Iguana	x	x			Carnes tradicionales
		Conejo	x	x			
		Tortuga	x	x			
		Gallina	x	x			
		Chivo	x	x		x	
	Grasas	Aceite de corozo	x	x			Se usan para remplazar los aceites de cocina porque se consiguen sin mayor costo sobre todo en los indígenas de la Guajira.
		Aceite de chivo	x	x			
		Grasa de cerdo	x	x			
		Mantequilla				x	Se utiliza como aderezo para preparar una compota salada con papa machacada, como desayuno para los niños menores de dos años.
Grasa de gallina		x	x				



### 1.2.3 Factibilidad de implementarlo

Se identifican facilidades asociadas a la disponibilidad de los alimentos, bien sea porque se producen en la región o porque son comercializados. En zonas de frontera, como Vichada, las personas se ven beneficiadas por la disponibilidad de alimentos provenientes de los países vecinos a los cuales pueden acceder por un menor costo.

Igualmente, se resalta como facilidad el conocimiento que se les brinda, a través de programas institucionales y controles prenatales, sobre la alimentación en cada una de las etapas. Algunas mujeres reciben por parte de estos programas apoyo alimentario mensual que suele contener productos no perecederos como granos, enlatados, arroz, aceite, bienestarina, pasta y panela. En algunas familias, se ve como facilidad el hecho de contar con un trabajo estable que les garantice un ingreso fijo y así poder adquirir los productos representados en el ícono.

Como barreras identifican condiciones económicas, disponibilidad de los productos, acceso geográfico, prevención de enfermedades, gusto, aversión y prácticas alimentarias cotidianas. En cuanto a barreras económicas, se identifican aquellas asociadas con el poder adquisitivo de las mujeres lo cual limita el acceso a alimentos como las carnes, lácteos y algunas frutas y verduras. En este sentido, las participantes manifiestan que reemplazan alimentos por otros, como por ejemplo: la carne por huevos, o por lentejas, o por atún; este último, generalmente proviene de los mercados entregados a las familias por parte de programas institucionales. En Buenaventura se identificó que las madres reemplazan la carne de res por carne de palomo.

*“No podemos comprarlos todos los días, uno compra el hueso o las menudencias cuando uno viene aquí (al casco urbano) y lo que se hace es guardarlas en el congelador”. (CH\_GF\_01)*

*“ El tomate extranjero, el de Venezuela, estamos aprovechando. Aquí pasa el señor por el barrio como si fuera una verdulería. Ahora ellos también venden la ensalada preparada”. (PC\_GF\_01)*

*“Digamos que uno podría comer una cosita de cada grupo durante el día, pero hay cosas que muy de vez en cuando, por la situación (económica), podría consumir como la carne, el pescado y hasta el pollo que muchas veces se reemplaza por un huevo o un grano, también, por ejemplo, los yogures son importantes para nosotras, pero muchas veces son muy costosos”. (ME\_EN\_01)*

En cuanto a la disponibilidad, en algunas zonas, alimentos como las verduras no se producen y su comercialización es difícil por lo cual no están disponibles. En Vichada es poco común el cultivo de alimentos, lo cual se asocia a factores, tales como composición de los suelos, altos costos de siembra y falta de apoyo institucional para el agro; en este sentido, las familias que cultivan lo hacen para su propio consumo.



Con relación al acceso geográfico, las familias que viven en áreas rurales dispersas deben recorrer largas distancias para acceder a los alimentos, los cuales en muchas ocasiones no pueden consumirse frescos e inocuos. En este sentido, la adquisición de alimentos se hace quincenal o mensualmente lo que limita el consumo ya que no se compran muchos alimentos como frutas y verduras para que no se dañen y se puedan ingerir frescos.

Algunas mujeres no consumen ciertos alimentos con el fin de prevenir enfermedades, por ejemplo, no comen partes específicas del pollo como las alas o los muslos porque es allí donde se inyectan químicos que les puede producir algún padecimiento. También refirieron no consumir pescados de río por la contaminación de las aguas. Las mujeres gestantes no comen carne de cerdo por una bacteria que se transmite y puede tener efectos adversos en el desarrollo del bebé

*“Al pescado le cogí como fastidio, además leí que tiene mercurio”.*  
(PC\_EN\_02)

Debido al gusto, especialmente en la población menor de 2 años, se presenta un rechazo a algunos alimentos por sus características tales de sabor, olor, texturas. Uno de los alimentos más nombrados fue el brócoli. Igualmente, las mujeres gestantes señalan no consumir algunos alimentos debido a la aversión que les producen a causa de su embarazo.

*“Cuando la mujer está recién parida y no hay nada que comer en la casa toca comer animal de monte, la zorra, el palomo, una sopa de zorra o un sancocho de paloma. A mi hija no le gusta, a las embarazadas de ahora no les gusta la carne de monte, a mí sí”.*  
(BU\_GF\_01)

Por otra parte, las prácticas alimentarias cotidianas incluyen alimentos que no hacen parte de las recomendaciones y que ellas reconocen como no saludables. Algunos de estos alimentos fueron identificados por las gestantes como antojos producidos por el embarazo, entre ellos se encuentran: los embutidos, las comidas rápidas y los productos de paquetes. Si bien algunas mujeres reconocen que estos alimentos no son saludables, desconocen los efectos negativos que el consumo de estos s tienen en su organismo.

#### 1.2.4 Aceptabilidad

La idea general del ícono les gusta, especialmente el hecho de que transmita información y recomendaciones de comida saludable; sin embargo, tienen diversas observaciones frente al diseño y contenido. En general, se acepta el ícono al considerar que es una imagen que facilita comprender, en tamaño real, lo que se considera que es una porción adecuada con una alimentación variada y balanceada para la familia.

No les gustan los alimentos que no identifican y consideran que la pierna de cerdo no debería estar porque parece un embutido y no es coherente con los mensajes.



### 1.2.5 Adaptabilidad

Las participantes sugieren:

- ▶ Incluir alimentos de la región y/o de consumo diario (ver lista de alimentos no incluidos).
- ▶ Incluir en el grupo de las carnes frutos secos, especialmente para las mujeres gestantes.
- ▶ Algunas mujeres sugieren quitar la miel y el grupo de las grasas pues los asocian con alimentos poco saludables en el embarazo, periodo de lactancia y en menores de 2 años.
- ▶ Se sugiere modificar los dibujos de los alimentos que no son fácilmente identificados como los granos, los lácteos, los espaguetis, la cebolla y los dulces.
- ▶ Unificar la presentación de los alimentos, algunos se ven más reales que otros (ejemplo: piña vs queso blanco).
- ▶ Modificar los alimentos que fueron identificados por varios nombres y que no se relacionan con el alimento representado.
- ▶ No hacer tantas representaciones del queso y reemplazarlas por otros lácteos como el kumis que es de consumo frecuente.
- ▶ Se sugiere incluir vísceras y remplazar el pernil de cerdo por un alimento que no se asocie con embutidos.
- ▶ Se sugieren imágenes más reales de los alimentos o fotografías.

## 1.3 Percepción del vaso de agua

### 1.3.1 Comprensión

La mayoría de las mujeres participantes comprende que es un vaso de agua, pocas consideran que es un vaso con alguna bebida diferente al agua, como jugo, “*el jugo del almuerzo*”.

### 1.3.2 Práctica alimentaria

La práctica del consumo de agua no se aproxima a la recomendación de emplearla para acompañar las comidas. Se prefiere el consumo de jugos naturales o bebidas azucaradas. El agua sola no les gusta y se prefiere consumir agua dentro de otras preparaciones como con la leche en polvo, “suntea”®, “frutiño”®, agua de panela, jugos de caja, jugos caseros. Solo cuando no hay suficiente dinero para comprar estos productos, se recurre al agua para acompañar los alimentos. En las comunidades de La Guajira se identifica el consumo de chicha ajira en lugar de agua. Se destaca una mayor frecuencia en el consumo de agua en Bogotá y Puerto Carreño donde señalan consumos entre 2 y 6 vasos diarios. En los demás lugares, el agua se consume como acompañante de alimentos dulces, cuando se siente calor y cuando se realiza actividad física y se siente sed. En el caso de las poblaciones que no tienen acceso a agua potable, como en los indígenas Sikuanis y Amorúa, no hay consumo de agua sola, tampoco tienen la práctica de hervir el agua.



*“No, no tomo mucha agua porque no me gusta, no tiene sabor”.  
(CH\_GF\_01)*

Sin embargo, a pesar del bajo consumo, la mayoría de gestantes reconoce la importancia de beber agua durante el embarazo. Consideran que trae beneficios para su salud y la de su hijo. En este sentido, algunas gestantes han incrementado el consumo de agua por recomendación de profesionales del área de la salud.

*“En realidad ahora tomo agua porque el médico me dijo, pero lo hago muy a la fuerza, no alcanzo ni a tomarme un vaso completo, prefiero los jugos y algunas veces cuando es algo rápido, la gaseosa”.  
(ME\_EN\_06)*

*“Soy consciente de que es necesario tomar agua ya (embarazada), aunque yo soy apática total al agua considero que es muy necesaria por tema de salud, de hidratación, por temas de la piel dicen que debe tomarse más o menos 8 vasos diarios. En realidad, en este momento sí lo he incrementado, pero tampoco en esa cantidad, yo máximo me tomé 2 botellitas y eso que tiene que ser bien fría”.  
(ME\_EN\_11)*

Las mujeres en periodo de lactancia también aumentan el consumo de bebidas, entre estas, el agua. Esto lo atribuyen a necesidades fisiológicas y para aumentar la producción de leche. En la mayoría de los casos se aumenta el consumo de líquidos como jugos, agua de panela y bebidas calientes. Específicamente, en población indígena, las mujeres en periodo de lactancia reportaron el consumo de yucuta (agua con yuca) como la bebida más frecuente para acompañar los alimentos. En Buenaventura, se identificó que por recomendación de las parteras, las mujeres toman preparaciones especiales que incluyen hinojo, panela, anís, biche (destilado de caña) y tomaseca (hiervas tradicionales). El agua de panela se identifica en las distintas regiones como la base de bebidas tradicionales que se conocen como apropiadas para mujeres que se encuentran en este periodo, esta suele ir acompañada, dependiendo de la región, con hinojo, anís y variaciones locales.

*“El agua es muy importante, yo soy la que más tomo. Entre 5 vasados diarios. A cada ratico tomo, así esté lloviendo”. (PC\_EN\_01)*

En la población menor de 2 años se evidencia un mayor consumo de agua. Este se atribuye a las necesidades del niño debido a su actividad física. Al igual que con las otras poblaciones, los menores de 2 años no suelen consumir agua como acompañante de las comidas principales, sino que la beben durante el transcurso del día. En el caso de Buenaventura, las parteras desestiman el consumo de bebidas azucaradas y recomiendan el consumo de coladas a base de guineo, cebada y avena.



*“Varias veces al día le doy agua, es importante para estar siempre hidratado”. (RI\_EN\_08)*

*“En mi casa, por el niño tengo el agua hervida. Yo procuro darle frecuentemente porque él consume sal, consume dulce, corre, yo creo que por la actividad física sí necesita”. (CH\_EN\_01)*

### 1.3.3 Factibilidad de implementarla

Las participantes manifiestan que de querer llevar a cabo una recomendación de beber agua podrían hacerlo ya que la mayoría cuenta con servicio de agua potable y pueden acceder a ella a través del grifo. Igualmente, porque la mayoría tiene la práctica de hervir el agua. Adicionalmente, se considera como una facilidad el hecho de sentir necesidad de aumentar el consumo de líquidos durante el embarazo y el periodo de lactancia.

*“Ahora que estoy dando la teta en las noches me paro hasta tres veces para tomar vasadotes de agua”. (PC\_GF\_01)*

Sin embargo, sigue siendo una limitación el gusto que se tiene por el agua, se considera que no tiene sabor y por lo tanto no es un acompañante de las comidas.

*“Uno prefiere tomar juguito natural sin tanto azúcar o aguapanelita, pero eso tan insípido, no”. (GI\_GF\_01)*

*“Tomo agua por lo de la lactancia o cuando hay mucho calor; si no es por esos motivos, no tomaría agua”. (TU\_EN\_03)*

### 1.3.4 Aceptación

Les gusta la recomendación; sin embargo, por el hecho de no percibir el agua como acompañante de los alimentos, consideran que es necesario incluir otros líquidos que sí consumen de manera cotidiana como los jugos.

*“Yo digo que ahí debería haber más que un vaso con agua, un vaso de jugo natural es lo que uno de verdad toma con las comidas, el agua es una cosa de vez en cuando y eso, mezclada es mejor”. (GI\_GF\_01)*

### 1.3.5 Adaptabilidad

Frente al vaso de agua, no hay ninguna sugerencia diferente a incluir otro líquido, como los el jugo casero por ser de consumo cotidiano.



## 1.4 Percepción frente a las siluetas blancas

### 1.4.1 Comprensión

La percepción general frente a las siluetas blancas es que estas son representaciones de la familia, ya sean tipos de familias o etapas de las familias o ciclos de la vida. Para las personas que identifican las imágenes con un ciclo de vida, estas se encuentran en desorden. El orden sugerido sería, de izquierda a derecha: primero, la gestante; segundo, la madre con el bebé; tercero, la madre con dos niños y cuarto, el padre con niños grandes.

En cuanto a los tipos de familia, algunas participantes identifican tres familias mientras que otras identifican cuatro.

Las mujeres que identifican tres tipos de familia, señalan de izquierda a derecha:

- ▶ Las primeras seis siluetas corresponderían a una familia nuclear con cuatro hijos.
- ▶ La siguiente silueta representa una mamá embarazada y un esposo.
- ▶ Por último, se representa una pareja con un bebé en brazos

Aquellas que identifican cuatro siluetas señalan:

- ▶ Un papá solo con 2 niños, entre 4 y 8 años, que se encuentran caminando.
- ▶ Una mamá sola con un niño de brazos y una niña de 4 a 6 años saltando.
- ▶ Una mujer embarazada con esposo.
- ▶ Una señora con bebé recién nacido en brazos y su esposo. Algunas mujeres no identifican el bebé con facilidad.

*“Para mí es como las etapas que uno puede vivir como madre”.  
(ME\_EN\_06)*

*“Empieza pareja, después empieza embarazada, después empieza con los niños. (MA\_GF\_03)*

*“Fuera de una buena alimentación hay que tener una buena relación, el amor entre la pareja, con los hijos, la educación, el tiempo de recreación”. (BO\_EN\_01)*

Las participantes no establecen una relación entre las figuras y el gráfico de los alimentos, consideran que las figuras no transmiten un mensaje dirigido a la población gestante, mujeres en período de lactancia y menores de 2 años. Tampoco consideran que las siluetas representen actividad física o recreación.

Por otra parte, las poblaciones indígenas y afrocolombianas no consideran que las figuras los representen; para las mujeres indígenas, las figuras son muy altas, incluso consideran que el señor que acompaña a la gestante es un médico y no su pareja, y para las mujeres afrocolombiana, el blanco no es un color adecuado.



En cuanto a la calidad del dibujo, para muchas participantes los contornos no están bien definidos, por lo cual las figuras no son claras.

### 1.4.2 Práctica alimentaria

En general, las mujeres se sienten identificadas con los modelos de familia representados por las siluetas. Sin embargo, las mujeres consideran que no hay representación clara de ellas en periodo de lactancia y tampoco de los niños menores de 2 años. Igualmente, las madres solteras no se sienten identificadas con las siluetas porque su estructura familiar incluye otros miembros como las abuelas y tíos del bebé. Del mismo modo, las mujeres indígenas y afrocolombianas tampoco sienten que haya representación de ellas y de su cultura.

### 1.4.3 Aceptación

Las figuras no se aceptan en población indígena y afrocolombiana por no sentirse representados.

### 1.4.4 Adaptabilidad

Las mujeres sugieren:

- ▶ Íconos que representen los distintos tipos de familias como las familias extensas y monoparentales.
- ▶ Que el color represente la diversidad étnica del país, por lo que cuestionan el color blanco de las siluetas pues consideran que no cumple con dicho objetivo.
- ▶ Un color más oscuro, que no sea negro, que resalte más las siluetas y permita dar claridad sus detalles.
- ▶ Un color diferente para el bebé de brazos o que su silueta esté delimitada pues se confunde con la de la madre. Además, que el bebé esté en un coche.
- ▶ Que las siluetas estén en la parte superior del ícono, al lado del título, con el fin de que la gente sepa a quién van dirigidas
- ▶ La lactancia materna y los niños menores de 2 años no se ven representados en las figuras.
- ▶ Incluir representaciones de actividad física para mujeres en periodo de lactancia y niños menores de 2 años.

## 1.5 Percepción cubiertos

### 1.5.1 Comprensión

Los cubiertos son identificados por las participantes. Representan los utensilios para consumir los alimentos. Pocas madres refieren el uso del cuchillo.

### 1.5.2 Práctica alimentaria

El cubierto más utilizado es la cuchara. En las regiones del interior algunas mujeres incluyen dentro de su práctica el uso del cuchillo para alimentos como la carne. En la población indígena de Puerto Carreño y La Guajira el tenedor y el cuchillo no son de uso cotidiano.



Los niños menores de 2 años tienen como práctica comer con la mano alimentos sólidos como carnes, trozos de frutas y tubérculos. La cuchara es el cubierto que más se utiliza en este grupo. No es común el uso del tenedor o del cuchillo.

### 1.5.3 Factibilidad de implementarlo

La población no identifica barreras para su implementación ya que hacen parte de sus hábitos. En niños menores de 2 años, de acuerdo con su desarrollo, no se percibe como necesario el uso del tenedor. Aunque se reconoce la ausencia del cuchillo no se identifica como una barrera para no poder llevar a cabo sus prácticas alimentarias sin el mismo.

### 1.5.4 Adaptabilidad

Algunos consideran que la representación gráfica de los cubiertos es muy grande al ser para niños menores de 2 años, por lo tanto, consideran necesario cambiarlos.

## 1.6 Percepción servilleta o individual

---

### 1.6.1 Comprensión

La figura en forma de rombo pasa inadvertido hasta que se pregunta por él. Se asocia con un mantel, servilleta, individual, mesa o tapete de plato.

### 1.6.2 Práctica alimentaria

No es un elemento de uso común. En aquellos lugares en los que se reconoce y utiliza, este se limita a ocasiones especiales. La mayoría de familias no tiene la práctica de comer en el comedor; algunos no cuentan con el espacio o con el mueble dentro de sus viviendas. Consumen los alimentos en sus habitaciones o en la cocina.

El individual es un elemento que no se incluye en la práctica alimentaria de los niños menores de 2 años, no lo usan por las mismas razones de sus madres o porque muchos niños tienen su silla de comedor. En el caso de la población Indígena, los niños acostumbran a comer en el solar; debajo del palo de mango o en lugares de sombra porque sus madres prefieren que no estén cerca de la olla.

### 1.6.3 Adaptabilidad

Sugieren que sea rectangular pues este es el de uso común y de un color que contraste más con el del fondo.



## 2. VALIDACIÓN MENSAJES GESTANTES

### 2.1 Mensaje 1

Por la salud de la mujer gestante y la de su bebé, consuman y disfruten en familia alimentos frescos, variados y naturales como lo indica el «Plato saludable de la familia colombiana»

#### 2.1.1 Comprensión

Comprenden que es un mensaje dirigido a ellas como mujeres gestantes, para cuidar de su alimentación y la de su hijo. Entienden la relación entre su alimentación y la salud de su hijo; en ese sentido saben que deben comer de manera saludable. Lo saludable está relacionado con variado, balanceado, a horas y con frecuencia; además, se asocia a la restricción de algunos alimentos que son grasosos, bebidas negras, comida chatarra, granos, entre otros.

*“En la alimentación, que no esté en sobrepeso para no tener complicaciones en el embarazo”. (BO\_EN\_01)*

*“Hay que comer bien para que el niño salga sano, bien. Si uno no se alimenta bien el bebé no sale bonito, sale delgado”. (RI\_EN\_01)*

- ▶ Variado se comprende como consumir de todos los alimentos, “que sea de todo un poco”.
- ▶ Fresco: alimentos que estén “recién comprados”, que “no estén viejos”, que estén “acabados de hacer”, “de buena calidad”, “que no estén contaminados”, “que sean preparados en el día”.
- ▶ Naturales: son alimentos “no procesados”, “que no los vendan en las tiendas”, “que no tengan químicos”. “Preparados al ratico y comerlos al ratico, no dejarlos trasnochar” (TU\_EN\_01). “Que no se coma siempre lo mismo, que si un día se come carnes rojas, al otro día sea pescado y cosas así”. (PC\_EN\_02)

“El plato saludable de la familia colombiana” se comprende como comida hecha en casa o, en algunos casos, se asocia con el plato típico de las regiones. No se comprende a qué se refieren con “plato de la familia colombiana” si antes no han visto el ícono. Solo en Chiquinquirá se identificó la expresión con el plato de las GABA.

La parte de “consuman y disfruten en familia” se pasa por alto hasta que no se les pregunta directamente.

*“No lo había escuchado, debe ser lo que uno come, el arroz, las lentejas, así”. (TU\_EN\_01)*



### 2.1.2 Aceptación

En general, las personas consideran que les gusta porque pueden consumir alimentos del campo y así se apoya el producto agropecuario local o regional en Colombia. Se nota una importancia por consumir alimentos variados para tener una buena salud y bajar de peso. Dada la asociación con los platos típicos, se sienten identificadas con el mensaje.

En el caso de los indígenas, estos no se sienten incluidos dentro de lo que se denomina “familia colombiana”.

### 2.1.3 Práctica alimentaria

En la mayoría de los casos, no se consumen alimentos variados pues sus prácticas están condicionadas por sus hábitos, por ejemplo, en Boyacá, la base de la alimentación son los tubérculos y cereales.

Aunque tratan de comer en familia y cocinar juntos, no siempre pueden, ya que las actividades cotidianas no lo permiten. Esta práctica se da, especialmente, los fines de semana. Se identificó que las mujeres comparten el momento de alimentación solo con sus hijos y no con el resto de la familia.

*“Nosotros cuando llegamos comúnmente estamos donde mis suegros, entonces estamos todos reunidos, más que todo las mujeres en la mañana. Yo les tengo el almuerzo, ellos llegan en la tarde y ya almorzamos con todos para compartir”. (TU\_GF\_01)*

En el caso indígena, el consumo de los alimentos depende de la disponibilidad y del acceso a estos en el territorio.

### 2.1.4 Factibilidad de implementarlo

Poner en práctica esta recomendación se facilita por la producción agrícola y pecuaria en algunas regiones que cuentan con productos variados. En ciertas zonas solo se tiene producción para el propio consumo el cual se limita, en ocasiones, debido a la no disponibilidad de alimentos.

En este sentido, se identifican como barreras: la disponibilidad de alimentos, la capacidad económica de las familias para comprarlos, las costumbres por las que no siempre varían su alimentación y el gusto.

En el caso de las comunidades indígenas, no sienten que este mensaje esté pensado para ellas pues no se tienen en cuenta sus prácticas alimentarias y sus alimentos. Algunas mujeres consumen alimentos que no están indicados en el “plato de la familia colombiana” por hábito, gusto y antojos propios del embarazo.

*“Nosotros allá en la comunidad lo que se consigue se consume... Uno siembra la piña y no se tiene al otro día, sino que toca esperar”. (PC\_GF\_03)*



*“Casi no nos gustan las ensaladas ni las frutas, sobre todo las hacemos en jugo, pero digamos que si comemos ensalada, no compramos carne pues no se pueden comprar las dos cosas al tiempo. En la casa preferimos comer granos que la misma ensalada”. (ME\_EN\_06)*

### 2.1.5 Adaptabilidad

Dado que la atención se concentra en la recomendación de comer fresco, variado y natural, se sugiere quitar la parte de “consuman y disfruten en familia”. Además, se considera que esta indicación se repite en el siguiente mensaje, por lo cual la dejarían solo en un mensaje.

## 2.2 Mensaje 2

Durante la gestación y lactancia, comparta y disfrute con su familia alimentos saludables de nuestras comidas tradicionales.

### 2.2.1 Comprensión

La comprensión del mensaje se centra en la idea de alimentarse en familia, pero no en comer comidas tradicionales. Comprenden que disfrutar con su familia es comer con toda la familia o al menos no comer sola. No se comprende si con comida tradicional se hace referencia al plato típico de una región o a la comida que se prepara cotidianamente. Las comidas tradicionales suelen asociarlas tanto a productos como a preparaciones propias de las regiones. Algunas desconocen cuáles son las comidas tradicionales.

*“Comidas tradicionales como el cuchuco, la papa, la yuca, el cocido boyacense que también trae papa, habias, cubios y habas”. (CH\_GF\_01)*

*“Este mensaje se parece mucho al anterior cuando habla de la familia, pero sí creo que no queda muy claro cuando dicen alimentos saludables de las comidas tradicionales, pues uno puede llegar a pensar que hasta los chicharrones lo serían, cuando creo que no es así por la grasa, ¿verdad?”. (GI\_GF\_01)*

*“Será la verdura?, no entiendo nada, lo que a uno le guste. A mí me gustan la mazorca, el arroz y las soperas”. (TU\_EN\_01)*

Las poblaciones indígenas y afrocolombianas consideran que algunos de sus alimentos y preparaciones tradicionales son buenos y adecuados para ellas y sus hijos, y los consumen con un fin específico..



### 2.2.2 Aceptación

En general, en la mayoría de regiones no gusta el tema de las comidas tradicionales ya que las relacionan con las diferentes preparaciones propias que tienen, las cuales no consideran saludables y creen que no se deben consumir porque les pueden caer pesadas y no facilitan la digestión.

*“Para nosotras no es bueno comer fritanga, eso tiene mucha grasa y nos puede caer mal, mejor no”. (TU\_GF\_01)*

A las poblaciones indígenas les gusta el mensaje porque consideran que sus alimentos tradicionales sí son saludables y se consumen con un propósito. Les gusta porque consideran que comer solas es aburrido y cuando lo están no se motivan a preparar alimentos, sino que comen cualquier cosa que no implique una mayor preparación.

*“Consumir chica es saludable, es un alimento de maíz. Es muy bueno”. (RI\_EN\_07)*

### 2.2.3 Práctica alimentaria

El mensaje se aproxima en cuanto a la recomendación de comer en familia ya que la mayoría de la población trata de hacerlo, aunque no siempre se puede. En comunidades indígenas, comer en familia es lo que se acostumbra.

*“No podemos comer alimentos crudos, el cerdo trae una bacteria que produce malformaciones que hace que el bebé nazca con algún tipo de patología”. (TU\_GF\_01)*

En la mayoría de regiones, muchas de las comidas tradicionales no las consumen durante la gestación porque consideran que no son saludables y pueden hacerles daño a ellas y al bebé. Solo en poblaciones afrocolombianas e indígenas se identificó el consumo de alimentos de este tipo de alimentos; esto, debido a sus creencias y a las recomendaciones de parteras y médicos de sus comunidades.

*“Uno les hace seguimiento a su embarazo, les dice cómo se van a alimentar, cómo van a hacer, que no hagan fuerza, qué deben comer para que no les haga daño, cuáles son las frutas, los jugos: que, con lentejas, licuan eso, así ellas se sienten bien y dan a luz a un niño rozagante, hermoso, se sienten felices”. (BU\_GF\_01)*

### 2.2.4 Factibilidad de implementarlo

La recomendación acerca de comer en familia se facilita debido a la percepción positiva que tiene la mayoría sobre esta.

La facilidad frente a la recomendación de alimentos tradicionales se limita dado que muchas consideran que no todos los alimentos tradicionales son saludables y por lo tanto no los



consumen. En comunidades indígenas se identifica como una barrera la pérdida de autonomía alimentaria.

*“Si uno está en la finca uno mismo va y sale para cazar carne de monte, aquí en casco urbano también lo podemos vender y se presta mucho porque no hay control por parte de la policía”. (PC\_GF\_01)*

### 2.2.5 Adaptabilidad

Se sugiere aclarar la noción de “comida tradicional” en población no indígena. Los indígenas sugieren poner “comidas tradicionales temporales” debido a que sus alimentos no están disponibles todo el año sino de acuerdo con la temporada o al calendario agroecológico.

Si la intención del mensaje es fortalecer el consumo de productos locales es necesario hacer la distinción entre preparaciones y alimentos tradicionales, ya que las preparaciones no siempre se consideran saludables para la población objetivo.

Son dos recomendaciones en un solo mensaje. En el caso de afro e indígenas, estas se centran en el tema de comidas tradicionales, mientras que las otras poblaciones se enfocan en la parte de compartir en familia.

## 2.3 Mensaje 3

Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, gaseosas, bebidas azucaradas, bebidas energizantes y productos de paquete.

### 2.3.1 Comprensión

Las mujeres gestantes comprenden que los alimentos procesados traen efectos negativos en su salud y la del bebé al consumirlos durante el embarazo. Relacionan el mensaje con prevención de enfermedades propias de la gestación como la preclamsia y la diabetes gestacional.

Como parte de las comidas rápidas incluyen hamburguesas, perros calientes, pizza, empanadas, chorizo, salchipapa, arepa.

Las gaseosas las relacionan con marcas reconocidas como Coca-Cola®.

Las bebidas azucaradas las relacionan con productos industrializados como jugos de caja, jugos en botella, Suntea®, Colombiana®, Frutiño®, pero también con bebidas azucaradas naturales como el jugo del almuerzo, hecho en casa, cuestionando si este es saludable o no.

*“ Eso no debe ser malo (jugos en botella) porque como son jugos”. (TU\_EN\_01)*



Como bebidas energizantes identifican Vive 100®, Speed®, Redbull®, Gatorade®, y el tinto. Sin embargo, hay desconocimiento de algunas participantes que aún no saben si algunas bebidas entran dentro de esta categoría como el Gatorade® y el café. Las bebidas energizantes no siempre son conceptos claros; los indígenas suelen relacionarlas con el café.

Los productos de paquete los identifican con alimentos procesados como las papas fritas, Chitos®, Doritos® y el maní en paquete.

### 2.3.2 Aceptabilidad

El mensaje les gusta ya que son conscientes de que estos alimentos no son saludables y consideran que estas son recomendaciones adecuadas para su salud. A las mujeres jóvenes no les gusta pues son productos que consumen y que disfrutan.

Este mensaje no tiene sentido para las comunidades indígenas de Vichada y La Guajira porque en territorio no tienen la disponibilidad de los alimentos que el mensaje enuncia como tampoco lo asocian con enfermedades comunes en su población, de esta manera no les gusta pues no aplica para ellos.

*“Eso no pasa en las comunidades porque allá no se consume de eso, solo cuando hay plata en el pueblo. Eso es aquí en el casco urbano”.*  
(PC\_GF\_03)

### 2.3.3 Práctica alimentaria

La mayoría de mujeres considera que realiza las recomendaciones del mensaje y no tiene limitaciones al hacerlo; sin embargo, algunas mujeres, aun cuando saben que no es saludable, continúan consumiendo de estos alimentos. Algunas manifiestan que han reducido su consumo, pero no los han suprimido y exponen razones relacionadas con el gusto y los antojos que produce el embarazo.

*“Al principio del embarazo decía: como estoy embarazada voy a comer pizza, voy a comer un perro y así subí como 17 kg, ahora no sé cómo los voy a bajar”.* (BO\_GF\_01)

### 2.3.4 Factibilidad de implementarlo

Como punto a favor se identifica el conocimiento que tienen las mujeres sobre estos alimentos y sus efectos adversos en su salud y en la de sus hijos. También se facilita porque, en algunas regiones, son alimentos costosos y por tanto no pueden acceder a ellos ni consumirlos.

Como barrera, se considera el gusto por estos productos y los antojos que produce el embarazo. Adicionalmente, creen que es más rápido y práctico comprar estos productos que preparar alimentos en el hogar.



*“Muchas veces cuando no hay la fruta es que se reemplaza por la gaseosa. Es más fácil comprar la gaseosa que esperar hasta que uno haga el jugo”. (BO\_EN\_01)*

### 2.3.5 Adaptabilidad

Las participantes consideran necesario cambiar la expresión “comida rápida” por “comida chatarra”. En algunas regiones señalan adecuar la palabra a las expresiones locales. Ejemplo: “no coma bagazo”, dicho en Puerto Carreño.

Hacer explícitos los efectos negativos de esta práctica para la salud de la mujer gestante. En la parte de educación se sugiere facilitar la identificación de bebidas azucaradas.

## 2.4 Mensaje 4

Para tener una presión arterial normal y un embarazo saludable, reduzca el consumo de sal/sodio y evite alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete.

### Comprensión:

Se comprende que el consumo excesivo de sal tiene un efecto en la tensión, que relacionan con presión alta y otras enfermedades como la preclamsia. No saben qué es presión arterial, pero la asocian con algo malo, por presión arterial normal indican el valor 120/80 que es el valor de referencia que les dice el médico. No saben qué es el sodio, pero lo relacionan con la sal cuyo consumo en exceso lo asimilan con enfermedades.

*“La sal es muy dañosa, más para los riñones, para la artritis, para la tensión. A nosotras se nos puede subir la tensión”, (TU\_GF\_01)*

*“Si se come con mucha sal se afecta la presión arterial, se sube”. (CH\_GF\_01)*

*“El sodio es el componente que le echan a la sal para que quede así saladita. El sodio es el proceso que lleva a que sea salada la sal”, (PC\_GF\_01)*

La mayoría de mujeres no identifica las carnes embutidas. Los alimentos enlatados los relacionan con el atún, las sardinas y las salchichas.

*“Yo no entiendo muy bien cuál es el daño que las carnes embutidas nos pueden ocasionar, pues se supone que hacen parte del grupo sugerido en el ícono y por lo tanto se consideraría entonces como un alimento saludable”. (G\_GF\_01)*



### 2.4.2 Aceptación:

Están de acuerdo con la recomendación para cuidar la salud de la madre gestante. No les gusta que digan que no pueden comer enlatados, porque dentro de estos se encuentra el atún. Este es un alimento al que acceden por los mercados que reciben de programas institucionales, además no entienden porque razón no los deben consumir.

*“Atún, me dicen que es salado, pero no entiendo, por qué no lo puedo comer”. (TU\_EN\_01)*

### 2.4.3 Práctica alimentaria:

Muchas mujeres evitan las comidas embutidas, enlatadas y alimentos de paquete. Algunas manifiestan indicaciones médicas de reducir el consumo de sal por predisposición a la preclamsia, lo que se fortalece con experiencias de embarazos anteriores o con experiencias de familiares con enfermedades crónicas asociadas con el consumo de sal.

Aunque la mayoría de las participantes reconoce la relación entre comer con mucha sal y tener problemas de salud, manifiesta que la consume en sus preparaciones e incluso algunas le agregan sal cuando los alimentos ya están servidos. Adicionalmente, en algunas familias los alimentos se preparan para todos los miembros y algunas consideran que es difícil limitar su consumo, pues no a toda la familia le gusta comer bajito de sal. Las mujeres no tienen conocimiento de cómo reemplazar la sal en las preparaciones. El consumo de la sal es un hábito, es indispensable para muchas.

*“Acá (hospital) le recomiendan a uno no comer esos alimentos porque podemos tener la presión alta y se puede complicar el embarazo”. (CH\_GF\_01)*

### 2.4.4 Factibilidad de implementarlo

Llevar a cabo esta recomendación se facilita por el costo de las carnes embutidas y los enlatados. Además, la educación que realizan los médicos y agentes de salud mediante los controles prenatales les muestra los efectos negativos por el consumo de estos alimentos.

Se identifican como barreras la capacidad de cambio individual y familiar frente a la reducción del consumo y la publicidad que incentiva su consumo mediante los medios de comunicación, así como el gusto y preferencia sobre estos alimentos.

*“Lo que uno no entiende es por qué si son tan malos los venden tanto. Saben tan rico y además son muy publicitados por los medios de comunicación”. (GI\_GF\_01)*

### 2.4.5 Adaptabilidad

- ▶ Aclarar a qué se refieren con sal/sodio. Quitar la barra que separa sal y sodio ya que confunde.



- ▶ Señalar explícitamente a qué órgano del cuerpo humano le hace daño el consumo de sal. Ejemplo: “Por la salud del corazón reduzca el consumo de sal”.
- ▶ Quitar el término “presión arterial normal” y reemplazarlo con “para evitar complicaciones en el embarazo...”.
- ▶ En las actividades educativas hacer énfasis en el sodio y su relación con los alimentos.
- ▶ En actividades educativas dar a conocer opciones para reemplazar la sal en los alimentos ya que no identifican ningún intercambio.

## 2.5 Mensaje 5

Asista desde el comienzo de su gestación al control prenatal, esto contribuye a su buen estado de salud y al de su bebé.

### 2.5.1 Comprensión

El mensaje se entiende desde la importancia de asistir a los controles para monitorear la salud del bebé y de la madre, pero no se hace mención a “desde el comienzo de la gestación”.

*“Uno viene para saber cómo está el bebé, eso es muy importante, escuchar su corazón, es necesario”. (CH\_GF\_01)*

### 2.5.2 Aceptación

El mensaje les gusta en la medida en que comprenden la importancia de asistir a los controles prenatales; sin embargo, no hacen relación a desde el comienzo de la gestación.

### 2.5.3 Práctica alimentaria

Todas las mujeres iniciaron sus controles prenatales en el momento en que se enteraron que estaban embarazadas o un tiempo después. Desde el comienzo es difícil ya que se enteran del embarazo unas semanas después.

Algunas manifestaron que después de enterarse tampoco acudieron debido a que perciben barreras de acceso en el servicio de salud, o que no les manifestaron embarazos de alto riesgo, o por experiencias con sus primeros hijos no vieron necesario iniciar los controles.

*“Yo vine como en el mes cinco, antes no, con la otra niña no fue necesario, entonces con él tampoco”. (CH\_GF\_01).*



### 2.5.4 Factibilidad de implementarlo

La recomendación se facilita por tener aseguramiento a salud. Las experiencias previas de pérdida de bebés e influencia familiar y social les permiten ser conscientes de la necesidad de ir a los controles.

Se identifican barreras asociadas a los servicios de salud, en el procedimiento para pedir las citas, así como la oportunidad de las mismas y de los exámenes que deben realizarse. Igualmente, hay desconocimiento frente a la importancia de los controles prenatales y muchas veces las mujeres no tienen quién las acompañe a los controles. En zonas rurales, no hay oportunidad de asistir al servicio de salud por las distancias del área rural al área urbana, los costos de transporte y la oportunidad del servicio de la institución prestadora de servicios de salud (IPS).

Para la población indígena se requieren condiciones especiales de atención que no son garantizadas, como: hospedaje, acompañamiento familiar, alimentación, traductor. Igualmente hay desconfianza de las madres gestantes con los médicos de la IPS.

### 2.5.5 Adaptabilidad

Que este mensaje sea el primero de los 5 mensajes dirigidos a las mujeres gestantes debido a que de los controles depende su estado de salud, el del bebé y las recomendaciones en la alimentación que deben seguir.

Cambiar el término “gestante” por “embarazada”.

## 3. VALIDACIÓN MENSAJES MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA

### 3.1 Mensaje 1

Para controlar su peso, estar mejor emocionalmente y tener un mejor estado de salud, brinde leche materna a su bebé, aliméntese de forma saludable y realice actividad física.

#### 3.1.1 Comprensión

Se comprende “brinde leche materna a su bebé, aliméntese de forma saludable”, todo, con relación a la salud del bebé ya que la leche materna es el mejor alimento y si la madre se alimenta de manera saludable le transmite ese alimento al bebé a través de la leche materna.

*“Como uno se alimente siempre va estar bien mi hijo”. (CA\_EN\_07)*

*“A uno le dice que uno debe estar bien para que el bebé esté bien”. (ME\_EN\_10)*



Se invisibilizan los temas de controlar el peso, estar bien emocionalmente y tener un mejor estado de salud, así como realizar actividad física, ya que no hay una relación directa con la salud y bienestar del bebé.

Cuando se indaga, lo emocional se comprende como una condición previa que debe tener la mamá para dar leche materna y no como un efecto de la práctica de lactancia materna, la madre debe estar bien para poder transmitir tranquilidad a sus bebés. Igualmente se valora más el vínculo afectivo madre-hijo debido a lactancia materna. En este sentido la comprensión gira en torno al bienestar del bebé y no de ellas.

*“Si yo estoy triste o deprimida a mí no me hace daño, le hace daño a la niña”. (BO\_EN\_02)*

*“Imagínate, si uno está triste la leche le va a salir con esa tristeza a la bebé”. (BO\_EN\_04)*

Controlar su peso se entiende como bajar de peso, pero no se asocia con la lactancia. No todas ven la relación entre bajar de peso y dar leche materna.

### 3.6.2 Aceptación

En general, todas las mujeres están de acuerdo con lo que comprenden del mensaje respecto a alimentarse saludablemente y dar leche materna al bebé, ya que centran su atención en los beneficios que recibe el bebé y no ellas.

*“Sí, claro, porque la leche materna es el mejor alimento para los niños. Yo les doy cada vez que me piden”. (BO\_EN\_02)*

### 3.6.3 Práctica alimentaria

Las mujeres están muy pendientes de alimentarse bien, de tomar líquido, y de no elegir los alimentos que pueden hacerle daño al bebé.

*“Después de que uno se alimente bien hay buena salud. Si no se alimentan bien (las madres), el bebé va a tener una desnutrición porque el bebé no está recibiendo la suficiente cantidad de leche”. (RI\_ML\_EN\_PL\_04)*

En el caso de las comunidades indígenas son conscientes de los beneficios de alimentarse bien, y para ellos esto significa alimentarse tres veces al día; sin embargo, consideran que solo pueden alimentarse una o dos veces al día y saben que esto afecta la calidad de la leche.

*“Alimentarse de forma saludable es relativo porque no van a tener su alimentación, digamos, adecuada, porque no hay recursos económicos y pueda que trabajen, pero no van a comer frutas en el*



*desayuno, ni refrigerio, no van a tener los tres golpes, que tengan la alimentación dos veces al día, uno o dos golpes en el día...hay veces que el esposo trabaja y hay veces que no". (PC\_MLNP\_GF\_GPL\_03)*

### 3.6.4 Factibilidad de implementarlo

Las mujeres que han asistido a programas nutricionales tienen más consciencia de los beneficios que reciben al brindar leche materna a sus hijos.

En el caso indígena, por prácticas tradicionales las mujeres siempre dan lactancia materna a sus hijos; sin embargo, no se hace mención de los beneficios sobre ellas.

Como principal barrera se identifica que las mujeres no relacionan los beneficios de la lactancia materna con beneficios hacia ellas, sino solo hacia sus hijos. En este sentido, consideran que la emoción de la mujer es un imperativo para que el niño esté bien. Mencionan que no tienen tiempo para realizar actividad física o no cuentan con ayuda para cuidar al bebé. Por otra parte, alimentarse saludablemente no siempre es fácil por limitaciones económicas.

### 3.6.5 Adaptabilidad

Cambiar la expresión “estar bien emocionalmente”, ya que la consideran muy amplia.

## 3.2 Mensaje 2

Las mujeres gestantes y en periodo de lactancia necesitan comer un poco más, deben aumentar el consumo de agua, carnes, vísceras, pescados, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras.

### 3.2.1 Comprensión

Inicialmente, la comprensión del mensaje se concentra en que las mamás deben alimentarse adecuadamente debido a que todo lo que ellas consumen será transmitido a sus hijos por medio de la leche.

Cuando se indaga, comprenden que comer un poco más significa comer más cantidad de los alimentos que cotidianamente consumen.

Relacionan las vísceras con vísceras rojas y blancas como hígado, chunchullo, pajarilla, menudencias. La palabra leguminosas no se comprende y se confunde con verduras como las habichuelas.

### 3.2.2 Aceptación

El mensaje relacionado con comer adecuadamente se acepta, porque consideran que de la salud de la madre depende la del bebé. No están de acuerdo con comer un poco más ya que esto podría aumentar su peso, situación que no quieren.



*“No consumo más alimentos porque me engordó, entonces con el tetero me relajo”. (PC\_EN\_01)*

### 3.2.3 Práctica alimentaria

En algunas mujeres, la práctica alimentaria se aproxima a la recomendación en la medida en que aumentan el consumo de alimentos de lo que generalmente comen; sin embargo, en algunos casos estos alimentos no son necesariamente saludables o balanceados. Igualmente, manifiestan consumir vísceras como recomendación para evitar la anemia y aumentar las defensas.

Para algunas mujeres no se puede aumentar el consumo de alimentos por limitaciones económicas. En este sentido, no pueden alimentarse de manera frecuente con los alimentos que el mensaje nombra.

*“Antes de estar embarazada si acaso comía las dos veces, ahora las como normal y tomo más líquido”. (BO\_EN\_03)*

### 3.2.4 Factibilidad de implementarlo

El mensaje se puede implementar parcialmente y no en todas las regiones. Algunas mujeres consideran que se puede aumentar el consumo de vísceras y huevos, pero no de pescado debido al alto costo que este tiene. Por otra parte, en lugares donde hay disponibilidad de pescado, como Puerto Carreño, o alimentos de mar como en Buenaventura, estos se consumen de manera habitual.

En cuanto las barreras, se identifican:

- ▶ En lugar de agua se consumen otros líquidos relacionados con el aumento de leche materna como agua de panela.
- ▶ Para la población indígena el pescado solo se consume si ha sido rezado por el médico tradicional. En los casos en que el médico no se encuentre no se puede consumir.
- ▶ En algunos casos, el gusto por alimentos como vísceras y agua limita su acceso y consumo.
- ▶ El costo de alimentos como lácteos, frutas y verduras limita su consumo.
- ▶ Algunos granos se consideran perjudiciales para los niños por lo tanto ellas no los consumen para no transmitirlos en la leche materna.

### 3.2.5 Adaptabilidad

- ▶ Las mujeres consideran que comer un poco más puede malinterpretarse porque puede ser ingerir más porciones de las acostumbradas.
- ▶ Promover el consumo de carnes de monte en población indígena.
- ▶ La palabra gestante la cambiarían por embarazo porque gusta más esa expresión.
- ▶ Se sugiere que se haga la recomendación adicionándole el concepto de “protección indígena” (consumir alimentos protegidos por el médico tradicional).
- ▶ Incluir alimentos variados de la región, de acuerdo con el calendario agroecológico.



- ▶ Cambiar la palabra leguminosas por la palabra granos.
- ▶ En lugar de comer un poco más: comer más veces al día carnes y los otros alimentos y tomar agua.

### 3.3 Mensaje 3

Como sociedad seamos solidarios y comprometidos con las mujeres gestantes y en periodo de lactancia, apoyémoslas y propiciemos entornos amigables para ellas.

#### 3.3.1 Comprensión:

En un primer momento el mensaje no se entiende, las mujeres no opinan nada. Luego, cuando se les explica, refieren algunas comprensiones.

Entornos amigables se entienden como las relaciones afectuosas o sociales que tienen con personas cercanas como amigos y familiares y espacios de esparcimiento como fiestas.

*“Entornos amigables es tener una amiga con quien charlar, a quien contarle las cosas, a veces uno quiere desahogarse con una persona aparte de la pareja. También es reunirse, ir a eventos, compartir en una fiesta”. (RI\_EN\_04)*

Desconocen el tipo de apoyo que pueden recibir tanto en su entorno familiar como social. Las trabajadoras desconocen derechos como hora de lactancia y extracción de leche materna.

#### 3.3.2 Aceptación

Cuando el mensaje se explica, les agrada. Consideran que como mujeres requieren apoyo emocional; además, les gustaría que las apoyaran con los oficios del hogar para tener más tiempo para ofrecer lactancia materna.

Especialmente, se hace énfasis en el apoyo que requieren de la pareja en espacios como el acompañamiento a las citas médicas, y las dinámicas cotidianas del hogar.

*“Hay momentos en que yo necesito que él -el esposo- esté en la casa para conversar, para dialogar, porque cuando uno está recién parida, ellos como que se alejan más. Ahorita mismo estamos durmiendo en cuartos separados”. (RI\_ML\_EN\_PL\_04)*

#### 3.3.3 Práctica alimentaria

Refieren apoyo de familiares en actividades como el acompañamiento y el cuidado durante la dieta. También, refieren los espacios y el contenido de los programas sociales de los que se



benefician, en los que se promueve la lactancia materna, no solo por los conocimientos sino porque se comparten experiencias con otras mujeres con sus mismas situaciones.

Como barreras señalan no tener prioridad en los servicios como centros de salud o lugares de fila como bancos. Además, perciben que no pueden lactar en público porque se sienten intimidadas por los hombres.

*“Los hombres son muy morbosos y uno le va a dar pecho al niño en el bus y ahí mismo voltean a mirarlo a uno, uno no se siente bien, toca con la cobijita todo el tiempo y me da miedo que se me ahogue”. (BO\_EN\_01)*

### 3.3.4 Factibilidad de implementarlo

Se identifican más barreras que facilidades, especialmente relacionadas con el desconocimiento de las mujeres frente a sus derechos para dar leche materna, así como no percibir que requieren apoyo para hacerlo. Las mujeres que trabajan desconocen sus derechos para alimentar a sus hijos como hora de lactancia y extracción de leche.

*“No sé si tengo derecho a la hora de lactancia porque estoy en un cargo de supervisora”. (TU\_EN\_02)*

*Al jefe le diría “pues bueno yo ahorita estoy en periodo de lactancia, los primeros meses de lactancia son los fundamentales para una muy buena salud, sería importante que de pronto pudiera tomarme la hora de lactancia o de darme un tiempo en la sala de entrenamiento para yo poder alimentar a mi hijo”. (TU\_EN\_02)*

### 3.3.5 Adaptabilidad

Informar y educar a las mujeres en derechos como mujeres en periodo de lactancia.

Cuando se realice el acompañamiento pedagógico es necesario hacer énfasis en qué significan entornos saludables y cuáles se identifican.

## 4. VALIDACIÓN MENSAJES MENORES DE 2 AÑOS

### 4.1 Mensaje 1

Para que los niños y niñas crezcan sanos, inteligentes, seguros y afectuosos, apoye a las madres para que practiquen la lactancia materna exclusiva, como único alimento durante los primeros seis meses de vida.



### 4.1.1 Comprensión

En general, se comprende que es una invitación a que las mujeres den el mayor tiempo posible leche materna a sus hijos, teniendo en cuenta que esta brinda más beneficios que otros alimentos.

Por lactancia materna exclusiva se entiende que es dar solo leche materna durante los primeros 6 meses. Se comprende la relación entre lactancia materna y la salud física y emocional del bebé.

*“Hay que darle solo seno desde el primer día que nace hasta los 6 meses... crece con las defensas altas, no se enferma mucho”.*  
(RI\_EN\_08)

Aunque la palabra afectuoso es complicada de entender identifican la relación de la lactancia materna con el amor.

Se piensa que el mensaje va dirigido directamente a la madre y no a la sociedad en general. En este sentido, “apoye” es una palabra que pasa inadvertida. Las narrativas de las mujeres invisibilizan el apoyo que requieren y se concentran en sus prácticas de lactancia materna exclusiva.

Por otra parte, las participantes no señalan lo de seguros e inteligentes y luego no establecen el vínculo entre estos y la lactancia.

### 4.1.2 Aceptación

Les gusta porque se tiene en cuenta, en el mensaje, tanto el aspecto físico como emocional de los niños. El hecho de participar en programas sociales y el control prenatal les permite tener una mejor conciencia sobre la importancia de dar leche materna, por eso les gusta que el mensaje promueva esta alimentación.

*“Las mujeres que alimentan con leche materna y no con leche de fórmula, sus hijos, en el futuro estarán mucho mejor en toda su vida”.*  
(ME\_EN\_08)

### 4.1.3 Práctica alimentaria

Se encuentra que algunas mujeres sí lactan de manera exclusiva hasta los seis meses, pero no son la mayoría. Se reportan mujeres que luego del nacimiento del bebé tienen complicaciones como baja producción de leche, no les baja leche o tienen problemas con los pezones, lo que afecta su lactancia materna exclusiva. Las mujeres relatan que el mismo centro hospitalario le suministra leche de fórmula a su bebé hasta que la mamá pueda brindarle leche materna.

*“No le di leche materna exclusiva porque sufrí mucho con los pitones y tuve que darle leche de tarro”.* (BO\_EN\_01)



Adicionalmente, en algunos casos se identifica que las recomendaciones de las abuelas suelen ir en contra de las recomendaciones médicas de lactancia materna exclusiva, al aconsejar que se inicie la alimentación complementaria antes de los seis meses.

*“Mi mami dice que es mejor acostumbrarlos y que eso les refuerza un poquito, dice ella que no se llenan solo con leche materna. Costumbre de las abuelitas”. (BO\_EN\_03)*

#### 4.1.4 Factibilidad de implementarlo

Como facilidades, algunas madres consideran que tienen buena producción de leche materna y son conscientes de los beneficios de alimentar a su bebé con esta leche. Adicionalmente, muchas son amas de casa y pueden estar con sus hijos la mayor parte del tiempo. También, resaltan la educación que recibieron por parte de programas institucionales y controles prenatales.

Como barreras se identifican: la baja producción de leche, tener que salir a trabajar antes de que sus hijos cumplen seis meses y la falta de preparación y educación en temas de lactancia materna exclusiva.

#### 4.1.5 Adaptabilidad

Las participantes sugieren que se cambie “lactancia materna exclusiva” por “solamente se dé leche materna”.

Se sugiere que el mensaje sea más claro para que se entienda que va dirigido a la sociedad en general y no únicamente a la mujer en periodo de lactancia. Se sugiere especificar quién debe apoyarlas, qué debe apoyar y por qué deben apoyarlas.

Se sugiere que el mensaje sea redactado de la siguiente manera: “Como sociedad apoyemos a las madres en periodo de lactancia para que los niños y niñas crezcan sanos y afectuosos”.

## 4.2 Mensaje 2

Como trabajador y agente de la salud promueva, proteja y apoye la lactancia materna. No regale leches de tarro.

#### 4.2.1 Comprensión

Se comprende que ellas, como mamás, no deben dar leche de fórmula a sus hijos; en este sentido, las madres comprenden que, por sus beneficios, deben brindar leche materna a sus bebés. No se comprende que el mensaje va dirigido hacia los trabajadores y agentes de la salud, solo si se explica.

*“Las leches de tarro se han convertido en un negocio, no más uno va y los médicos le recomiendan hacerlo, hasta le dan un código a uno*



*para la compra de las leches de tarro, me imagino que para que les den su ganancia, entonces eso es necesario denunciarlo. Creo que es lo que quiere decir el mensaje, no dejarse convencer por nadie. Yo, por ejemplo, fui a comentarle al médico que tenía que trabajar y no quería dejar de darle seno y lo primero que hizo fue darme un código para comprar esa leche de fórmula y lo que yo quería era que él me enviara algo para mí, para aumentar la producción de leche materna y así poder dejarle mientras trabajaba”. (ME\_EN\_05).*

#### 4.2.2 Aceptación

Les gusta el mensaje pues son conscientes y valoran la importancia de la leche materna; sin embargo, se identifican varios casos de mujeres que aunque saben de los benéficos de la leche materna, por diferentes circunstancias como trabajo o dificultades fisiológicas, no pudieron dar leche materna a sus hijos. Para estas mujeres la leche de tarro es percibida como un alimento adecuado para sus hijos, por lo tanto, el mensaje no es del todo aceptado.

*“La leche de tarro era la única opción que tenía mientras trabajaba”. (TU\_EN\_02)*

#### 4.2.3 Práctica alimentaria

Sí, se aproxima en la mayoría de los casos. Si bien no en todos los casos los profesionales les regalan la leche de fórmula, estos sí la formulan o la sugieren aun cuando las madres se encuentran en posibilidades de lactar.

En muchos casos se identifican prácticas contrarias al mensaje. Cuando las mujeres tienen complicaciones para lactar luego de que nace el bebé, los médicos o el personal de salud les regalan leche de fórmula. Otra situación es cuando los bebés nacen y, sin consultar a la madre, les suministran leche de fórmula. Igualmente, se recomienda a las madres dar leche de tarro a su hijo para que este no presente problemas de azúcar ni de anemia.

*“En la IPS el pediatra me regaló la leche de tarro. La enfermera también me dio”. (BO\_EN\_01)*

*“La leche de tarro tiene buenos nutrientes, no reemplaza la leche materna pero no los deja adelgazar, no deja que les dé anemia ni que se les baje el azúcar”. (BO\_EN\_03)*

#### 4.2.4 Factibilidad de implementarlo

Las facilidades y barreras para implementar el mensaje giran en torno a las madres como responsables de brindar leche de fórmula a sus hijos y no de los profesionales de salud.



Como facilidad, se percibe el costo que tiene la leche de fórmula, especialmente en comunidades indígenas se percibe la leche de tarro como un producto de lujo que asocian con ingresos económicos altos, distintos a los que ellos reciben.

Como una de las limitaciones, la mayoría de las madres manifiesta no haber recibido indicaciones o asesoría sobre cómo estimular y prolongar la lactancia materna exclusiva cuando se encontraran ante situaciones difíciles como la baja producción, problemas físicos y el inicio de la actividad laboral.

*“Ahora con mi segundo hijo ya pude dar leche de seno desde que nació porque en los controles prenatales aprendí como estimular mis pezones. Con el primero no fue así, por eso debí darle leche de tarro”. (PC\_GF\_08)*

#### 4.2.5 Adaptabilidad

En las actividades de implementación es necesario informar a las mujeres acerca de la responsabilidad de los agentes de salud frente a su lactancia materna.

Fortalecer los conocimientos del trabajador y agentes de salud sobre alternativas para incentivar y prolongar la lactancia materna.

### 4.3 Mensaje 3

Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas, ofrezca a partir de los 6 meses de edad alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continúe amamantando hasta los 2 años o más.

#### 4.3.1 Comprensión

Se comprende que desde los 6 meses de edad es necesario incorporar, en la dieta de los niños, alimentos nutritivos diferentes a la leche materna, preferiblemente que sean preparados en casa y libres de conservantes o químicos.

Por frescos se entiende: alimentos recién preparados, que no estén dañados, que tengan una buena apariencia, que no estén vencidos y que estén limpios.

Lo natural se asocia con frutas y verduras, con alimentos que no sean procesados, que no tengan químicos, que no sean de fábrica y que estén hechos en casa.

Por variado, se entiende comer de todo, diferentes preparaciones y alimentos de los distintos grupos de alimentos, durante un mismo día.

*“Uno debe dar alimentos variados como la verdura, la fruta, pero prepararles los alimentos a ellos aquí en la casa, como hacer un*



*juguito de manzana, pero hacerlo acá, no en botella”. (RI\_EN\_08)  
“Hacerlo uno mismo en la casa, no comprar las papillas, uno mismo  
hacerle las compotas”. (BO\_EN\_01)*

En un primer momento, la recomendación de dar leche materna hasta los 2 años o más no se identifica, cuando se pregunta a las mujeres la comprenden, aunque la mayoría no está de acuerdo.

#### 4.3.2 Aceptación

Se entienden dos recomendaciones: la primera, brindar alimentos preparados en casa, les agrada ya que consideran que es mejor así que comprarlos fuera porque se sienten más seguras frente a los ingredientes que se usan y a la higiene a la hora de prepararlos.

La segunda, brindar leche hasta los 2 años o más, no es apreciada ya que muchas mujeres señalan no estar de acuerdo con dar leche materna más allá de los 2 años, por motivos como el trabajo y la alimentación del niño. La mayoría lacta hasta que sus hijos cumplen un año.

*“Porque a mí me pasó con los otros niños, les daba su teta y a la hora del almuerzo ya no comían, ellos querían estar pegados a la teta”. (TU\_EN\_01)*

#### 4.3.3 Práctica alimentaria

Muchas mujeres continúan lactando después de introducir los alimentos. Esta práctica es más frecuente en aquellas madres que permanecen en sus casas, como en las comunidades indígenas.

*“Por ejemplo, en el sentido mío, a mi bebé cuando cumplió los 6 meses yo le empecé a dar sus purés, sus sopitas, todo eso, pero siempre le daba su tética porque es que también los alimentos traen muchas bacterias, muchas cosas entonces se enferman, pero cuando usted le da su leche materna sabe que eso le previene de enfermedades, entonces yo siempre, ella tiene un añito, yo le doy su comidita común y corriente pero también le doy su tética”. (PC\_GF\_02)*

Sin embargo, no todas las mujeres esperan a que el niño cumpla los 6 meses para iniciar la alimentación complementaria, aunque muchas tienen clara la recomendación. En estos casos, la influencia familiar es importante para iniciar la alimentación complementaria de manera temprana.

#### 4.3.4 Factibilidad de implementarlo

Entre las facilidades se identifica que muchas mujeres se dedican al hogar y tienen la posibilidad de lactar y cocinar comida fresca.



Como principales barreras se encuentra el hecho de que las madres hayan dejado de lactar por motivos como tiempos de trabajo, disminución en la producción de leche o la percepción de que la leche materna no alimenta luego de los 6 meses.

En el caso de las indígenas de Riohacha, se identificó como barrera que en su dieta cotidiana no tienen variedad de alimentos por la limitación de acceso a estos. En este sentido, valoran de manera positiva los alimentos que venden en los restaurantes así no los consuman, pues creen que estos se aproximan más al plato saludable de la familia colombiana.

*“Cuando uno sale a un restaurante le ponen la tajada, el grano, la carne, el poquito de arroz, como si fuera ese plato (señalan el ícono)”. (RI\_EN\_05)*

### 4.3.5 Adaptabilidad

La mayoría de las señoras sugiere retirar del mensaje la parte que indica “amamantar después de los 2 años”.

En actividades educativas, es necesario dar a conocer las razones por las cuales se debe comenzar la alimentación complementaria desde los 6 meses y no antes.

## 4.4 Mensaje 4

Desde los 6 meses de edad ofrezca a los niños y niñas la diversidad de alimentos y preparaciones propias de sus territorios. Para fortalecer su identidad cultural debe comenzar la alimentación complementaria desde los 6 meses y no antes.

### 4.4.1 Comprensión

La mayoría de mujeres comprende que debe acostumbrar a sus hijos a alimentos que se producen en su territorio y que se consumen cotidianamente.

Las mujeres consideran que las preparaciones propias de su región no son adecuadas para los menores de 2 años; sin embargo, sí ofrecen los productos propios de la zona con preparaciones menos elaboradas para acostumbrarlos paulatinamente a sus prácticas alimentarias, aunque no todos los productos propios se ofrecen a los menores al considerarlos “pesados” o dañinos para ellos.

No se comprende qué significa identidad cultural y cómo se puede fortalecer a partir de los alimentos. Esto, a excepción del caso de las comunidades indígenas y afrocolombianas las cuales sí tienen claridad sobre el concepto.



#### 4.4.2 Aceptación

Valoran el mensaje porque fomenta el consumo de diferentes alimentos preparados en casa y propios de la región.

*“Para mí resulta ser una recomendación muy importante pues ahora las personas solo quieren comer comida empacada y eso mismo se lo transmiten a los niños, no les enseñan a comer comida de la casa sino con químicos, entonces cuando crecen ya no quieren nada”. (ME\_EN\_08)*

*“Los niños ya empiezan a darse cuenta de su realidad, empiezan a decir: estos son los alimentos de nosotros, ya no queremos nada más sino la alimentación que nos da mi mamá”. (TU\_EN\_01)*

#### 4.4.3 Práctica alimentaria

En algunas regiones las mujeres consideran que se dan alimentos propios, pero no se preparan de la misma manera en la que los consumen los adultos.

*“A ella todavía no se le puede dar casabe, ají y yucuta, pero agüita clarita, no la propia, porque se le endurece el papó. El seje no se le puede dar porque le da cólico”. (PC\_EN\_06)*

*“El cuchuco no se le puede dar, es grasoso y le puede caer pesado”. (CH\_GF\_01).*

En Bogotá, las mujeres tuvieron dificultades al identificar alimentos y preparaciones propias de la región.

#### 4.4.4 Factibilidad de implementarlo

Aunque no se dan preparaciones propias por considerarlas poco saludables para los niños, las mujeres sí ofrecen alimentos propios que consideran oportunos para sus hijos. Las mujeres adaptan preparaciones típicas para ofrecerlas a los niños menores de 2 años como el caldo de los fríjoles y no los fríjoles.

Las mujeres que no viven en su lugar de origen tienen mayores dificultades para ofrecer a sus hijos preparaciones que conocen.

#### 4.4.5 Adaptabilidad

Sugieren reemplazar la expresión “identidad cultural” por una que se entienda más fácil. Quitar la palabra “preparaciones” pues se identificó que las preparaciones no se ofrecen a los menores de 2 años al considerarlas inadecuadas.



## 4.5 Mensaje 5

Para el bienestar de la familia y el desarrollo de los niños y las niñas, promueva experiencias que involucren el juego, la exploración del medio y el movimiento.

### 4.5.1 Comprensión

Las personas retienen únicamente la última parte del mensaje y lo parafrasean con frases como “Sí, yo le dejo jugar”, “Que se mueva”, “Yo sí la dejo”.

Entienden la importancia de que sus hijos sean activos y los beneficios de esto. No comprenden la expresión “exploración del medio” y en algunos casos lo relacionan con el medioambiente. No se comprende muy bien la relación entre el juego y el bienestar de la familia.

*“Embobarlos primero a ellos para que vayan desarrollando la voluntad de la inteligencia con jugueticos, hay que poner muchas figuritas de juguete y hay que hablar, hay que llamar, hay que señalar a los niños que qué es eso, hay que estimularlos”. (PC\_EN\_06)*

*“Incentivar el juego y el movimiento es lo que considero uno les enseña para que más adelante sean seguros, autónomos y se defiendan en la vida”. (ME\_EN\_08)*

### 4.5.2 Aceptación

Consideran importante incentivar en los niños el juego y el movimiento porque creen que se asocia directamente con su crecimiento y desarrollo.

*“Es un mensaje muy para los papás. Muchos olvidan que en nosotros recae la responsabilidad de que ellos generen hábitos saludables, que hagan ejercicio, que sean autosuficientes y pues eso toca hacerlo desde que son muy pequeños”. (ME\_EN\_05)*

### 4.5.3 Práctica alimentaria

Destinan tiempo del día para jugar con sus hijos y/o buscan espacios para que se incentiven el juego, la exploración y el movimiento.

*“El tiempo que estoy con ella lo aprovecho mucho para salir con ella, mostrarle nuevas cosas, hablarle mucho y mientras compartimos pues irle enseñando”. (ME\_EN\_05)*

*“Yo dejo que corra por toda la casa, va a la sala se sube a la silla, juega con el hermanito y va y viene de la habitación”. (TU\_EN\_02)*



#### 4.5.4 Factibilidad de implementarlo

Como facilidades se identifica que la mayoría de las madres tiene disponibilidad de tiempo.

Las barreras se concentran en las madres que trabajan y no disponen de tiempo suficiente para jugar con sus hijos. Además, esta responsabilidad suele atribuirse solo a la mamá del niño y no se ve como una responsabilidad de la familia.

#### 4.5.5 Adaptabilidad

- ▶ Se sugiere utilizar un sinónimo para la expresión “exploración del medio” que sea comprensible.
- ▶ Se recomienda un mensaje más directo, por ejemplo: “procure jugar con su hijo todos los días”.

### 4.6 Mensaje 6

En torno a la alimentación se fortalecen los vínculos afectivos y la comunicación, acompañe a los niños y niñas para compartir estos momentos en familia y evite el uso de la televisión, teléfonos y demás distractores.

#### 4.6.1 Comprensión

Lo primero que captan del mensaje es la última parte de este que habla sobre el evitar distractores, pero no lo relacionan con el momento de la alimentación. Incluso, la mayoría de mujeres habla del uso de tecnologías por parte de los niños en momentos diferentes del día, ya sea cuando se levantan, cuando la madre está haciendo oficio y no puede atenderlos o para irse a dormir.

Luego de hacer énfasis en la alimentación, las mujeres señalan que la televisión y los celulares sí son distractores del espacio de alimentación, en algunos casos manifiestan que ya hace parte de las rutinas prender el televisor a la hora del almuerzo y en los niños el uso del celular facilita que este consuma todo lo que le ofrecen.

*“Siempre como que prendemos el televisor, sobre todo cuando almorzamos en la habitación”. (TU\_EN\_02)*

Nadie menciona dentro de la comprensión del mensaje el tema de los vínculos afectivos y la comunicación.

En población indígena no es claro el significado de la palabra “distractores”.

La expresión “en torno a” no se entiende en la mayoría de las regiones.

#### 4.6.2 Aceptación

Están de acuerdo con la idea de que el momento de la alimentación es un espacio para compartir en familia. Consideran que alimentar a los niños con distractores no es una buena práctica. Incluso, algunas se sienten culpables.



*“Cuando uno está comiendo es comiendo”. (TU\_EN\_02)*

*“En este mensaje sí estamos fallando porque a ella (la niña) sí le gusta mucho el celular y cuando está comiendo se lo damos”. (BO\_EN\_01).*

#### 4.6.3 Práctica alimentaria

Aunque muchas reconocen el valor de comer en familia, en la práctica no siempre es posible. Tanto los adultos como los niños se distraen con dispositivos tecnológicos, especialmente el televisor y el celular:

*“A veces hay mamás que prefieren el teléfono que darle la comida al niño”. (RI\_GF\_02)*

*“Este mensaje está complicado de cumplir porque el papá tiene un celular que es de trabajo y se la pasa pendiente del celular, entonces el niño ve eso y quiere hacerlo”. (TU\_EN\_02)*

#### 4.6.4 Factibilidad de implementarlo

Se facilita en hogares donde la familia cuenta con un espacio destinado solo para la alimentación ya que en este se concentran más fácilmente en la comida.

Las barreras están relacionadas con no tener espacios específicos de alimentación, no tener el hábito de comer en familia, querer brindar los alimentos al niño de manera rápida. En algunos casos, con excepción del caso indígena, el hecho de no tener comedor y tener que comer en la habitación facilita el uso del televisor. Muchas veces las mamás utilizan los distintos distractores para que el niño se alimente más rápidamente. Los tiempos de trabajo de los miembros del hogar y la no importancia que se le da a comer en familia, muchas veces no permiten que se encuentren en el hogar durante las comidas.

*“En la habitación está el tv pero me gusta ver noticias mientras almuerzo. Es como un hábito que uno no puede dejar”. (TU\_EN\_02)*

#### 4.6.5 Adaptabilidad

- ▶ Cambiar la palabra “distractores” por “distracciones”.
- ▶ Reemplazar la palabra “entorno” por “alrededor”.
- ▶ Sugerir que el mensaje se amplíe para los padres de familia, quienes también hacen uso de dispositivos electrónicos durante los tiempos de comida.
- ▶ Aclarar cuál es la idea central del mensaje, si comer y compartir en familia o que los niños no utilicen distractores mientras se alimentan.



## 4.7 Mensaje 7

Acompañe siempre a los niños y las niñas en los momentos de la alimentación, permita el contacto con los alimentos para que experimenten de manera segura sus texturas, olores, sabores, sin convertirlos en premios o castigos.

### 4.7.1 Comprensión

La gente entiende la segunda recomendación del mensaje: experimenten de manera segura sus texturas, olores, sabores. En este sentido, consideran que deben dejar que los niños toquen los alimentos para que los conozcan mejor. Sin embargo, muchas madres no le ven la importancia de dejar que sus hijos experimenten con los alimentos.

La primera parte del mensaje pasa inadvertida. Igualmente, no mencionan lo relacionado a premios y castigos y cuando se indaga, no se entiende qué significan. Se cuestionan si obligar a los niños a comer sea un castigo.

No conectan la primera parte del mensaje con la segunda.

### 4.7.2 Aceptación

Algunas mujeres consideran que es una buena estrategia para que sus hijos sean más seguros, aprendan a comer solos y tengan así una buena alimentación. Algunas señalan que de esta forma aprenden qué les gusta a sus hijos.

*“Todo con juego entra”. (YU\_EN\_21)*

Sin embargo, a muchas no les gusta pues creen que la comida no es para jugar. Los niños se ensucian, no comen todo lo del plato, consideran que es de mala educación y es una carga más para ellas, ya que deben asear a los niños y limpiar el espacio después de que han comido.

*“Es una mala educación que ellos agarren la comida así como así sin que uno les dela orden. Si le puse una cuchara es para que ella vaya aprendiendo a educarse”. (RI\_EN\_05)*

*“Yo he visto niños que cogen la comida con la mano y la espichan, en vez de darle a uno ganas de comer le da a uno como asco”. (TU\_EN\_01)*

### 4.7.3 Práctica alimentaria

La práctica se da en muy pocas ocasiones y con alimentos exclusivos, principalmente frutas y carnes.

Muchas ofrecen alimentos dulces como premio por consumir los alimentos y algunas mujeres obligan a sus hijos a comer y no lo relacionan con un castigo.



*“Si a mi hijo no le gusta la verdura entonces qué hago si esa es la forma (refiriéndose a los castigos). Cómo le digo para que se lo coma”. (RI\_GF\_02)*

*“Yo no lo castigo, yo lo obligo. Gracias a Dios, él nunca comió con la mano”. (TU\_EN\_01)*

#### 4.7.4 Factibilidad de implementarlo

Las mujeres que están en programas institucionales saben de los beneficios que trae para sus hijos el experimentar con los alimentos; sin embargo, consideran que es una práctica que demanda tiempo.

Adicionalmente, se tiene la creencia de que la comida no se debe desperdiciar y con esta recomendación el niño lo haría y las madres no estarían tranquilas ya que no consideran que de esta manera los niños se alimenten bien.

*“Esto es verdad, el que jueguen y se unten les permite conocer también el mundo, luego ya van sabiendo qué les gusta y qué no. Cuando van creciendo pueden ir teniendo una visión más clara de lo que les gusta y lo que no”. (ME\_EN\_08)*

*“Yo nunca dejo que ella coma sola, siempre le doy, así sé que comió”. (BO\_EN\_02)*

#### 4.7.5 Adaptabilidad

Se entienden dos mensajes inconexos dentro de esta recomendación.

Se sugiere quitar: “Acompañe siempre a los niños y las niñas en los momentos de la alimentación”.

### 4.8 Mensaje 8

Desde el nacimiento no ofrezca a sus niños y niñas leches de tarro, compotas listas para consumir, cereales de caja, productos de paquete, comidas rápidas y bebidas azucaradas, por su gran contenido de sustancias artificiales, azúcar, sal y grasas que causan sobrepeso, obesidad y otras enfermedades a lo largo de su vida.

#### 4.8.1 Comprensión:

El mensaje se comprende como: no dar alimentos artificiales que hacen daño a los niños. Los conceptos específicos se entienden de la siguiente manera:



- ▶ Leches de tarro: leches de fórmula como Similac®, S26®, Klim®.
- ▶ Compotas listas para consumir: se identificaron dos concepciones relacionadas con compotas hechas en casa y compotas de venta comercial.
- ▶ Cereales de caja: se entiende como cereales de caja tipo Zucaritas®; pocas personas lo relacionaron con cereales como el Nestum® o Farina®.
- ▶ Productos de paquete: relacionados con papas, chitos, etc.
- ▶ Comidas rápidas: no todos los actores las identifican. Después de enseñar la imagen, las identifican como “comida chatarra”.
- ▶ Bebidas azucaradas: en general, las identifican con bebidas industrializadas: jugos, gaseosas, Frutiño®. En algunos lugares las relacionan con jugos hechos en casa por la cantidad de azúcar que se les agrega, así como la avena preparada.
- ▶ Sustancias artificiales: en general, hablan de químicos. Relacionan colorantes, saborizantes, condimentos.
- ▶ Sobrepeso: en la zona urbana, lo identifican como “pasado de peso”. El sobrepeso se puede manejar con una dieta controlada; la obesidad, no.
- ▶ Obesidad: lo ven más complejo que el sobrepeso y está asociado a enfermedad.

Por lo largo del mensaje, no hacen alusión a “azúcar, sal y grasas que causan sobrepeso, obesidad y otras enfermedades a lo largo de su vida”, hasta que se pregunta.

*“Obesidad es por las comidas chatarras”. (BO\_EN\_04)*

*“No darles leches de tarro hasta los 6 meses ni las compotas antes de tiempo, dárselas, pero no antes de los 6 meses”. (RI\_EN\_M2\_08)*

*“Lo que yo decía anteriormente: la leche de tarro y otros alimentos ya empacados, pues traen condimentos y cosas que les hacen mucho daño y cuando ellos comen mucho de eso, le pueden decir a uno que les duele el estómago, pero uno se niega a pensar que es eso y resulta que en realidad eso es lo que les puede causar daños muy graves. Ellos no tienen la capacidad de digerir esos químicos muchas veces, ni nosotros los adultos, por eso hay que evitarlas”. (ME\_EN\_08)*

#### 4.8.2 Aceptación:

Es un mensaje que se comunica desde diversas fuentes, por lo tanto se tiene conciencia frente a sus beneficios o perjuicios. Consideran que no se deben incluir, dentro de los alimentos que se les ofrecen a los niños: las leches de tarro, los cereales de caja como “Nestum®” y “Farina®”



y las compotas artificiales. Sin embargo, son alimentos que las madres ofrecen en ciertos momentos, especialmente en los casos de mujeres que tienen dificultades para lactar y en los que el médico los recomienda.

*“Le doy Farina® que viene en caja pero no metería ese alimento dentro de los cereales de caja”. (BO\_EN\_01)*

#### 4.8.3 Práctica alimentaria

En general, la práctica no se aproxima a la recomendación ya que al menos han ofrecido alguno de estos alimentos, especialmente leche de tarro.

La mayoría manifiesta que de manera ocasional ofrece gaseosas, jugos de caja y productos de paquete como galletas y papas fritas. Esto se asocia a momentos en los que salen de sus hogares a realizar actividades como citas médicas o asistir a los programas. Estas acciones fueron observadas durante las entrevistas y grupos focales: varias mamás llevaron y ofrecieron a sus hijos alimentos de paquete o compotas industrializadas. Igualmente, manifiestan que los fines de semana cuando cambia la rutina de alimentación en el hogar y comen fuera, especialmente comidas rápidas, ofrecen alguno de estos alimentos a los niños, como empanadas y papas fritas.

#### 4.8.4 Factibilidad de implementarlo

Este mensaje se facilita en comunidades indígenas, donde no hay un alto consumo de estos alimentos porque no hay acceso. Así mismo, cuando las personas tienen el conocimiento o la conciencia de que estos alimentos causan daños a la salud de los niños, se limita su consumo.

También se facilita en la medida en que la mayoría son mujeres que no trabajan y al estar en el hogar preparan los alimentos a sus hijos, lo cual disminuye la necesidad de comprar alimentos procesados. Adicionalmente, el hecho de que sus hijos participen en programas del Estado que ofrecen alimentación variada y saludable permite disminuir el consumo de estas comidas.

Como barreras, se identifica el hecho de que, para algunas mujeres, ofrecer estos alimentos facilita sus actividades cotidianas ya que demandan menos tiempo en la preparación. El Frutiño® y las gaseosas son más fáciles de ofrecer que preparar jugo; además, se consideran más económicos que las frutas.

La leche de tarro se percibe como el único alimento en el caso de mujeres que no lograron dar leche. Alimentos como el Nestum® y las compotas son considerados de alimento.

*“Yo sí le di cereal y leche de tarro después de los 6 meses, pues sentía que ya la leche materna no lo dejaba llenito, y tampoco tenía lo necesario para que él fuera creciendo de manera adecuada”. (ME\_EN\_05)*



En algunos casos, se destaca que los familiares les ofrecen estos alimentos como maneras de relacionarse y consentir a los niños y en otros casos son alimentos incorporados a las prácticas de alimentación de los padres.

Algunas madres consideran que por el sabor, sus hijos prefieren consumir estos alimentos que los ofrecidos en casa.

#### 4.8.5 Adaptabilidad

- ▶ Enunciar otras enfermedades diferentes al peso; ver otras seguramente llamaría más la atención.
- ▶ Cambiar la expresión “sustancias artificiales” por “no naturales”.
- ▶ En lugar de la expresión “compotas preparadas” incluir “compotas de vidrio”.
- ▶ El mensaje tiene muchos elementos y en cuanto a los alimentos que nombran los participantes, se concentran o en la leche de tarro, o en los otros alimentos. Se sugiere quitar leche de tarro ya que está en otro mensaje.
- ▶ Tiene demasiada información. Sería posible que solo se recomiende no ofrecer alimentos con alto contenido de sustancias artificiales, azúcar, sal y grasas y no nombrarlas, sino que su reconocimiento haga parte de las actividades educativas.
- ▶ No incluir qué enfermedades, sino solo decir enfermedades graves (o nombrar otras) ya que las mujeres consideran que el sobrepeso y la obesidad ya están normalizadas y su gravedad no se percibe como importante.

### 4.9 Mensaje 9:

No confíe en toda la información sobre alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación; para proteger la salud y nutrición de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia, niños y niñas menores de 2 años, siga las recomendaciones del “Plato saludable de la familia colombiana”.

#### 4.9.1 Comprensión

Solo se comprende lo relacionado con los medios de comunicación, lo parafrasean como: no confiar en los mensajes de alimentación de los medios de comunicación.

*“La tv muestra mucho que los yogures, los chocolates, o confiar porque no sabemos qué químicos o qué cosas pueden traer distinto a lo que uno le puede dar”. (RI\_EN\_M2\_08)*

La recomendación sobre el “Plato saludable de la familia colombiana” no es de alta recordación. Adicionalmente, cuando se pregunta sobre el plato varias mujeres no relacionan la expresión del plato con el plato del ícono.



### 4.9.2 Aceptación

Les parece bien porque consideran que los medios de comunicación no siempre transmiten información verdadera. Cuestionan mensajes de la alimentación como el de Frutiño®.

*“He visto recomendaciones en la tv pero nunca las he hecho”. (RI\_EN\_08)*

En La Guajira sí se confía en los medios de comunicación, a partir de la situación y difusión actual sobre la problemática de desnutrición. En este sentido, consideran que la información de los medios es válida, es necesaria tenerla en cuenta y sí confían en ellos.

### 4.9.3 Práctica alimentaria

Se aproxima en la medida en que no hay recursos para comprarlos o cuando son lugares donde no hay disponibilidad.

Algunas mujeres sí realizan prácticas de consumo motivadas por la curiosidad que les produce el mensaje, visto especialmente en la televisión. Generalmente, los alimentos se compran, los prueban y de acuerdo con su experiencia continúan o no su consumo.

### 4.9.4 Factibilidad de implementarlo:

Las participantes de programas reciben información en la que se les desestimula comprar alimentos guiados por la publicidad. Esto les permite tener un mayor conocimiento y conciencia frente a lo que se compra y se consume.

Como barrera, consideran que es difícil controlar y verificar la información que les transmiten los medios de comunicación. En algunos casos, la falta de tiempo y la facilidad en adquirir alimentos ya preparados son variables que influyen en las compras para las loncheras o comidas de sus hijos.

### 4.9.5 Adaptabilidad:

El mensaje no se entiende en su totalidad porque hay muchos mensajes:

- ▶ No confíe en toda la información sobre alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación.
- ▶ Para proteger la salud y nutrición de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años, siga las recomendaciones del “Plato saludable de la familia colombiana”.

Teniendo en cuenta que el segundo mensaje se pierde y que las personas no dan relevancia al “plato saludable”, se sugiere que se invierta el orden: Siga las instrucciones del “plato saludable” y no haga caso a los medios de comunicación. Es necesario aclarar o hacer énfasis en la educación a qué se refiere “plato de comida saludable”.

No es recomendable estigmatizar los medios de comunicación ya que la población identificó mensajes positivos; además, son medios que se pueden utilizar para socializar y difundir estas recomendaciones.



# ANEXOS



## 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ACERCA DEL ÍCONO

El ícono es percibido como una orientación para toda la familia, no se considera que sea una recomendación alimentaria para mujeres gestantes, en período de lactancia o niños y niñas menores de 2 años. Se recomienda incluir aspectos que así lo indiquen o acompañarlo de un título.

Se identifica que el ícono representa un tiempo de comida del día, señalado como el almuerzo, por lo que es necesario incluir una representación gráfica que permita entender que lo que sugiere es el consumo de alimentos en el transcurso de un día y no solo en el almuerzo.

Frente a las representaciones gráficas de los alimentos, se piensa que no hay homogeneidad en el tamaño y que tampoco están claramente delineados por lo cual no se identifican fácilmente. Se recomienda unificar el tamaño de los alimentos.

El ícono tiene dibujos de alimentos que no son identificables y otros que reciben diferentes nombres. Los alimentos con rótulos que indican su nombre no son reconocidos por personas que no saben leer. Es necesario cambiar los gráficos de estos alimentos por unos que sean fáciles de identificar y que no se opongan a lo que se quiere representar.

Se sugiere incluir vísceras y reemplazar el pernil de cerdo por un alimento que no se asocie con embutidos. Igualmente, el yogurt griego no tuvo mayor aceptación porque no se reconoce y no es una alimento de consumo generalizado.

Igualmente, es necesario revisar qué alimentos del ícono no son consumidos por las mujeres gestantes, en periodo de lactancia y brindados a niños y niñas menores de 2 años por considerar que pueden tener efectos negativos en la salud de esta población.

Las divisiones del plato son interpretadas de diferentes maneras, algunas de estas denominaciones son contrarias a lo que se quiere representar (leguminosas en el grupo de frutas y verduras). En este sentido, sería oportuno colocar el nombre de cada grupo de alimentos y no dejarlos a la libre interpretación.

La población no identifica ninguna relación entre algunos colores de las divisiones (azul oscuro, azul claro y morado) y los alimentos. Si se quiere relacionar los colores de cada división con los alimentos, es necesario replantear estos colores por otros más afines.

Se considera oportuno revisar la lista de alimentos no incluidos en el ícono; hay algunos que hacen parte de las prácticas alimentarias tradicionales de cada región y podrían incluirse en las recomendaciones locales como adaptaciones culturales en la implementación de las GABA.

Las personas hacen recomendaciones desde su conocimiento y percepción en diferentes contextos. Se recomienda revisar las sugerencias de las mujeres y evaluar la posibilidad de realizar los cambios que consideran necesarios.

En cuanto a las figuras, las poblaciones indígenas y afrocolombianas no se sienten identificadas y se cuestiona el color de las siluetas pues el blanco no representa la diversidad étnica del país. Se sugiere un color más oscuro, que no sea negro, para que resalte más las siluetas y permita dar claridad a sus detalles. El bebé de brazos debería ser de un color diferente o su silueta debería estar delimitada pues se confunde con la silueta de la madre.



## 6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES ACERCA DE LOS MENSAJES

La mayoría de los mensajes tiene más de una recomendación en este sentido, las participantes centran su atención en una u otra, pero no en las dos o tres recomendaciones al mismo tiempo. Es necesario que los mensajes sean directos y solo incluyan una alimentación para que logren tener recordación en la población objetivo.

Varios mensajes repiten recomendaciones, especialmente las que están dirigidas a comer saludable y en familia, por lo que se recomienda dejar un solo mensaje para cada recomendación.

En los mensajes, las recomendaciones de “reducir o evitar” no son bien entendidas porque no se comprende la razón, ejemplo, la sal. Es necesario resaltar el porqué de las recomendaciones que invitan a reducir o dejar el consumo de alimentos de consumo frecuente en un lenguaje claro para el público en general.

Los conceptos “tradicional” e “identidad cultural” solo son entendidos en población étnica afrocolombiana o indígena, por lo que es necesario que en la implementación se haga énfasis tanto en sus significados como en lo que se quiere recomendar.

La interpretación que se hace de la frase “plato colombiano” está asociada a plato típico colombiano, el cual es identificado como no saludable. Por lo anterior, es necesario que en las acciones de implementación y educación se haga énfasis en este concepto para mejorar su comprensión y reconocimiento.

El término “leguminosas” tiene variadas interpretaciones y se le asocian diferentes alimentos. Cada persona se apropia de la recomendación de acuerdo a la interpretación que hace del concepto. En este sentido, es necesario puntualizar qué alimentos son los que se están promoviendo.

No tienen claro el concepto de presión arterial normal y sus implicaciones para la salud. Para apoyar su comprensión, se sugiere acompañar la comunicación con un folleto complementario.

Ya que la relación sal-sodio confunde, es necesario que en las actividades educativas se haga énfasis en el sodio y en su relación con los alimentos, así como dar a conocer opciones para reemplazar la sal en los alimentos ya que no identifican ningún intercambio.

Para la mayoría de mujeres es más claro utilizar las palabras “embarazada” o “embarazo” y no “gestante” o “en gestación”. Se sugiere revisar y cambiar las expresiones.

Para las mujeres en periodo de lactancia, los mensajes están dirigidos a mantener o mejorar la salud de sus hijos y no perciben beneficios que ellas podrían obtener. Se recomienda orientar el mensaje de manera que las mujeres interpreten y valoren su salud tanto como la de su hijo.

Los mensajes que promueven el apoyo de la sociedad o de profesionales de la salud no son interpretados de esta manera. Las mujeres en periodo de lactancia consideran que es su responsabilidad alimentar con leche materna a su hijo y algunas desconocen derechos frente a esto.



## 7. GUÍAS DE PREGUNTAS

### Guía de Preguntas Entrevista Semiestructurada Validación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - Colombia – Menores de 2 Años

Antes de iniciar formalmente la entrevista, muestre el ícono a la persona que va a entrevistar. Luego, proceda con las preguntas. En el momento de indagar por los mensajes, muestre cada mensaje dirigido a población cuidadora del menor de 2 años, en el orden de esta guía.

MENSAJE	PREGUNTAS
Contexto	¿Edad, nivel educativo?
	¿Qué edad (meses o años) tiene el niño/niña?
	Podría contarme ¿cómo está conformado su hogar, con quién vive?
	Actualmente, ¿cuál es su principal actividad (estudia, trabaja, se dedica al hogar, otro)?
	¿De dónde provienen los recursos económicos para el sustento de su hogar?
Ícono	¿Qué ve en este gráfico?
	¿Hay algo en el gráfico que no sabe qué es?
	Indagar por los elementos del gráfico no mencionados.
	Para usted, como madre/padre/ cuidador de menores de 2 años, ¿qué son los alimentos? ¿Qué función o qué papel cumplen en los niños menores de 2 años?
	¿Qué tiempos de comida tienen los niños menores de 2 años en su hogar? ¿Qué alimentos integran estas rutinas y en qué proporción? ¿Qué alimentos comen “más” y qué alimentos “menos”?
	¿Por qué cree que el gráfico tiene diferentes divisiones de alimentos?
	¿Por qué cree que las divisiones del gráfico tienen diferentes tamaños?
	¿Usted considera que diariamente los niños menores de 2 años, de su hogar, podrían consumir alimentos de cada grupo como lo indica el gráfico? ¿Por qué? (limitaciones, facilidades)
	¿Qué le dice el gráfico acerca de la alimentación de niños menores de dos años?
	¿Considera que, en los niños menores de dos años, es necesario consumir agua diariamente?, ¿por qué?, ¿en qué cantidades?
Pensando en la alimentación de niños menores de dos años ¿Qué le cambiaría usted al gráfico?, (¿Le incluiría algo? / ¿Le quitaría algo?) ¿Por qué?	



MENSAJE	PREGUNTAS
<p>Mensaje 1: Para que los niños y niñas crezcan sanos, inteligentes, seguros y afectuosos, apoye a las madres para que practiquen la lactancia materna exclusiva, como único alimento durante los primeros 6 meses de vida.</p>	¿Qué entiende por este mensaje?
	¿Qué significa que los niños crezcan sanos, inteligentes, seguros y afectuosos?
	¿Para usted es importante que los niños crezcan sanos, inteligentes, seguros y afectuosos?
	¿Qué significa para usted lactancia materna exclusiva?
	¿Cómo cree que se debe alimentar a un bebé durante los 6 primeros meses de vida? ¿por qué?
	¿Usted cree que es fácil alimentar con solo leche materna a un niño menor de 6 meses?
¿Si usted dio o está dando leche materna de quién o quiénes recibió o recibe apoyo para realizar esta práctica?	
<p>Mensaje 2: Como trabajador y agente de la salud promueva, proteja y apoye la lactancia materna. No regale leches de tarro.</p>	¿Qué entiende por este mensaje? ¿A quién está dirigido (especificar)?
	Para usted, ¿cuáles son las leches de tarro?
	¿Por qué cree que es importante promover, proteger y apoyar la lactancia materna?
	¿Alguien le ha aconsejado que alimente a su bebé con leche de tarro? ¿Quién? ¿Por qué? (indagar profesional de la salud)
¿Alguna vez le han regalado leche de tarro? ¿quién? (indagar profesional de la salud)	
<p>Mensaje 3: Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas, ofrezca a partir de los 6 meses de edad alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continúe amamantando hasta los 2 años o más.</p>	¿Qué entiende por este mensaje?
	¿A qué edad le dio o va a darle alimentos, diferentes a la leche materna, a su bebé menor de 2 años?
	Para usted, ¿qué significa consumir alimentos frescos?
	Para usted, ¿qué significa consumir alimentos variados?
	Para usted, ¿qué significa consumir alimentos naturales?
	¿Cree que hay alguna diferencia entre los alimentos preparados en el hogar y los preparados que se compran fuera del hogar?
¿Hasta qué edad cree que debe dar leche materna a su hijo? ¿por qué?	
<p>Mensaje 4: Desde los 6 meses de edad ofrezca a los niños y niñas la diversidad de alimentos y preparaciones propias de sus territorios, para fortalecer su identidad cultural.</p>	¿Qué entiende por este mensaje?
	¿Qué entiende por fortalecer la identidad cultural?
	¿Qué alimentos propios de su región ofrece a su hijo?
	¿Existen preparaciones propias de su región para los niños menores de 2 años?



MENSAJE	PREGUNTAS
<p>Mensaje 5: Para el bienestar de la familia y el desarrollo de los niños y las niñas, promueva experiencias que involucren el juego, la exploración del medio y el movimiento.</p>	<p>¿Qué entiende por este mensaje?            Para usted, ¿qué significa promover el juego en su hijo menor de 2 años?            Para usted, ¿qué significa promover el movimiento en su hijo menor de 2 años?            Para usted, ¿qué significa promover la exploración del medio en su hijo menor de 2 años?            ¿Cree usted que promover el movimiento, el juego y la exploración del medio en su hijo se relaciona con su salud?            ¿Qué actividades realiza con su hijo que involucren el juego, el movimiento y la exploración del medio?</p>
<p>Mensaje 6: En torno a la alimentación se fortalecen los vínculos afectivos y la comunicación, acompañe a los niños y niñas para compartir estos momentos en familia y evite el uso de la televisión, teléfonos y demás distractores.</p>	<p>¿Qué entiende por este mensaje?            ¿Qué significa para usted un distractor en el momento de la alimentación?            ¿Cree que es importante fortalecer los vínculos afectivos y de comunicación en la familia?            ¿Usted cree que estos vínculos se fortalecen a través de la alimentación?            ¿Podría describir cómo es el momento de alimentación del niño menor de 2 años? ¿Quién lo acompaña? ¿En qué lugar de la casa se alimenta?            ¿Durante el momento de la alimentación se hace uso de algún distractor? ¿Por qué?</p>
<p>Mensaje 7: Acompañe siempre a los niños y las niñas en los momentos de la alimentación, permita el contacto con los alimentos para que experimenten de manera segura sus texturas, olores, sabores, sin convertirlos en premios o castigos.</p>	<p>¿Qué entiende por este mensaje?            ¿Cree que es importante que el niño toque directamente los alimentos?            ¿En su hogar permiten que el niño menor de 2 años toque directamente los alimentos? ¿Por qué? ¿Qué alimentos?            ¿En su hogar castigan o premian al niño menor de 2 años con los alimentos? ¿Por qué? ¿Le ofrece alimentos si se porta bien? ¿Lo obligan a comer?</p>
<p>Mensaje 8: Desde el nacimiento no ofrezca a sus niños y niñas leches de tarro, compotas listas para consumir, cereales de caja, productos de paquete, comidas rápidas y bebidas azucaradas, por su gran contenido de sustancias artificiales, azúcar, sal y grasas que causan sobrepeso, obesidad y otras enfermedades a lo largo de su vida.</p>	<p>¿Qué entiende por este mensaje?            Para usted, ¿cuáles son las compotas listas para consumir?            Para usted, ¿cuáles son los cereales de caja?            Para usted, ¿cuáles son los productos de paquete?            Para usted, ¿cuáles son las comidas rápidas?            Para usted, ¿cuáles son las bebidas azucaradas?            Para usted, ¿cuáles son las sustancias artificiales?            ¿Qué significa para usted el sobrepeso? ¿Cómo describe a un niño con sobrepeso?            ¿Qué significa para usted la obesidad? ¿Cómo describe a un niño obeso?            ¿Considera usted que el sobrepeso y la obesidad son una enfermedad?            ¿Cree usted que estos alimentos afectan la salud de los niños menores de 2 años? ¿Por qué?            ¿Usted ofrece alguno o varios de estos alimentos a los niños menores de 2 años? ¿Por qué?</p>



MENSAJE	PREGUNTAS
Mensaje 9: No confíe en toda la información sobre alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación; para proteger la salud y nutrición de mujeres gestantes, madres en periodo de lactancia y niños y niñas menores de 2 años siga las recomendaciones del "Plato saludable de la familia colombiana".	<p>¿Qué entiende por este mensaje?</p> <p>Con sus propias palabras, ¿cuáles cree que son las recomendaciones del "plato saludable de la familia colombiana"? (mostrar ícono)</p> <p>¿De qué medios de comunicación recibe información acerca de la alimentación o alimentos?</p> <p>¿Ha realizado o realiza alguna práctica alimentaria informada por alguno de estos medios? ¿Cuál?</p> <p>¿Ha dudado o tiene dudas sobre algún mensaje o información sobre la alimentación infantil publicada en alguno de estos medios? ¿Cuál? ¿Por qué?</p> <p>¿Confía en la información sobre alimentación recibida a través de la televisión, radio, redes sociales, internet u otros medios?</p>

### Guía de Preguntas Entrevista Semiestructurada Validación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - Colombia – Mujeres Gestantes

Antes de iniciar formalmente la entrevista, muestre el ícono a la persona que va a entrevistar. Luego, proceda con las preguntas. En el momento de indagar por los mensajes, muestre cada mensaje dirigido a la población gestante, en el orden de esta guía.

MENSAJE	PREGUNTAS
Contexto	¿Edad, nivel educativo?
	Podría contarme, ¿cómo está conformado su hogar; con quién vive?
	Actualmente, ¿cuál es su principal actividad (estudia, trabaja, se dedica al hogar, otro)?
	¿De dónde provienen los recursos económicos para el sustento de su hogar?



MENSAJE	PREGUNTAS
Ícono	¿Qué ve en este gráfico?
	¿Hay algo en el gráfico que no sabe qué es?
	Indagar por los elementos del gráfico no mencionados.
	Para usted, como mujer gestante ¿qué son los alimentos? ¿Qué función o qué papel cumplen en este momento de la gestación?
	¿Qué tiempos de comida tienen en su hogar? ¿Qué alimentos integran estas rutinas y en qué proporción? ¿Qué alimentos come "más" y qué alimentos "menos"?
	¿Por qué cree que el gráfico tiene diferentes divisiones de alimentos?
	¿Por qué cree que las divisiones del gráfico tienen diferentes tamaños?
	¿Usted considera que diariamente podría consumir en su hogar alimentos de cada grupo como lo indica el gráfico? ¿Por qué? (limitaciones, facilidades)
	¿Qué le dice el gráfico acerca de la alimentación?
	¿Considera que es necesario consumir agua diariamente? ¿Por qué? ¿En qué cantidades?
	¿Qué le cambiaría usted al gráfico? (¿Le incluiría algo? /¿Le quitaría algo?) ¿Por qué?
Mensaje 1: Por la salud de la mujer gestante y la de su bebé, consuman y disfruten en familia alimentos frescos, variados y naturales como lo indica el «Plato saludable de la familia colombiana».	¿Qué entiende por este mensaje?
	Para usted, ¿qué significa la salud de la gestante y su bebé?
	¿Qué entiende por "Plato saludable de la familia colombiana"?
	¿Le gusta ese nombre para el gráfico? ¿Qué otro nombre le daría usted?
	¿Usted considera que su alimentación está relacionada con su salud y la de su bebé?
	¿Usted considera que en este momento tiene una alimentación saludable? ¿Por qué?
	Para usted, ¿qué significa consumir alimentos frescos?
	Para usted, ¿qué significa consumir alimentos variados?
Para usted, ¿qué significa consumir alimentos naturales?	



MENSAJE	PREGUNTAS
Mensaje 2: Durante la gestación y lactancia, comparta y disfrute con su familia alimentos saludables de nuestras comidas tradicionales.	¿Qué entiende por este mensaje?
	¿Qué entiende por comida tradicional?
	Para usted, ¿cuáles serían alimentos saludables de nuestra comida tradicional?
	¿Diariamente usted prepara y consume alimentos con miembros de su familia? ¿Con quién? (limitaciones/facilidades)
Mensaje 3: Por su salud y la de su bebé, no consuma comidas rápidas, gaseosas, bebidas azucaradas, bebidas energizantes y productos de paquete.	¿Qué entiende por este mensaje?
	¿Qué entiende por “productos de paquete”? ¿Cómo le llamaría a este tipo de productos? (mostrar foto)
	¿Qué entiende por “comida rápida”? ¿Cómo le llamaría a este tipo de comidas? (mostrar foto)
	¿Qué entiende por “bebidas azucaradas”? ¿Cómo llamaría a este tipo de bebidas? (mostrar foto)
	¿Qué entiende por “bebidas energizantes”? ¿Cómo llamaría a este tipo de bebidas? (mostrar foto)
	¿Considera usted que el consumo de alimentos como: paquetes/comidas rápidas/ gaseosas/ bebidas azucaradas y/o bebidas energizantes se relaciona con su salud? ¿Cómo?
	¿Usted y su familia consumen productos de paquetes/comidas rápidas/ gaseosas, bebidas azucaradas y/o bebidas energizantes? ¿Por qué? (indagar gusto, acceso, recursos económicos)
¿Podría usted y su familia reducir el consumo de productos de paquetes/comidas rápidas/ gaseosas y/o bebidas azucaradas? ¿Por qué? ¿Cómo lo harían?	
Mensaje 4: Para tener una presión arterial normal y un embarazo saludable, reduzca el consumo de sal/ sodio y evite alimentos como carnes embutidas, enlatados y productos de paquete.	¿Qué entiende por este mensaje?
	¿Qué es para usted la presión arterial normal?
	¿Qué entiende por sal/sodio?
	¿Sabe usted si la presión arterial está relacionada con los alimentos que se consumen? ¿Con qué alimentos?
	¿La salud en su embarazo está relacionada con los alimentos que consume? ¿Con qué alimentos?
	Si usted y su familia tuvieran que sustituir la sal como condimento en sus comidas, ¿qué producto utilizaría para sustituto? ¿Por qué? (indagar gusto, acceso, recursos económicos)
	¿Usted podría reducir el consumo de alimentos como embutidos y/o enlatados y productos de paquete? ¿Por qué? (indagar gusto, acceso)



MENSAJE	PREGUNTAS
<p>Mensaje 5: Asista desde el comienzo de su gestación al control prenatal, esto contribuye a su buen estado de salud y el de su bebé.</p>	<p>¿Qué entiende por este mensaje? ¿De qué manera podría contribuir el control prenatal en su salud y en la de su hijo? ¿Usted cree que es importante asistir a los controles prenatales? ¿Por qué? ¿Ha asistido a los controles prenatales? ¿Por qué? ¿En qué momento de la gestación inicio controles? (dificultades, facilidades)</p>



## Guía de Preguntas Entrevista Semiestructurada Validación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - Colombia – Mujeres en Periodo de Lactancia

Antes de iniciar formalmente la entrevista, muestre el ícono a la persona que va a entrevistar. Luego, proceda con las preguntas. En el momento de indagar por los mensajes, muestre cada mensaje dirigido a población gestante, en el orden de esta guía.

MENSAJE	PREGUNTAS
Contexto	¿Edad, nivel educativo?
	Podría contarme, ¿cómo está conformado su hogar, con quién vive?
	Actualmente, ¿cuál es su principal actividad (estudia, trabaja, se dedica al hogar, otro)?
	¿De dónde provienen los recursos económicos para el sustento de su hogar?
	¿Qué ve en este gráfico?
	¿Hay algo en el gráfico que no sabe qué es?
	Indagar por los elementos del gráfico no mencionados.
Ícono	Para usted, como mujer en periodo de lactancia, ¿qué son los alimentos? ¿Qué función o qué papel cumplen en este momento de lactancia?
	¿Qué tiempos de comida tienen en su hogar? ¿Qué alimentos integran estas rutinas y en qué proporción? ¿Qué alimentos come “más” y qué alimentos “menos”? ¿Por qué?
	¿Por qué cree que el gráfico tiene diferentes divisiones de alimentos?
	¿Por qué cree que las divisiones del gráfico tienen diferentes tamaños?
	¿Usted considera que diariamente podría consumir en su hogar alimentos de cada grupo como lo indica el gráfico? ¿Por qué? (limitaciones, facilidades)
	¿Qué le dice el gráfico acerca de la alimentación?
	¿Considera que es necesario consumir agua diariamente? ¿Por qué? ¿En qué cantidades?
	¿Qué le cambiaría usted al gráfico? (¿Le incluiría algo? / ¿Le quitaría algo?) ¿Por qué?



MENSAJE	PREGUNTAS
<p>Mensaje 1: Para controlar su peso, estar mejor emocionalmente y tener un mejor estado de salud, brinde leche materna a su bebé, aliméntese de forma saludable y realice actividad física.</p>	¿Qué entiende por este mensaje?
	Para usted, ¿qué es tener un mejor estado de salud?
	¿Cree que es importante controlar su peso?
	Para usted, ¿qué significa estar bien emocionalmente?
	¿Usted considera que su alimentación está relacionada con su salud?
	¿Usted considera que en este momento tiene una alimentación saludable? ¿Por qué?
	¿Cree que es importante realizar actividad física? ¿Por qué?
	¿Por qué le da leche materna a su bebé?
<p>Mensaje 2: Las mujeres gestantes y en periodo de lactancia necesitan comer un poco más; aumente el consumo de agua, carnes, vísceras, pescados, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras.</p>	¿Qué entiende por este mensaje?
	Para usted, ¿qué significa comer un poco más?
	¿Usted cree que debería comer un poco más de lo que actualmente come?
	¿Cuándo estaba embarazada consumió más alimentos? ¿De cuáles?
	Para usted, ¿qué son las leguminosas?
	Para usted, ¿qué son las vísceras?
	¿Usted podría aumentar el consumo de agua, carnes, vísceras, pescados, lácteos, huevos, leguminosas, frutas y verduras? ¿Por qué? (indagar gusto, acceso)
	¿Qué entiende por este mensaje?
<p>Mensaje 3: Como sociedad seamos solidarios y comprometidos con las mujeres gestantes y en periodo de lactancia, apoyémoslas y propiciemos entornos amigables para ellas.</p>	¿Quién cree que debe ser solidario con usted como lactante y con las mujeres gestantes?
	¿Cuándo estaba en período de gestación que solidaridad o apoyo recibió?
	¿Qué solidaridad o apoyo encuentra ahora como lactante? ¿Qué apoyo le gustaría recibir?
	¿Qué entiende por entornos amigables?
	¿Qué entorno amigable sería adecuado para usted como mujer en periodo de lactancia?



## Guía de Preguntas Entrevista Semiestructurada Validación de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - Colombia – Mujeres Parteras

CATEGORIA	PREGUNTAS
Condición sociodemográfica	¿Edad, nivel educativo?
	Podría contarme, ¿cómo está conformado su hogar? ¿con quién vive?
	Además de sus labores como partera, ¿tiene otra actividad? (trabaja, se dedica al hogar, otro)?
	¿Cómo describe su trabajo como partera? (en qué consiste, por qué la consultan, todas las mujeres acuden, atiende a mujeres de qué lugares)
Recomendaciones alimentarias y cuidado de mujeres gestantes	Frente a la alimentación, ¿qué recomendaciones les da usted a las mujeres gestantes?
	¿Estas recomendaciones incluyen aumentar el consumo de algún alimento, cuál o cuáles? ¿Por qué?
	¿Estas recomendaciones incluyen disminuir o NO consumir algún alimento, cuál o cuáles? ¿Por qué?
	¿Cómo considera usted que es la alimentación de las mujeres gestantes en su comunidad? ¿Por qué?
	¿Qué limitaciones puede encontrar una mujer gestante para alimentarse adecuadamente en su comunidad?
	¿Qué factores podrían afectar negativamente la salud de las mujeres gestantes y la de sus hijos?
	¿Las mujeres gestantes la consultan por algún problema de salud? ¿Qué problemas son generalmente? ¿A qué razones atribuye usted estos problemas de salud?
Recomendaciones alimentarias y cuidado de mujeres en periodo de lactancia	¿Usted considera que una mujer que da leche materna a su bebé debe alimentarse diferente a otras mujeres que no lactan?
	Frente a la alimentación, ¿qué recomendaciones le da a usted a las mujeres en periodo de lactancia?
	¿Estas recomendaciones incluyen aumentar el consumo de algún alimento, cuál o cuáles? ¿Por qué?
	¿Estas recomendaciones incluyen disminuir o NO consumir algún alimento, cuál o cuáles? ¿Por qué?
	¿Cómo considera usted que es la alimentación de las mujeres en periodo de lactancia en su comunidad? ¿Por qué?
	¿Qué limitaciones puede encontrar una mujer en periodo de lactancia para alimentarse adecuadamente en su comunidad?
	¿Qué factores podrían afectar negativamente la salud de las mujeres en periodo de lactancia y la de sus hijos?
	¿Las mujeres en periodo de lactancia la consultan por algún problema de salud? ¿Qué problemas son generalmente? ¿A qué razones atribuye usted estos problemas de salud?



CATEGORIA	PREGUNTAS
Recomendaciones alimentarias para niños menores de 2 años	¿Usted cree que los niños menores de 2 años se deben alimentar de manera diferente a los niños mayores de 2 años? ¿Por qué?
	¿Usted cree que los niños menores de 6 meses se deben alimentar de manera diferente a los niños mayores de 6 meses? ¿Por qué?
	¿Usted da alguna recomendación para la alimentación de niños menores de 2 años? ¿Qué recomendaciones les da a las madres o cuidadores?
	Desde su experiencia y conocimiento, ¿cuál sería el mejor alimento o alimentos que podría consumir un niño menor de 6 meses?
	¿Cuál sería el mejor alimento o alimentos que podría consumir un niño después de cumplir los 6 meses?
	¿Cómo considera usted que es la alimentación de los niños menores de 2 años en su comunidad? ¿Por qué?
	¿Qué limitaciones puede encontrar una madre o una familia para alimentar adecuadamente a un niño menor de 2 años en su comunidad?



## Guía de Preguntas Grupo Focal Validación del Ícono

CATEGORIA	PREGUNTAS
Comprensión	<p>¿Qué ven en este gráfico? (muestre el gráfico a los participantes del grupo focal)</p> <p>¿Qué representa para ustedes este gráfico? (indagar si lo habían visto antes)</p> <p>Es necesario preguntar por cada elemento del gráfico que no haya sido nombrado (cubiertos, plato, alimentos, vaso, siluetas, rombo anaranjado, logo bienestar)</p> <p>¿Qué divisiones tiene la circunferencia?</p> <p>¿Por qué creen que está dividida de esta manera?</p> <p>¿Ustedes creen que hay alguna relación entre los colores y las divisiones?</p> <p>¿Por qué creen que el plato tiene unas divisiones más grandes que otras?</p> <p>¿Qué nombre le pondrían a cada división, cómo la llamarían? (marcar acetato)</p> <p>¿Qué alimentos figuran en cada división? Los participantes deben identificar cada uno de los alimentos que integran los grupos y el vaso. El moderador debe marcar en el acetato el nombre dado a cada alimento:</p> <p>Color verde: alimentos que identifican con un solo nombre</p> <p>Color anaranjado: alimentos que identifican con más de un nombre</p> <p>Color negro: alimentos que no se identifican</p> <p>Si no quedó registrado, pregunte por cada silueta y coloque un nombre (niños: edad)</p> <p><b>Al final, explique cada elemento.</b></p>
Práctica alimentaria	<p>¿Qué alimentos de los que se encuentran en el gráfico consumen diariamente? De acuerdo con el gráfico, ¿qué alimentos no consumen diariamente? ¿Por qué? (aclarar tipo de población: gestante, mujer en periodo de lactancia, menores de 2 años)</p> <p>1) Marcar acetato C: G/PL y NC: M2. o 2) Hacer una tabla de dos columnas en un pliego de papel, una para cada tipo de población, y escribir en cada columna cada alimento que los participantes van nombrando C/NC.</p> <p>¿Existen alimentos que consuman (aclarar tipo de población: gestante, lactante, menores de 2 años) y que no aparezcan en el gráfico? ¿Cómo clasificarían estos alimentos? (dibuje un gráfico como el ícono, en un pliego de papel, uno para cada tipo de población, y escriba en cada segmento cada alimento que los participantes van nombrando y clasificando).</p> <p>Indagar por actividades físicas cómo representan algunas siluetas (especialmente &lt;2 años)</p>
Factibilidad	<p>Si usted usara este gráfico para escoger los alimentos y de acuerdo con su realidad (aclarar tipo de población: gestante, lactante, menores de 2 años), ¿qué grupos de alimentos comería más y qué grupos de alimentos comería menos ¿Por qué? (economía, gusto, acceso). 1) Marcar acetato +: G/PL y -: M2. o 2) Hacer una tabla de dos columnas en un pliego de papel y marcar según tipo de población y frecuencia de consumo + / -).</p> <p>Si usted se guiará por este gráfico y su clasificación de alimentos, ¿qué alimentos harían parte del desayuno, del almuerzo y de la comida (aclarar tipo de población: gestante, mujer en periodo de lactancia, menores de 2 años)? (Escribir en un pliego de papel según tiempo de comida y tipo de población)</p> <p>¿Usted considera que diariamente podría consumir alimentos de cada división? (aclarar tipo de población: gestante, mujer en periodo de lactancia, menores de 2 años), ¿Por qué? (limitaciones, facilidades)</p>
Aceptación	<p>¿Qué le gusta del gráfico en general y de cada elemento que contiene (cubiertos, plato, alimentos, vaso, siluetas, rombo anaranjado, logo bienestar)? ¿Por qué?</p> <p>¿Qué no le gusta del gráfico en general y de cada elemento que contiene (cubiertos, plato, alimentos, vaso, siluetas, rombo anaranjado, logo bienestar)? ¿Por qué?</p>
Adaptabilidad	¿Qué le cambiaría usted a este gráfico? ¿Por qué? (indagar por cada elemento del gráfico).
Comunica.	Si una persona le pregunta qué entendió de este gráfico, ¿qué le diría usted?



**Guía de Preguntas Grupo Focal**  
**Validación de los Mensajes de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos**  
**–GABAS–**  
**Mujeres Gestantes – Mujeres en Periodo de Lactancia – Menores de 2 Años**

De acuerdo con la población participante (gestantes, mujeres en periodo de lactancia y menores de 2 años), escriba en un lugar visible (pliego de papel) cada uno de los mensajes a validar. Ejemplo: "Por la salud de la mujer gestante y la de su bebé, consuman y disfruten en familia alimentos frescos, variados y naturales como lo indica el «Plato saludable de la familia colombiana»". Realice las preguntas indagando siempre las razones detrás de las prácticas y opiniones mencionadas, recuerde que no tiene que seguir estrictamente el orden de la guía sino formular las preguntas según la dinámica del grupo. No olvide realizar la totalidad de las preguntas.

CATEGORIAS	PREGUNTAS
Comprensión	Digan con sus propias palabras la frase. ¿Qué entienden por este mensaje? (facilitar que las personas profundicen en los conceptos de cada uno de los mensajes). ¿Con este mensaje qué nos recomiendan que hagamos?
Aceptación	¿Qué les parece este mensaje? ¿Por qué? ¿Están de acuerdo con este mensaje? ¿Por qué?
Práctica alimentaria	¿Habían escuchado antes este mensaje? ¿Dónde? ¿Se hace algo parecido en sus familias? ¿Qué se hace?
Beneficios	¿Qué beneficios pueden obtener si siguen este mensaje? ¿Qué otros beneficios obtendría de llevarlo a cabo?
Factibilidad de implementarla: intención, facilidades, barreras	¿Pondrían en práctica este mensaje en sus propias familias? ¿Por qué? ¿Creen que a otras familias de su comunidad les gustaría poner en práctica este mensaje? ¿Creen ustedes que podrían realizar lo que indica este mensaje? (indagar por gusto, acceso, recursos económicos). ¿Por qué sí? (¿Qué facilidades?) ¿Por qué no? ¿Qué necesitarían? (¿Qué limitaciones?) ¿Con qué frecuencia podrían realizar lo que indica este mensaje?
Adaptabilidad	¿Qué cambios le harían al mensaje para poder ponerlo en práctica?
Comunicabilidad	¿Cuál creen ustedes que es la mejor manera de comunicar este mensaje a otras personas? Si ustedes quisieran comunicar a otras familias este mensaje, ¿qué les dirían?



## BIBLIOGRAFIA

---

- ▶ Albert, J., Samuda, P., Molina, V., Regis, T., Merlyn, S., Finlay B., et al. 2007. Developing Food-Based Dietary Guidelines to Promote Healthy Diets and Lifestyles in the Eastern Caribbean. *Nutr Educ Behav.* Vol. 39. Pp. 343-350.
- ▶ Albert, J., Samuda, P., Molina, V., Regis, T., Merlyn, S., Finlay B., et al. 2007. Developing Food-Based Dietary Guidelines to Promote Healthy Diets and Lifestyles in the Eastern Caribbean. *Nutr Educ Behav.* Vol. 39. Pp. 343-350.
- ▶ Atkinson y Coffey. 2003. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Editorial Universidad de Antioquia. Medellín.
- ▶ Britten P., Haven J., Davis C. 2006. Consumer Research for Development of Educational Messages for the MyPyramid Food Guidance System. *J Nutr Educ Behav.* 38: s108.s123.
- ▶ Migración Colombia Ministerio de Relaciones Exteriores. 2014. Boletín anual de estadísticas 2014.
- ▶ Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2015.
- ▶ Coffey, A. y Atkinson, P. 2003. Encontrar sentido a los datos cualitativos. Colombia: Contus.
- ▶ Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). 2016. Boletín Técnico 2016. Bogotá, D. C. – Colombia.
- ▶ Díaz, I. Gisela, Ortiz R. Andrés. 2005. La entrevista cualitativa, Cultura de investigación universitaria, Universidad Mesoamericana,
- ▶ Guías alimentarias para la población española. Diciembre 2016. La nueva pirámide de la alimentación saludable. *Nutr Hosp*, 2016, vol. 33, no 8, p. 1-48.
- ▶ DNP. 2008. Documento Consejo Nacional de Política Económica y Social. CONPES 113. Política Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional.
- ▶ FAO e Instituto Internacional de Ciencias de la Vida (ILSI). 1998. Taller sobre Guías Alimentarias Basadas en Alimentos (GABA) y Educación en Nutrición para el Público. Quito, Ecuador. Oficina Regional de la FAO para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile.
- ▶ FAO. 2007. Developing Food-based Dietary Guidelines: A Manual for the English-speaking Caribbean. In press.
- ▶ García, M., Manjarrés, LM., Calderón, M. 1998. Tabla de lista de intercambios. 3era ed. Medellín, P. 1-20.
- ▶ Gómez, A., Quintero, D. 2003. Sistema de intercambio de alimentos. Centro de Atención Nutricional. Medellín. p. 3-35.
- ▶ Heinrich, J., Scrimshaw, SC., Chávez, N. y Sullivan, M. 2007. Food and Fitness for Children and Families: A Rapid Assessment Tool. University of Illinois at Chicago. Draft 28.



- ▶ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). 2015. Tabla de composición de alimentos. Bogotá.
- ▶ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), FAO. 2015. Bases técnicas para la elaboración de las guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor de 2 años.
- ▶ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). 2010. Encuesta Nacional de la Situación Nutricional (ENSIN).
- ▶ Instituto Geográfico Agustín Codazzi. 2005. Atlas de Colombia 2005. Imprenta Nacional.
- ▶ Krueger, Richard. Focus Groups. 2004. A Practical Guide for Applied Research. Sage.
- ▶ Manjarrés, LM. et al. 2017. Lista de intercambios. Reimpresos. Universidad de Antioquia.
- ▶ Miles, MB., Huberman, AM. 1994., Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook, 2nd edn. Sage Publications, California.
- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. 2016. Análisis de Situación en Salud ASIS.
- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS.
- ▶ Ministerio de Salud y Protección Social. 2015. SAN 3. Lineamientos técnicos de alimentación complementaria para niños y niñas de 6 a 23 meses de Colombia. Convenio 519 de 2015. Bogotá. P. 176.
- ▶ Molina, V. 2008. Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las guías alimentarias. Anales venezolanos de nutrición. Vol 21 (1): 31-41.
- ▶ Molina, V. 2008. Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las guías alimentarias. Anal Ven Nutr. Vol. 21, No. 1. Pp. 31-41.
- ▶ Olivares Cortés, Sonia, et al. Diseño y validación de la imagen para la difusión e implementación de las guías alimentarias para la población chilena. 2015. Nutrición Hospitalaria, vol. 32, no 2.
- ▶ FAO. Estado Actual de las Guías Alimentarias de América. 21 años.
- ▶ Organización Mundial de la Salud. 2014. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014. Parte II. 9 Estadísticas demográficas y socioeconómicas.
- ▶ Guías Alimentarias. Nuevas guías alimentarias para la población argentina. 2016, vol. 34, no 155, p. 56.
- ▶ Peña, M., Molina, V. 1999. Food Based Dietary Guidelines and Health Promotion in Latin America. Washington, DC: Pan American Health Organization and Institute of Nutrition of Central America and Panama.
- ▶ López, P., Cáceres, D., López, E. Enfermedad por rotavirus, características epidemiológicas, clínicas, prevención y manejo. CCAP. Volumen 6, número 2.
- ▶ MSPS. Marzo de 2013. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021.



- ▶ MSPS. 2015. Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social.
- ▶ FAO. 2014. Después de la Conferencia Internacional de Nutrición. Roma: FAO.
- ▶ Quintero, D., Escobar, L. 2001. Tabla de composición de alimentos. 2da ed. Medellín. p. 1-107.
- ▶ Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Guías alimentarias para niños y niñas colombianos, consultado en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/Bienestar/Beneficiarios/Nutricion-SeguridadAlimentaria/EducacionAlimentaria/GuiasAlimentarias>. Acceso: 18 de septiembre de 2016.
- ▶ Ministerio de Cultura. 2013. Regiones culinarias de Colombia: Biblioteca básica de cocinas tradicionales de Colombia.
- ▶ Rivera, R. Noviembre de 2010. Validación de una Guía de Educación Alimentaria Nutricional Durante el Embarazo y Lactancia, con mujeres que asisten a control prenatal en el centro de salud de la Colonia Centro América, de la Zona 7. Trabajo de Grado para optar por el título de Maestría en Alimentación y Nutrición. Guatemala.
- ▶ Scrimshaw, S., Carballo, M., Ramos, L., Blair, B. 1991. The AIDS Rapid Anthropological Assessment Procedures: A Tool for Health Education Planning and Evaluation. 18(1): 111-123.
- ▶ The United Nations Children's Fund (UNICEF) y World Health Organization (WHO). 2006. Pneumonia: The forgotten killer of children. Ginebra.
- ▶ Utarini, Adi., Winkvist, A. y Fahmi, M. 2003. Rapid Assessment Procedures of Malaria in Low Endemic Countries: Community Perceptions in Jepara District, Indonesia. Social Science & Medicine, 56 (4) 701-712.
- ▶ Weiss, W., Bolton, P. y Shankar, A. Rapid Assessment Procedures (RAP) 2000. Addressing the Perceived Needs of Refugees & Internally Displaced Persons Through Participatory Learning and Action. Johns Hopkins University.
- ▶ World Health Organization. 1998. Preparation and Use of Food-Based Dietary Guidelines, Report of a joint FAO/WHO consultation. Nicosia, Cyprus, Geneva.
- ▶ República de Colombia, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Guías Alimentarias para niños y niñas colombianos, consultado en: <http://www.icbf.gov.co/portal/page/portal/PortallCBF/Bienestar/Beneficiarios/Nutricion-SeguridadAlimentaria/EducacionAlimentaria/GuiasAlimentarias>
- ▶ Clarke M, Oxman AD, editores. Cochrane Reviewers' Handbook 4.1. Review Manager: Versión 4.1. Oxford, England: The Cochrane Collaboration, 2000.
- ▶ J.H. Cummings, J. Howlett, J. Rafter, G. Riccardi and J. Westenhoefer. Process for the Assessment of Scientific Support for Claims on Foods (PASSCLAIM) – Phase Two: Moving Forward. European Journal of Nutrition, Vol 43, Supplement 2, 2004.
- ▶ Da Costa S, De Mattos C, Cuce M. Estrategia pico para la construcción de la pregunta de investigación y la búsqueda de evidencias. Rev Latino-am Enfermagem 2007 maio-junho; 15(3)





# GUÍAS ALIMENTARIAS PARA MUJERES GESTANTES, MADRES EN PERÍODO DE LACTANCIA Y NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS DE COLOMBIA

DOCUMENTO TÉCNICO



## Instituto Colombiano de Bienestar Familiar



LÍNEA DE PROTECCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES.  
DENUNCIA • EMERGENCIA • ORIENTACIÓN

Línea gratuita nacional ICBF:  
**01 8000 91 80 80**  
[www.icbf.gov.co](http://www.icbf.gov.co)



ICBFColombia



@ICBFColombia



@icbfcolombiaoficial



Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura



GOBIERNO DE COLOMBIA