

Maestría en Salud Pública



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS

Educación y Salud de Calidad
con Sentido Social

Tesis de grado

**Influencia de las condiciones socioculturales en la situación nutricional
de la primera infancia del Resguardo Indígena Nasa – Huila. Colombia,
2021-2022.**

Juan David Dussán Chaux

Proyecto de investigación para optar al título de Magíster en Salud
Pública

Asesor:

Juan Camilo Calderón Farfán. Ms, PhD.

Fundación Universitaria Juan N. Corpas

Facultad de salud Pública

Bogotá

2023

Agradecimientos

A Dios, por darme la oportunidad de vivir esta experiencia de vida profesional y personal.

A mi familia, especialmente a mi pareja por la paciencia y e incondicional apoyo, a mi motor de vida, mi pequeña Hija Arya Sofia por ser mi motivación y orgullo por el resto de mi vida.

A mi madre, quien siempre ha querido lo mejor para mi y ha sido un apoyo incondicional en este camino de vida.

A la comunidad, líderes y en especial a la mayora Luz Nidia Finscue del Resguardo indígena Huila, por su siempre compromiso y apoyo en la culminación de este proyecto.

A la familia IPS-I CRIHU, y Modalidad Propia por su comprensión y apoyo vital en la realización de este proyecto.

A mi estimado asesor Juan Camilo Calderón Farfán, por compartir sus conocimientos, brindar consejos, apoyo y mostrar siempre disposición para la culminación de este trabajo.

Al cuerpo docente y administrativo de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas de la maestría en salud pública , que con sus enseñanzas y aportes individuales permitieron dar una finalización al presente trabajo.

Tabla de contenido

1. RESUMEN	7
2. INTRODUCCION	11
CAPITULO UNO.....	14
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
4. OBJETIVOS.....	21
<i>4.1 Objetivo general.....</i>	<i>21</i>
<i>4.2 Objetivos especificos.....</i>	<i>21</i>
5. JUSTIFICACION.....	22
CAPITULO DOS.....	25
6. MARCOS DE REFERENCIA	25
6.1 ANTECEDENTES.....	25
6.2 MARCO CONTEXTUAL DEL RESGUARDO INDÍGENA HUILA	30
6.3 MARCO TEÓRICO	37
6.3.1 <i>Inequidad en salud de la niñez indígena.....</i>	<i>37</i>
6.3.2 <i>Determinantes sociales en salud</i>	<i>42</i>
6.4 MARCO CONCEPTUAL	46
6.4.1 SITUACIÓN NUTRICIONAL.....	46
6.4.2 PRIMERA INFANCIA	48
6.4.3 CONDICIONES SOCIOCULTURALES EN SALUD.....	49
CAPITULO TRES	50
7. DISEÑO METODOLOGICO.....	50
7.1 <i>Socialización del proyecto y obtención de aval comunitario e institucional</i>	<i>53</i>
7.2 <i>Recolección e interpretación de los datos cuantitativos</i>	<i>54</i>
7.3 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS CUANTITATIVOS.....	56
7.3.1 <i>Criterios de rigor</i>	<i>62</i>
7.4 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS	66
7.4.1 <i>Elaboración y ajustes del Guion de entrevista.....</i>	<i>69</i>
7.4.2 <i>Aplicación del guion de entrevista de grupos de discusión</i>	<i>71</i>
7.4.3 <i>Entrevista individual a profundidad.....</i>	<i>73</i>
7.4.4 <i>Procesamiento y análisis de la información de los grupos de discusión y entrevista.....</i>	<i>74</i>
7.4.5 <i>Criterios de rigor</i>	<i>75</i>
7.5 <i>TRIANGULACION DE RESULTADOS</i>	<i>77</i>
8. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	79
CAPITULO CUATRO	82
9. RESULTADOS CUANTITATIVOS.....	82
9.1 CONDICIONES SOCIOCULTURALES DE LA PRIMERA INFANCIA INDÍGENA NASA.....	83
9.2 ESTADO NUTRICIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA DEL RESGUARDO INDÍGENA NASA.....	93
9.3 RELACIÓN ENTRE CONDICIONES SOCIOCULTURALES Y SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA INDÍGENA NASA	96

10. PERSPECCIONES COMUNITARIAS ALREDEDOR DE SITUACIÓN NUTRICIONAL Y SU RELACION CON LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES	121
<i>10.1 categorías descriptivas emergentes de la codificación abierta</i>	121
<i>10.2 categorías emergentes de codificación axial</i>	123
10.3 PERSPECTIVAS COMUNITARIAS FRENTE A LA RELACIÓN ENTRE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES Y LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LA PRIMERA INFANCIA	124
<i>10.3.1 Condiciones de vivienda</i>	125
<i>10.3.2 Desarmonía del territorio</i>	128
<i>10.3.3 Debilitamiento de autonomía alimentaria</i>	131
<i>10.3.4 Dinámicas sociales</i>	138
<i>10.3.5 Redes interinstitucionales</i>	143
CAPITULO QUINTO	149
11. TRIANGULACION TEORICA Y DISCUSION DE DATOS	149
12. CONCLUSIONES	162
13. RECOMENDACIONES	164
14. LIMITACIONES Y FUTUROS ESTUDIOS	166
15. RERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	168
16. ANEXOS	177

LISTA DE TABLA

TABLA 1. POBLACIÓN POR FAMILIAS Y PERSONAS DEL RESGUARDO INDÍGENA NASA, HUILA 2018	31
TABLA 2. CLASIFICACIÓN ANTROPOMÉTRICA DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL PARA NIÑOS MENORES DE 6 AÑOS, SEGÚN INDICADOR Y PUNTOS DE CORTE	46
TABLA 3. VARIABLES DE FICHA FAMILIAR (VARIABLES INDEPENDIENTES):	57
TABLA 4 VARIABLES DEPENDIENTES: INDICADORES DE SITUACIÓN NUTRICIONAL	63
TABLA 5. TOTAL, PARTICIPANTES GRUPOS DE DISCUSIÓN	69
TABLA 6. CONFORMACIÓN DE GRUPOS DE DISCUSIÓN Y ENTREVISTA	72
TABLA 7. CONDICIONES SOCIODEMOGRÁFICAS DEL RESGUARDO INDÍGENA NASA-HUILA	84
TABLA 8. SABERES ANCESTRALES DEL RESGUARDO INDÍGENA NASA- HUILA.....	85
TABLA 9. DISTRIBUCIÓN POR EXPOSICIÓN DE HUMO, MEDIO DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS Y MANEJOS AGUA.....	87
TABLA 10. DISPOSICIÓN DE DESECHOS EN EL RESGUARDO INDÍGENA NASA-HUILA	89
TABLA 11. ANÁLISIS COMPARATIVO DE VARIABLES SOCIOCULTURALES Y ESTADO NUTRICIONAL BIVARIADO EN MENORES DE 6 AÑOS CON EL INDICADOR PESO PARA LA TALLA.....	97
TABLA 12. OR DE VARIABLES CON P SIGNIFICATIVA EN PESO PARA LA TALLA	102
TABLA 13. ANÁLISIS COMPARATIVO DE VARIABLES SOCIOCULTURALES Y ESTADO NUTRICIONAL BIVARIADO EN MENORES DE 6 AÑOS CON EL INDICADOR TALLA PARA LA EDAD.....	103
TABLA 14. OR DE VARIABLES CON P SIGNIFICATIVA EN TALLA PARA LA EDAD	107
TABLA 15. ANÁLISIS COMPARATIVO DE VARIABLES SOCIOCULTURALES Y ESTADO NUTRICIONAL BIVARIADO EN MENORES DE 6 AÑOS CON EL INDICADOR IMC.	108
TABLA 16. OR DE VARIABLES CON P SIGNIFICATIVA EN IMC.	113
TABLA 17. ANÁLISIS COMPARATIVO DE VARIABLES SOCIOCULTURALES Y ESTADO NUTRICIONAL BIVARIADO EN MENORES DE 6 AÑOS CON EL INDICADOR PESO PARA LA EDAD	114
TABLA 18. OR DE VARIABLES CON P SIGNIFICATIVA EN PESO PARA LA EDAD	119
TABLA 19. CATEGORÍAS DESCRIPTIVAS.....	122
TABLA 20. CATEGORÍAS EMERGENTES DE LA CODIFICACIÓN AXIAL.....	123

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD SEGÚN OMS	44
FIGURA 2. DISEÑO METODOLÓGICO DEL ESTUDIO	50
FIGURA 3. CRUCE Y DEPURACIÓN DE BASES DE DATOS	55
FIGURA 4. CONDICIONES DE VIVIENDA DEL RESGUARDO INDÍGENA NASA-HUILA.....	86
FIGURA 5. CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL TALLA PARA LA EDAD Y PESO PARA LA EDAD EN MENORES DE 6 AÑOS.....	93
FIGURA 6. REPRESENTACIÓN GRÁFICA DE LA CLASIFICACIÓN NUTRICIONAL PESO PARA LA TALLA EN MENORES DE 6 AÑOS.....	94
FIGURA 7. REPRESENTACIÓN GRÁFICA EN CLASIFICACIÓN DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL “IMC” PARA LA EDAD EN MENORES DE 6 AÑOS	95
FIGURA 8. DIAGRAMA SITUACIÓN NUTRICIONAL Y CONDICIONES SOCIOCULTURALES	124

LISTA DE IMÁGENES

IMAGEN 1. RESGUARDO HUILA	30
IMAGEN 2. CULTIVO DE MAÍZ RDO. INDÍGENA NASA- HUILA	33
IMAGEN 3. TUL NASA.....	34
IMAGEN 4. CULTIVO DE CAFÉ RDO. INDÍGENA NASA.....	36
IMAGEN 5. CULTIVO DE CAFÉ CAÑA RDO. INDÍGENA NASA	36

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA	178
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO	179
ANEXO 3. FORMATO VALIDACIÓN GUIÓN ENTREVISTA	181
ANEXO 4. GUIÓN DE ENTREVISTA	183

1. RESUMEN

Las comunidades indígenas pese a ser un grupo minoritario y protegido por el Estado colombiano, presenta inequidades en diferentes indicadores sociodemográficos frente a la población no indígena. Tal es el caso de los indicadores de tipo nutricional, que a nivel nacional y regional presentan mayores índices de Desnutrición infantil, malnutrición, que superan las tasas nacionales y departamentales respectivamente.

Sumado a esto, en las comunidades indígenas se presentan algunas variables socioculturales de la población que pueden determinar algunas condiciones de salud en la primera infancia, lo que hace pertinente estudiar y profundizar en esta temática. Además, que a nivel de territorio no se han desarrollado estudios con este enfoque planteado.

Objetivo: Analizar la situación nutricional de la primera Infancia y su relación con las condiciones socioculturales del Resguardo indígena Nasa Huila.

Metodología: Mixta, secuencial, con **preponderancia analítica**, para explorar posible asociación entre la situación nutricional de los menores de 6 años y las condiciones socioculturales de la comunidad; además, contrastar desde una perspectiva comunitaria mediante **grupos de discusión y entrevistas**. Para lo cual se utilizó información de fuentes secundarias como la realización de la clasificación nutricional de menores de 6 años, e información de fichas familiares que recopila información de la condición de vida de las familias de la IPS-I CRIHU

y aplicación de un guion de entrevista a actores claves de la comunidad.

Resultados: Las condiciones sociodemográficas destacan baja escolaridad (36.2%), aseguramiento al régimen de salud subsidiado (94.4%) y no asegurados (5.6%), materiales inadecuados de vivienda como asbesto (73.7%), tierra (7%), consumo de agua no tratadas (66.2%), inadecuada disposición de aguas negras (66.6%). Así mismo destaca en estado nutricional talla para la edad, riesgo de tallabaja y retraso en talla (39.4%) (48.8%) respectivamente, y en peso para la talla riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad (28.6%) (5.2%) y (0.5%) respectivamente. Las variables que presentaron posible asociación calculado por OR en la alteración nutricional peso-talla fueron material de pared, riesgo en la vivienda de inundación, falla geológica, y tipo de espacio productivo comunitario. Las variables más destacadas en cada uno de los indicadores nutricionales analizados. Finalmente, las perspectivas comunitarias que se asocian a la situación nutricional fueron condiciones de vivienda inadecuadas, necesidades básicas insatisfechas e inequidades alrededor de atención en salud bajo apoyo interinstitucional.

Palabras claves: Características culturales, Características sociales, estado nutricional, salud del niño, pueblos indígenas.

ABSTRACT

The indigenous communities, despite being a minority group and protected by the Colombian State, present inequities in different sociodemographic indicators compared to the non-indigenous population. Such is the case of nutritional indicators, which at the national and regional level have higher rates of child malnutrition, malnutrition, which exceed the national and departmental rates respectively.

Added to this, in indigenous communities, there are some sociocultural variables of the population that can determine some health conditions in early childhood, which makes it pertinent to study and deepen this topic. In addition, that at the territory level no studies have been developed with this proposed approach.

Objective: To analyze the nutritional situation of early childhood and its relationship with the sociocultural conditions of the Nasa Huila indigenous reservation.

Methodology: Mixed, sequential, with an analytical preponderance, to explore a possible association between the nutritional situation of children under 6 years of age and the sociocultural conditions of the community, as well as contrast from a community perspective through discussion groups and interviews. For which information from secondary sources will be used, such as the performance of the nutritional classification of children under 6 years of age, and information from family files that collect information on the living conditions of the families of the IPS- I CRIHU and application of a script of Interview key community stakeholders.

Results: The sociodemographic conditions stand out, low schooling (36.2%) insurance to the subsidized health system (94.4%) and uninsured (5.6%), inadequate housing materials such as asbestos (73.7%), land (7%), consumption of untreated water (66.2%) inadequate disposal of sewage (66.6%). Likewise, height for age, risk of short stature and retardation in height (39.4%) (48.8%) respectively, and weight for height risk of overweight, overweight and obesity (28.6%) (5.2%) stand out in nutritional status. and (0.5%) respectively. Likewise, the variables that present a possible association in the nutritional alteration weight-height, wall material, risk of flooding in the dwelling, geological fault, and type of community productive space, the most prominent variables in each of the nutritional indicators analyzed. Finally, community perspectives revolve around inadequate housing conditions, unsatisfied basic needs, and inequities around health care under inter- institutional support.

Keywords: Cultural characteristics, nutritional status, child health, indigenous peoples

2. INTRODUCCION

Desde el año 2020, poblaciones de todo el mundo hacían frente a múltiples condiciones adversas suscitadas por la pandemia por COVID-19 (1) En la misma vía, los pueblos indígenas respondían a las restricciones generadas por las medidas de restricción secundarias al virus mediante formas innovadoras basadas en sus saberes y prácticas tradicionales milenarias, al tiempo que lidiaban con el olvido y la discriminación de la que son objeto cotidianamente (2).

Este panorama se describe en territorios de América latina, donde la población indígena, representa el 7.8% de la población total. Países como México, Perú, Guatemala, y Bolivia, concentran un poco más del 80% de la población (3) con **indicadores de desigualdad, desnutrición y malnutrición en menores de 5 años**, frente a la población no indígena (2). Tales inequidades han sido reconocidas por organismos internacionales que establecen la salud como tema fundamental para el bienestar de los pueblos indígenas a nivel mundial (4), destacando desventajas notables en los indicadores socioeconómicos y de salud de estos pueblos (5).

En Colombia los pueblos indígenas representan el 4.4% de la población total según censo del 2018 (3), considerados por el Estado colombiano como grupo étnico minoritario y prioritario en planes de Desarrollo y de Salud Pública dadas sus condiciones de vulnerabilidad e inequidad social (3). Muestra de ello, es que

cuatro de los cinco departamentos de Colombia con las mayores tasas de pobreza son también departamentos con alta población indígena o afrodescendiente (Chocó, Cauca, Córdoba, Guajira y Magdalena) (6). Algunas consecuencias se evidencian en indicadores de alimentación, nutrición y hambre, que han dado origen a políticas internacionales y nacionales relacionadas con la seguridad y soberanía alimentaria, como los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030 (7).

Algunos **factores asociados a la problemática alimentaria** de pueblos indígenas son el aumento del **consumo de alimentos foráneos** en los territorios indígenas derivados de la globalización y la influencia de medios de comunicación, que ha masificado el **consumo de alimentos procesados**, especialmente en la población más joven. La **falta de titularidad** de los territorios indígenas, el **pobre abastecimiento de agua** (8)(9) y las condiciones ambientales ocasionadas por el cambio climático, también inciden en los ciclos productivos y en las prácticas alimentarias (9). El conflicto armado (8) y la **pérdida de especies vegetales** acentuado con la reglamentación de patentes, pueden impactar negativamente la alimentación de las personas más pobres del mundo (10).

Algunas dificultades en materia alimentaria muestran un cambio de los sistemas y prácticas alimentarios tradicionales derivado de la implementación de técnicas

agrícolas que responden a las exigencias del mercado, debilitando espacios de transmisión de sabiduría ancestral y legados culturales entre generaciones (11)(12).

Otro hecho son los procesos migratorios por búsqueda de mejores oportunidades, que ha incorporado nuevos saberes y consumo de alimentos que en algunos casos, deslegitiman sus culturas ancestrales (13) (14).

En Colombia, la mayoría de los estudios se han centrado en analizar como los condicionantes sociales en salud pueden afectar la nutrición en la población infantil en las comunidades, dejando al lado un factor importante como unas características culturales únicas que en cada comunidad y territorio se presentan.

Hace falta estudios, como el que aquí se presenta, que aborde la problemática desde una perspectiva más integral y desde una cosmovisión Nasa, en donde se vinculen e integren la teoría con las vivencias de los pueblos indígenas.

En tal sentido, consideramos que la realización de este estudio aportará ideas para lograr una mejor comprensión de la problemática que se señala, además de posicionar el pensar indígena como punto fundamental en la lucha por el buen vivir que se promulga desde estas comunidades. Así mismo, sentar un precedente en materia de salud pública que reconozca y dignifique las condiciones de vida y nutricional de la primera infancia e infancia.

CAPITULO UNO

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las comunidades indígenas a nivel mundial son unas de las poblaciones humanas más vulnerables debido a los diferentes cambios presentados a raíz de la globalización. Entre estos, la economía extractivista que ha generado deterioro de sus territorios, riesgo de pérdida de prácticas y costumbres tradicionales, causando el debilitamiento y extinción progresivo de sus culturas (15).

La situación de vulnerabilidad de estos pueblos en temas de salud es reconocida por entidades internacionales como la Organización Panamericana de la Salud-OPS que establece desventajas en indicadores de calidad de vida, pobreza, mortalidad infantil, mortalidad materna, cuyas cifras son mayores en población indígena (16) ligadas al grado de exclusión social (17) a las cuales se encuentran sometidas las poblaciones indígenas. El foro permanente de las Naciones Unidas para las cuestiones indígenas (UNPFII) destaca la importancia de los análisis de morbilidad y mortalidad de las comunidades, ya que la falta de datos en esta área los hace invisible y representa una barrera importante para los esfuerzos por abordar el problema (18).

En América latina, existen barreras estructurales que limitan su plena inclusión social y económica. Mientras que los pueblos indígenas representan el 8 por ciento de la población de la región, también constituye aproximadamente el 14 por ciento de los extremadamente pobres de América latina (19). Estas barreras se ven

reflejadas en desafíos para acceder a servicios básicos, atención en salud, educación y accesibilidad a los alimentos.

En contraste, en Colombia, las comunidades indígenas son consideradas por el Estado colombiano como grupo étnico minoritario, de especial protección por sus condiciones de vulnerabilidad (5). Adicionalmente, en la construcción del plan decenal de salud pública (2012-2021), la pertenencia étnica se contempla como una dimensión prioritaria, dadas las condiciones de inequidad y exclusión del derecho a la salud de estos pueblos.

La Encuesta Nacional de Situación Nutricional- ENSIN 2015 presentó una situación alarmante de los indicadores nutricionales en Colombia. Para el 2015, los indígenas menores de 5 años tuvieron una prevalencia de retraso en talla de 29,6%, la cual resultó considerablemente alta frente al 10% de menores de 5 años sin pertenencia étnica (9). La desnutrición global (bajo peso para la edad) en menores de 5 años registró una prevalencia del 7,2% en indígenas frente a un 3% de la población general; cifras congruentes con el alto reporte de inseguridad alimentaria presente en el 77% de los hogares indígenas frente al 52.3% de la población general (20)

Entre los antecedentes investigativos a nivel nacional que abordan la situación nutricional de las poblaciones indígena y relación con las condiciones socioculturales, destacan: **“Asociación de todas las formas de desnutrición y**

nivel socioeconómico, nivel educativo y etnia en niños colombianos y mujeres no embarazadas” (21) donde se encontró que: en niños menores de 5 años, un estatus económico bajo y un nivel educativo bajo en las madres, se asociaron significativamente con una menor prevalencia de sobrepeso/obesidad en comparación al estatus socioeconómico alto y educación materna; es decir, la prevalencia de sobrepeso/obesidad fue de 1-4 y 1-6 veces menor en las categorías de bajo estatus económico y niveles educativos, respectivamente. En contraste, la prevalencia de bajo peso, retraso en el crecimiento y anemia fue mayor en las categorías de estatus económicos bajo y educación materna más bajas (la prevalencia fue entre 1,1 y 1,8 veces mayor para estos indicadores). Además, los niños y mujeres indígenas tenían la mayor prevalencia de desnutrición en comparación con otras etnias. El estudio concluye con un fortalecimiento en las políticas públicas que permitan disminuir condiciones de pobreza y desnutrición que prevalecen en esta población.

La investigación titulada, “**Estado nutricional de niños indígenas de hasta seis años en el Resguardo indígena Embera-Katio en Tierralta, Córdoba, Colombia**” (22), fue un estudio transversal en el Resguardo Embera-Katío, en Tierralta en la Provincia de Córdoba, ubicado en el norte de Colombia. Se evaluó el peso, la talla y el perímetro cefálico de 272 niños menores de seis años. Se encuestaron parámetros nutricionales en 194 hogares. Se encontró prevalencia de desnutrición crónica moderada y severa en el 63,6% de los niños; El 8,8% se categorizaron con desnutrición aguda leve y moderada. La desnutrición crónica se

asoció con el aumento de la edad ($p=0,005$) y fue mayor en hombres que en mujeres (89,9% versus 80,4%; $p=0,028$). La desnutrición crónica fue mayor en niños con infección respiratoria aguda, diarreas agudas y en hogares con tres o más niños menores de cinco años. En el 74% de los niños, el perímetro cefálico estaba por debajo del quinto percentil. Después del destete, los niños fueron alimentados con una dieta básica de arroz y maíz (80,4%) y plátano (80,9%). Solo el 28,9% comía carne, el 4,6% huevos, el 4,1% leche y el 1,5% frutas y verduras. La prevalencia de parasitismo intestinal fue de 78,1%. El estudio concluyó resaltando la prevalencia de desnutrición crónica en los niños Embera-Katio, reflejando las adversas condiciones nutricionales y económicas en las que viven.

Por otro lado, la investigación **“Perspectivas comunitarias alrededor de la desnutrición infantil en tres comunidades wayúus de La Guajira”** (23), estudio cualitativo como parte de una investigación participativa basada en la comunidad. Los hallazgos alrededor de las perspectivas comunitarias de la desnutrición infantil se agruparon en dos categorías analíticas: a) las prácticas arijunas (o las realizadas por los que no son indígenas), de la pérdida de lo ancestral a la enfermedad del hambre, y b) la enfermedad del hambre: su relación con la alimentación del binomio madre-hijo, durante la gestación y después de esta. Conclusiones: la desnutrición infantil en los wayúus es un fenómeno complejo e histórico, con un trasfondo de desigualdades sociales y de estructuras de poder injustas. De acuerdo con los participantes, la supervivencia de la niñez wayúu está siendo amenazada por la desnutrición, la cual afecta principalmente al binomio

madre-hijo, ocasionada por el poco acceso y disponibilidad a los alimentos, por las inadecuadas prácticas occidentales en el territorio y por la pérdida de las prácticas tradicionales como la siembra y el pastoreo.

Frente a las recomendaciones se sugiere seguir trabajando con este grupo de población, especialmente la comunidad Wayúu con el fin de determinar a profundidad las condiciones nutricionales y el uso de productos propios para promover seguridad alimentaria. Así mismo, estudios enfocados en generar alternativas interculturales que permitan promover la autonomía y el rescate de sus valores, creencias y saberes como nación indígena en lo relacionado con la nutrición, pero en diálogo con las condiciones reales actuales dentro de sus comunidades y con las dinámicas de los territorios que habitan (23).

En los análisis realizados a los antecedentes, se destacan situaciones de morbilidad que impactan a la población indígena, que a su vez se relacionan con condiciones de vivienda, prácticas de la comunidad, formas de vida que se hace pertinente desarrollarlas, desde una perspectiva comunitaria y social en la comunidad.

La situación de salud muestra desnutrición global en 7.2%, frente a 3% de la población no indígena. La prevalencia de desnutrición aguda en niños menores 5 años fue de un 2.9%, frente a un 1.4% de no indígenas; el retraso en talla en menores de 5 años en indígenas es de 29% frente a un 10% de población no

indígena (2). El indicador de malnutrición vemos que las estadísticas de exceso de peso en comunidades indígenas representan un 5.5%, frente a un 6.5% en comunidades no indígena. (ENSIN-2015) (24). Cabe destacar que este panorama se entrelaza con características como el vivir en zonas remotas rurales, baja escolaridad, disposición limitada de servicios públicos y transición de procesos de autonomía a dependencia alimentaria (25).

Al revisar cifras de la situación alimentaria y nutricional en el departamento del Huila del 2014 se identificó una prevalencia de retraso en talla en menores de cinco años del 11,7%, siendo inferior al promedio nacional (12,6%) (6); sin embargo, este indicador resulta alto en niños indígenas menores de cinco años del departamento con 38,4% (Muestra de municipios de Íquira, la Plata y la Argentina) (13).

En contraste, el **Resguardo indígena Nasa Páez Huila** ubicada en el departamento del Huila, presentó en el 2019 retraso en talla del 39,7% en los menores de 5 años de la comunidad (Modalidad propia e intercultural del ICBF, 2019) (9), siendo superior al indicador para el municipio de Iquira (8,4%) e incluso al departamento (38,4%) para el 2014. De esta forma, se evidencia que la situación alimentaria y nutricional de la niñez indígena (26) y particularmente de la comunidad de estudio, amerita su investigación e intervención.

En síntesis, a nivel nacional la situación de los pueblos indígenas está enmarcada en un complejo y dinámico proceso de cambio histórico, social, económico y ambiental vinculado a la expansión y consolidación de grupos demográficos y

económicos en las distintas regiones del país (27), que determina en múltiples ocasiones la calidad de vida y la salud de la población, donde los niños menores de 5 años presentan un gran riesgo de padecer enfermedades que condiciona su correcto desarrollo físico y cognitivo.

Con base a lo anterior, resulta importante explorar la asociación existente entre la situación nutricional en menores de 6 años de una comunidad indígena y las condiciones socioculturales en las cuales viven, así mismo el conocer desde la cosmovisión de vida Nasa, percepciones alrededor del tema nutricional y su desencadenante que permita comprender de una más holística esta problemática y a su vez ser un pilar para estructurar acciones de mitigación alrededor de la malnutrición. Para ello se plantea el siguiente interrogante de investigación:

¿Cuál es la situación nutricional de la primera infancia y su relación con las condiciones socioculturales del Resguardo Indígena Nasa Huila?

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Analizar la situación nutricional de la primera Infancia y su relación con las condiciones socioculturales del Resguardo indígena Nasa Huila.

4.2 Objetivos específicos

- Identificar las condiciones socioculturales de la primera infancia del Resguardo indígena Nasa Huila.
- Determinar el estado nutricional de la primera infancia del Resguardo indígena Nasa Huila.
- Identificar posible relación entre las condiciones socioculturales y la situación nutricional de la primera infancia del Resguardo Indígena Nasa Huila.
- Describir las percepciones comunitarias frente a la relación entre las condiciones socioculturales y la situación nutricional la primera infancia del Resguardo Indígena Nasa Huila.

5. JUSTIFICACION

Los factores nutricionales resultan bastante controversiales dado su impacto sobre la calidad de vida y salud de las personas. Al respecto, la Cumbre Mundial Sobre Los Sistemas Alimentarios realizada en 2021 (28), declara que *“existe seguridad alimentaria cuando todas las personas tienen en todo momento acceso físico y económico a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias en cuanto a los alimentos, a fin de llevar una vida activa y sana”* (29).

Siendo las poblaciones indígenas un grupo vulnerable en condición de ruralidad que presentan déficit nutricionales de talla y peso resulta pertinente explorar aspectos relacionados con la tenencia de la tierra, su uso y la productividad de la misma, para establecer correlaciones que permitan el abordaje de estrategias que brinden solución a dicha problemática alimentaria; teniendo en cuenta que el hambre y la desnutrición comprometer el desarrollo de la humanidad y perjudica por tanto la dignidad humana.

A nivel nacional, mediante iniciativas de las diferentes organizaciones indígenas, se logró la consolidación de un sistema indígena de salud propio e intercultural (SISPI), donde la proyección del SISPI, establece una política de atención diferencial de los pueblos indígenas, con el objetivo de una “atención a los servicios de salud adecuados y bajo su propia responsabilidad y control, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, teniendo en cuenta los métodos de prevención,

prácticas curativas y medicamentos tradicionales de dichos pueblos y coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país” (30).

La temática entre las condiciones socioculturales y la nutrición en los menores de 6 años son de interés para las comunidades indígenas, ya que son transversales en sus planes de vida para su pervivencia cultural y material en el tiempo. Esta propuesta representa un potencial de trabajo para la identificación de las principales problemáticas socioculturales en la comunidad condicionantes de la desnutrición en los menores, además de la generación de posibles acciones de mejora que puedan ser incorporados en sus planes de vida.

Adicional a ello, el desarrollo del proyecto permitirá levantar información actualizada acerca de la situación nutricional de niños menores de 6 años perteneciente a la primera infancia del pueblo Nasa. A partir del análisis de estos resultados, será posible el planteamiento de estrategias que permitan desarrollar capacidades en la comunidad y tomar decisiones para el fortalecimiento de su condición alimentaria y nutricional y ajustes en algunos modos de vida.

Esta investigación es innovadora en el marco de desarrollos sociales, ya que permite entrelazar resultados desde un rigor científico cuantitativo y tener una noción propia de la misma comunidad, holística e intercultural de las principales problemáticas en temas nutricionales y salud que sentarán pilares para el desarrollo de planes de mitigación y mejoramiento en la calidad de vida de esta población.

El Proyecto es viable ya que cuenta con el aval del Resguardo indígena “Huila” de Rionegro, donde se han desarrollado diferentes proyectos relacionados con la salud y alimentación indígena con la participación del Consejo Regional indígena del Huila- CRIHU.

Para la difusión social del conocimiento el presente estudio, se incluyen espacios de socialización con la comunidad, gobernador, IPS CRIHU, asambleas comunitarias del Resguardo, que permitan una apropiación de la información y de lo estudiado. Todo lo anterior, contribuyendo al mejoramiento de los modos de vida de la comunidad.

Desde el enfoque de la salud pública, este estudio permite desde la normatividad nacional, el respeto y defensa por las identidades culturales como lo plasma la resolución 10013 de 1981 (32), que a través de instituciones y autoridades locales de salud, la comprensión de condiciones de vida, culturales y económicos, junto con perspectivas de actores comunitarios, estudiar estrategias participativas en salud que sean pertinentes para impactar en las diferentes situaciones de malnutrición que se pueda estar presentando en la comunidad.

CAPITULO DOS

6. MARCOS DE REFERENCIA

6.1 Antecedentes

Entre los antecedentes investigativos a nivel nacional que han abarcado la salud nutricional en niños y los factores sociales o culturales, se destacan: ***“Indicadores sociales y de salud a partir de la implementación de Red Unidos en Bogotá”*** ⁽³¹⁾ que encontró que los resultados negativos en la salud infantil están asociados con la pobreza, la falta de protección social, la inseguridad alimentaria y la falta de atención médica. De este modo, los mejoramientos en salud infantil son resultado de diversas acciones e intervenciones orientadas a la reducción de la pobreza. Mediante la aplicación de la estrategia ***“Red Unidos”***, demostró que las políticas orientadas a la reducción de la pobreza podrían mejorar las condiciones de vida de los hogares, lo cual se reflejaría en cambios positivos en las condiciones de vida. Sin embargo, los mejoramientos en los indicadores sociales y de salud en este estudio sugieren que deben aplicarse a través de los años. Igualmente demostró una alta correlación entre los niveles altos de pobreza con los niveles de desnutrición en salud en menores y las complicaciones que puede sufrir.

Otra investigación realizada a nivel Nacional denominada ***“Maternal and familiar correlates of anthropometric typologies in the nutrition”***

transition of Colombia, 2000–2010” (32), realizó análisis de datos secundarios de tres muestras transversales representativas a nivel nacional utilizando las encuestas de demografía y salud de Colombia. En este estudio se encontró que los hogares clasificados como indígenas (OR = 2 · 1; IC del 95%: 1 · 5, 2 · 7) tenían más probabilidades de ser clasificados en la tipología de bajo peso asociado a baja educación; la decisión de la madre en la toma de decisiones sobre la compra de alimentos (OR = 1 · 2; IC del 95% 1 · 0,1 · 5) presentaron más probabilidad de ser clasificados como hogares con bajo peso. Frente a esto, concluye que la educación materna fue un predictor importante del estado nutricional de la familia. El estudio actual encontró que los niveles más altos de educación materna se correlacionaron con una menor prevalencia de sobrepeso, bajo peso y la doble carga de desnutrición.

El Proyecto de investigación, titulado “***Association of all forms of malnutrition and socioeconomic status, educational level and ethnicity in Colombian children and non-pregnant women***” (33) , fue un estudio transversal que tomó datos de la encuesta Nacional de Nutrición de Colombia 2010 y encontró en niños <5 años que un nivel socio económico bajo y el nivel educativo materno se asociaron significativamente con una menor prevalencia de sobrepeso / obesidad en comparación con niveles altos de niveles socioeconómicos y educación materna. Es decir, la prevalencia de sobrepeso / obesidad fue 1,4 y 1, 6

veces menor en categorías de bajo nivel socioeconómico y nivel educativo, respectivamente. En contraste, la prevalencia de emaciación, retraso en el crecimiento y anemia fue mayor en las categorías de educación materna y niveles socioeconómicos más bajas (la prevalencia fue entre 1,1 y 1,8 veces mayor para estos indicadores). En las mujeres, el nivel socioeconómico más bajo, mujeres adolescentes no embarazadas (11-19 años) y los niveles educativos, mujeres adultas no embarazadas (20-49 años), mostraron una mayor prevalencia en todas las formas de desnutrición en comparación con sus contrapartes en las categorías más altas (es decir, sobrepeso / obesidad, retraso del crecimiento y anemia), lo que demuestra que las diferentes acciones en salud pública se deben abarcar utilizando múltiples estrategias (43).

Entre otros estudios realizados, la investigación **“Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un Resguardo indígena Nasa, Cauca, Colombia, 2015”** (34), tuvo por objetivo determinar la prevalencia de parasitosis intestinal en materia fecal, mediciones antropométricas para evaluar el *estado nutricional* y determinar la prevalencia de diferentes tipos de *desnutrición* y medición de hemoglobina para establecer la *anemia*. Se encontró una prevalencia de parasitosis intestinal de 95,2%, anemia de 21,0% y desnutrición crónica de 35,5%. A pesar de no hallar asociación estadística con las condiciones sociodemográficas y sanitarias, se encontró elevada frecuencia de

factores de riesgo para los tres eventos relacionada con la baja escolaridad de los padres, baja disponibilidad de acueducto y alcantarillado, y una elevada morbilidad sentida; en este proceso se identificaron algunos factores culturales que influyen en ciertas variables como el saneamiento de alimentos, prácticas de cocción y preparación de alimentos, característico de cada comunidad.

Siguiendo esta línea, una investigación de Erazo Arteaga e investigadores llamada **Chronic Malnutrition in Children under 5 Years Old in the Awá Indigenous Community, Barbacoas (Nariño – Colombia) in 2019** (35) estudio transversal, que incluyó a 527 niños menores de 5 años de la comunidad Awá que asistieron a una institución de salud para el programa de crecimiento y desarrollo. La desnutrición crónica se evaluó como resultado y las características sociodemográficas, nutricionales y de salud como factores asociados. Se encontró desnutrición crónica en el 17,6% de los niños. La asociación estadística se encontró en hijos de madre adolescente, esquema de vacunación incompleto, edad y peso al nacer. Conclusión: En niños menores de 5 años de la comunidad Awá, la frecuencia de desnutrición crónica está por encima del promedio de la población general en Colombia. Es importante priorizar la búsqueda activa de desnutrición crónica en niños cuyas madres son adolescentes y aquellos con bajo peso al nacer y vacunación incompleta. Finalmente, en una investigación llevada a cabo denominada “**Estado**

nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años” (36) un estudio analítico trasversal, en donde se encontró en la evaluación nutricional que el 91,1 % de los niños están con retraso para la talla, 10 % con desnutrición aguda, 5,3 % con desnutrición aguda severa, 8,8 % con obesidad y el 10 % se catalogaron como con factor de riesgo para el neurodesarrollo. Al procesar y graficar estos datos se evidencia que los factores como la alimentación, la edad de la madre fue determinante en los casos con mayor desnutrición. Otra condicionante asociada a los casos de desnutrición y retraso en talla se asocia a las parasitosis intestinal y padecimiento o enfermedades consideradas autóctonas por la comunidad como agente causal de la malnutrición en los niños.

El análisis realizado de los antecedentes investigativos presentados, destacan perfiles de morbilidad prevenibles en las comunidades indígenas, los cuales se asocian a situaciones de inequidad en las **condiciones de saneamiento, vivienda y prácticas de éstas comunidades**, siendo imprescindible partir de la identificaciones de estas condiciones sociales y culturales para poder determinar la asociación existente entre estas variables socioculturales y la desnutrición que se presenta en esta población.

6.2 Marco contextual del Resguardo indígena huila

El pueblo Nasa se sitúa como el pueblo predominante en el departamento del Cauca y el Huila. Según cifras del DANE del censo poblacional y vivienda del 2018 es el tercer pueblo más numeroso de Colombia y representa el 12,76% (243.176) personas auto reconocidas como Nasa) de la población indígena de Colombia, de las cuales el 49.9% son hombres y el 50.1% mujeres (3) (37).

El *Resguardo Indígena Nasa Huila*, se encuentra ubicado entre los municipios de Iquira, Nátaga, Tesalia (Huila) y Páez (Cauca), a una altura de aproximadamente 1.800 metros sobre el nivel del mar y con una temperatura promedio de 18 grados centígrados (37).

Imagen 1. Resguardo Huila



Fuente: Grupo de Investigación cuidar

Corresponde a una población nativa del Municipio de Páez- Cauca, que fue reubicada en este territorio, producto del desplazamiento secundario al desborde del Rio Páez en 1994. Suceso en el que murieron o desaparecieron aproximadamente 1000 personas y unas 1100 familias indígenas y 500 mestizas se vieron obligadas a salir de sus territorios de origen (26), hecho de gran relevancia por las pérdidas humanas y las consecuencias socioculturales que ha generado en sus modos de vida (38).

El pueblo indígena Nasa tiene como lengua nativa el Nasayuwe, la cual pertenece a la familia lingüística Páez. La población del Resguardo se aproxima a 2.248 comuneros organizados en 569 familias según el Censo del Resguardo Indígena Nasa Huila, 2018. Territorialmente está organizada en 10 Veredas, como se presenta la tabla 1.

Tabla 1. Población por familias y personas del Resguardo indígena Nasa, Huila 2018

VEREDA	N° TOTAL DE FAMILIAS	N° TOTAL DE PERSONAS
YOSAYO	35	139
LOS ARRAYANES	41	158
IRLANDA	47	172
HUILA	88	343
CASA BLANCA	62	231
CHACHUCUE	69	257
CALOTO	60	242
SAN MIGUEL	119	518
LLANO BUCO	26	89
PALMITO	22	99
TOTAL	569	2248

Fuente: Censo del Resguardo, 2018

El contexto socioeconómico del pueblo Nasa se establece en una relación directa con la tierra, basada en formas ancestrales de producción que se representan en el calendario nasa¹, el cual demarca 20 épocas naturales, frente a los 12 meses del año en el calendario gregoriano. Dichas épocas naturales definen actividades productivas en torno al **cultivo de maíz** y cuatro actividades **rituales de ofrenda espiritual durante el ciclo del año**. Estas actividades se realizan en un ejercicio solidario de compartir, a través de la **minga**^{2*} y el **cambio de mano**, formas propias de labrar la tierra, donde el **trueque** se integra como estrategia de economía local capaz de garantizar el aprovisionamiento de productos faltantes para las familias extensivas en determinadas épocas del año. Además de suplir las necesidades alimentarias, estas actividades suplen los requerimientos necesarios para la vida material y espiritual de la comunidad nasa en su manejo integral del territorio-naturaleza (39).

^{1*} **Calendario nasa:** Define 20 épocas naturales, en correspondencia con los 12 meses del año del calendario gregoriano, y cuatro rituales mayores realizados en el transcurso del año, a saber: época de siembra, época de maíz tierno, época de baño, corrida a la piedra sagrada, época de laurel, época de la danza del viento, época de las tres estrellas, época de hongos, época de siembra, época de choclo, época de ofrenda, época del negro grande, armonización del bastón, época de recolección de la comida, época de rocería, época de granadilla, época de ceniza. (Asociación de Cabildos nasa Çxhaçxha, 2006.)

^{2*} **Minga:** forma colectiva de labrar la tierra para la siembra de alimentos, el arreglo de caminos, la construcción de viviendas u otro tipo de construcciones rurales.

Cambio de mano: En intercambio de trabajo que se establece entre la familia extensiva, “hoy trabajo en tu e`jh (en lengua nasa) y mañana me ayudas en la mía”.

Imagen 2. Cultivo de maíz Rdo. Indígena Nasa- Huila.



Fuente: Grupo de Investigación cuidar

El plan de vida del pueblo Nasa se orienta hacia la valorización y el **respeto por los usos y costumbres de la cultura propia**. Este último, sirve para que los cabildos y la comunidad tengan idea de las tareas a realizar con miras a la pervivencia y la supervivencia como pueblos indígenas (40).

^{3**} **Planes de vida indígena:** A partir de 1991, los pueblos indígenas legitimados como entidades territoriales conciben una estrategia de desarrollo propia a partir del fortalecimiento de la identidad cultural como forma de pervivencia para los pueblos indígenas, en respuesta al modelo de desarrollo occidental implementado a través de los planes de desarrollo convencional. Tal legitimidad se logra con la Ley 152 de 1994, Ley Orgánica de Planeación Territorial, la cual permite a las entidades territoriales indígenas establecer sus propios planes de vida, y posibilita homologar el plan de desarrollo urbano-rural de los municipios

Imagen 3. Tul Nasa.



Fuente: Grupo de Investigación cuidar

Frente a este contexto económico del pueblo Nasa, en el Resguardo Huila se realiza principalmente la actividad agrícola variada en zonas alejadas de las viviendas de las familias, sin embargo, se evidencia un aumento importante en la tendencia hacia el **monocultivo del café**, situación que compromete acciones de autonomía alimentaria en la comunidad.

Imagen 4. Cultivo de café Rdo. indígena Nasa.



Fuente: Grupo de Investigación Cuidar

La Situación alimentaria y nutricional de la primera infancia del territorio Nasa, se enmarca en un concepto histórico de las comunidades indígenas, la Autonomía alimentaria, que remarca los hechos de luchas históricas de las poblaciones indígenas a su autodeterminación y lucha histórica de pervivencia como pueblos originarios (41). A través de la autonomía alimentaria, el pueblo Nasa asienta sus tradiciones, en torno a la alimentación, su cosmovisión y religión. Las prácticas alimentarias tradicionales se remarcen en los trueques, uso de huertas familiares o comunitarias, mingas donde las semillas nativas de los alimentos históricos de la comunidad perviven y tienen un rol importante.

Las tradiciones son dinámicas según las generaciones y los cambios de la autonomía alimentaria como los múltiples cambios sociales que se viven en el territorio, son factores que han influido. En el lugar actual de asentamiento del pueblo Nasa, cercanos a campesinos y zonas urbanas, han llegado a preocupar en la tradición alimentaria. El movimiento nutricional y económico de la región han llevado a que los alimentos externos, consumidos por los mestizos sean los alimentos que la población indígena también incluya en su plan de alimentación, desplazando alimentos tradicionales de su dieta, sumado a que las huertas caseras o terrenos aprovechables para cultivos ahora son usadas para el uso del monocultivo y comercio en su mayoría del café o caña de azúcar, dando rienda suelta a una dependencia alimentaria, donde todos los productos de consumo

vienen de tiendas y muy pocos de los que se cultivan en los territorios (42). Este cambio de noción en la alimentación, ya de años, han generados cambios gustativos en generaciones donde ve en alimentos externos un mayor gusto que aquellos que son producidos en el territorio. Muchos de estos alimentos con poca o nulo aporte nutricional. Esta dependencia alimentaria es una realidad, y se cimienta en las vidas de las nuevas familias, población joven, que ven en alimentos comprados externamente una forma de sobre llevar el día a día de una manera más rápida pero un poco lejos de sus tradiciones como Nasa (43).

Imagen 5. Cultivo de café caña Rdo. indígena Nasa.



Fuente: Grupo de Investigación Cuidar

6.3 Marco teórico

6.3.1 Inequidad en salud de la niñez indígena

La inequidad en salud es una situación que se presenta en distintos modelos de salud a nivel mundial, especialmente aquellos que fortalecen un sistema de salud privado, donde no se abordan atenciones integrales a la población pobre y vulnerable. El foro permanente para las Naciones Unidas para los asuntos indígenas (UNPDII) (44), establece que las **inequidades y dificultades en la accesibilidad** de las comunidades indígenas a los servicios de salud se deben a sus **múltiples limitantes**, entre los que se destacan, la pobreza, educación, lenguaje, discriminación, por lo que terminan siendo detonantes para continuar con inatenciones en salud y sin subsanar, donde la población infantil, es una de las más afectadas.

El sistema general de seguridad social en salud de Colombia ha venido presentando metas en cuanto a coberturas de la población llegando a 2022 a una cobertura del 98.7% de aseguramiento universal. Se destaca que 24.047.213 personas hacen parte del régimen subsidiado, donde un amplio porcentaje de la población indígena se encuentra asegurada (45). Frente al aumento en la universalidad del sistema de salud, no ha permitido subsanar una prestación integral en salud, donde la accesibilidad y garantía de una atención, es una

problemática que aqueja a las poblaciones minoritarias y regiones más apartadas del país (46) causada especialmente por abandono que por años ha mantenido el Estado a centros hospitalarios en regiones pobres y apartadas, y la ineficiencia de un sistema de salud que limita muchos derechos de la población. Esto muestra una de las razones del porque las comunidades indígenas, presentan una de las tasas más altas de morbilidad en salud, frente a población no indígena y población campesina (47). La organización panamericana de la salud (OPS) estima que la morbilidad y mortalidad de los pueblos indígenas es similar a la de las poblaciones más desfavorecidas (48), que se ven reflejadas en indicadores altos para morbimortalidad en incidencia de enfermedades de índole nutricional en la primera infancia e infancia.

La situación nutricional de una comunidad tiene estrecha asociación, entre otros, con factores socioeconómicos de la sociedad a la que pertenece. La pobreza hace vulnerables social y biológicamente a la familia y al individuo; llevando a diferentes cambios que son notorios en el tiempo, una de sus consecuencias biológicas es la baja estatura de la población infantil y retraso en la ganancia de peso (49). Las condiciones de pobreza en que viven los indígenas les niegan la posibilidad de tener una calidad de vida adecuada que les permita acceder a una alimentación que brinde una suplencia nutricional necesaria para el desarrollo adecuado de los niños (50).

Los problemas de salud pública y el deterioro de la calidad de vida de las comunidades indígenas están estrechamente ligados con los procesos de cambio que se viven en las regiones, manifestados por diferentes actividades económicas y sociales que impactan directa o indirectamente el medioambiente y la salud de esta población (51).

Estudios latinoamericanos sobre situación alimentaria y nutricional en contextos indígenas presentan altas prevalencias de desnutrición y anemia frente a la población no indígena (22) (52-55). En Brasil (22), se establecieron factores asociados como: *malas condiciones de saneamiento, alta prevalencia de la desnutrición crónica, anemia, diarrea e infecciones respiratorias agudas en niños, así como la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles en mujeres* (52).

Trabajos realizados en comunidades indígenas de Perú, evidencian condiciones asociadas a la desnutrición como: *inadecuada disposición de excretas, ausencia de práctica de lavado de manos, desconocimiento de los signos de peligro en el niño enfermo* (53). *De la misma manera, se encuentran creencias negativas frente al calostro, lactancia materna exclusiva hasta los siete u ocho meses e introducción de alimentación complementaria a los cuatro o cinco meses* (54). El bajo nivel educativo de la madre, ausencia de control prenatal, parto domiciliario y carencia de un ambiente específico en el hogar para el consumo de alimentos y bajo

consumo de huevos y frijol de los niños son factores de riesgo para desnutrición (56).

Estudios sobre esta temática realizados en México, plantean que *los efectos de la comida y la bebida sobre el cuerpo son de las experiencias más directas para relacionarse con el mundo y construir un imaginario que forma parte de la realidad misma, destacándose la manera como el proceso biocultural alimentación- nutrición se encuentra íntimamente ligado con el de salud- enfermedad* (57).

Esta disparidad en el estado nutricional también existe en Colombia, un país de más de 105 grupos étnicos y 65 idiomas. En Colombia, las tasas de mortalidad de menores de cinco años se redujeron de 37 a 17 muertes por cada 1000 nacidos vivos en los últimos 20 años (1990-2013). En contraste, según la encuesta nutricional nacional, se reportó desnutrición aguda en el 2.3% de todos los niños colombianos menores de cinco años (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF], 2015). El retraso del crecimiento se informó en un 11% en todos los niños menores de cinco años, mientras que los niños indígenas experimentaron retraso en el crecimiento con una prevalencia del 30%. Se informaron tasas de insuficiencia ponderal de los niños menores de cinco años en el 3,7% de todos los niños de la región atlántica de Colombia y en el 8% de los niños indígenas. A pesar de la alta prevalencia de desnutrición en esta

población, se carece de información detallada específica de la comunidad sobre la situación nutricional y la salud de la población (6).

En Colombia, según la ENSIN del 2015 hay **retraso en talla** en menores indígenas de cinco años con 29.6 % frente al 10.0% de niños no indígenas; **deficiencia de Hierro** del 34 % versus 23.2% en población no perteneciente a grupos étnicos, así como prevalencia de anemia y deficiencia de Vitamina A y Zinc en mujeres gestantes (6). Estos valores son importantes, si se tiene en cuenta que los indígenas representan el 4.4 % de la población total del país a censo de 2018(24) (3), poniéndose en riesgo su pervivencia física y cultural en el territorio colombiano.

En el **departamento del Huila**, en 2019, la **tendencia muerte asociada a la desnutrición fue de 2,59** y la **nacional fue de una tasa de 3,3** en cuanto a prevalencia de retraso en talla esta fue del 8,4 % en la población menor de cinco años, siendo inferior al promedio nacional (10,2%) (37); no obstante, la desnutrición crónica en niños indígenas menores de cinco años fue de 44,7%(58).

Esta compilación de datos muestra una realidad la cual, en territorios nacionales y regionales, las poblaciones indígenas sufren marginaciones y problemas en temas asociados a la alimentación, educación y accesibilidad a salud, es por lo que diferentes determinantes sociales, influyen en que los menores de la primera infancia sean quienes tengan mayores riesgos a la hora de padecer problemas nutricionales. Por esto,

el enfoque de determinantes sociales en salud, se describe en este documento y es una teoría que engloba las posibles variantes que una persona o comunidad pueda tener que afecte su estado de salud y fortalece la teoría de esta investigación.

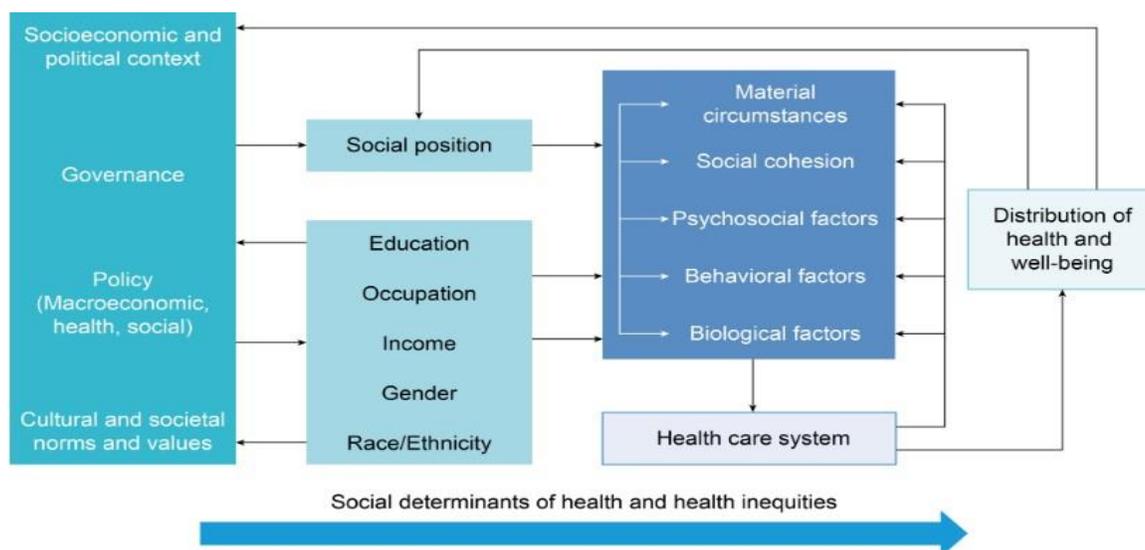
6.3.2 Determinantes sociales en salud.

Los determinantes sociales de la salud (DSS) son definidos por la Organización Mundial de la Salud como “las condiciones en las que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que dan forma a las condiciones de la vida diaria” (59). Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Estas condiciones pueden ser muy desiguales y dar lugar a diferencias en los resultados de salud (60).

El análisis de estos determinantes es particularmente relevante en las Américas, dado que la inequidad en salud y la desigualdad en salud continúan constituyendo las principales barreras para el desarrollo sostenido en la región. Quienes viven en América tienden a verse afectados de manera desproporcionada por las malas condiciones de la vida cotidiana, que están determinadas por factores estructurales y sociales (macroeconomía, etnia, normas culturales, ingresos, educación, ocupación), responsables de las desigualdades e inequidades en salud generalizadas y persistentes en las Américas (60).

El concepto de DSS incorpora un amplio conjunto de determinantes que van más allá de aquellos que son solo de naturaleza social. Los componentes básicos del marco conceptual DSS incluyen (a) el contexto socioeconómico y político, (b) determinantes estructurales, y (c) determinantes intermedios (61). La figura 1 describe algunos de los aspectos sociales, económicos, culturales y ambientales clave que influyen en los resultados de salud. Combinados con el comportamiento individual, los factores genéticos y el acceso a una atención médica de calidad, se cree que estos factores explican los resultados de salud (61). Es fundamental tanto distinguir entre los factores que mitigan el riesgo en cuanto a la medida en que son modificables, en otras palabras, si las diferencias en los resultados de salud que causan representan inequidades o desigualdades, como considerar la relación probable entre estos factores y las políticas diseñadas para influir en ellos (62). Al considerar el valor, la efectividad y la pertinencia de las políticas en este sentido, los DSS ofrecen la oportunidad de posicionar la salud como un bien público, es decir, con beneficios para toda la sociedad que no se reducen por las ganancias marginales en salud de un individuo, pero de hecho puede tener efectos exponencialmente positivos en la salud de otros individuos (63).

Figura 1. Determinantes sociales de la salud según OMS.



Fuente: Solar O, Irwin A. Un marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007. (3) :

Fuente: OMS-2023.

Con lo expuesto, el enfoque DSS es ampliamente considerado como un medio altamente efectivo para abordar las inequidades en salud que promueve la acción a través de una variedad de factores que afectan los resultados de salud individuales y de la población, muchos de los cuales están fuera del alcance del sector de la salud.

A partir de este enfoque, esta investigación retoma las inequidades planteadas por la OMS en tema de salud, socioeconómicas, culturales y educativas como actores cruciales que presenta esta comunidad, enmarcadas en variables de las fichas familiares, su situación actual en la primera infancia y la relación que esta tiene como posibles

desencadenantes en la malnutrición de la primera infancia de la comunidad.

6.4 MARCO CONCEPTUAL

6.4.1 situación nutricional

En la investigación se adoptarán los parámetros de la resolución 2465 de 2016, donde se adoptan indicadores antropométricos, patrones de referenciay puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de las niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, y población joven, adulta y vejez de 18 a 64 años (64). Según dicha resolución, la clasificación antropométrica del estado nutricional para niños menores de 6 años se haceevaluando de forma individual y poblacional los siguientes indicadores: Peso/Talla (P/T), Talla/Edad (T/E) y Perímetro cefálico /Edad (PC/E), para determinar la evolución del crecimiento y parte del desarrollo de los niños. Los puntos de corte y denominación se describen en la tabla N° 2.

Tabla 2. Clasificación antropométrica de la situación nutricional paraniños menores de 6 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de uso
Peso para la Talla (P/T)	>+3	Obesidad	Individual y poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	Peso adecuado para la talla	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada	
	< -3	Desnutrición Aguda Severa	

Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	
	< -2	Talla baja para la edad o retraso en talla	

Fuente: Anexo técnico Resolución 2465 de 2016

La literatura establece que la **talla baja** para la edad es resultado, en gran medida irreversible, de una **nutrición inadecuada** especialmente en **hogares con déficit alimenticios y condiciones ambientales que determinan brotes de infección repetidos durante los primeros 1000 días de vida** (65). Además, se hace importante reforzar las intervenciones comunitarias como la mejora del **abastecimiento de agua**, el **saneamiento** y la higiene para proteger a los niños frente a las enfermedades diarreicas y el paludismo, los helmintos intestinales y las causas ambientales de infecciones subclínicas (65).

El indicador **Peso para la Edad - P/E** refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica y está influido por la longitud o talla, por lo cual es de carácter compuesto y resulta compleja su interpretación debido a que tiene significados diferentes o valores de predicción distintos en las diversas longitudes o tallas. Por lo tanto, se sugiere utilizar el indicador **Peso para la Edad - P/E** únicamente a **nivel poblacional**. Este índice no se debe utilizar como único indicador trazador para focalizar intervenciones a nivel individual o poblacional.

La curva de **peso para la talla** (P/T) ayuda a identificar niños con bajo peso para la talla que pueden estar delgados o severamente delgados por una condición especial. Usualmente, la emaciación es causada por una **enfermedad reciente o falta de alimentos** que resulta en una pérdida aguda y severa de peso, si bien la desnutrición o enfermedades crónicas pueden también causar emaciación. Estas curvas sirven también para identificar niños con **peso para la longitud/talla elevada** que pueden estar en riesgo de presentar **sobrepeso u obesidad**.

Cabe destacar que estos indicadores serán tenidos en cuenta para el presente estudio, como principales medidores de desnutrición que se pueden presentar en la comunidad.

6.4.2 Primera infancia

En el marco nacional, la resolución 3280 del 2018, estableció los cursos de vida para ser atendidos en el marco de intervenciones individuales y colectivas. En esta resolución se establece a la primera infancia inicia desde los 7 días hasta los 5 años, 11 meses y 29 días, se constituye en el momento del curso de vida con mayor posibilidad de potenciar el desarrollo cerebral a través de la interacción con el ambiente y su contexto, por lo tanto, es de vital importancia reconocer las características físicas, biológicas, psicológicas y sociales a las que cotidianamente están expuestos los niños y las niñas en este momento vital, así como identificar

situaciones que pueden incidir negativamente en la salud y en su desarrollo, y de esta manera hacer un abordaje diferencial en la atención (66). Teniendo en cuenta este concepto, el estudio toma la población de la primera infancia como la población objeto como principal grupo afectado en tema nutricional y de salud en la comunidad Nasa.

6.4.3 Condiciones socioculturales en salud

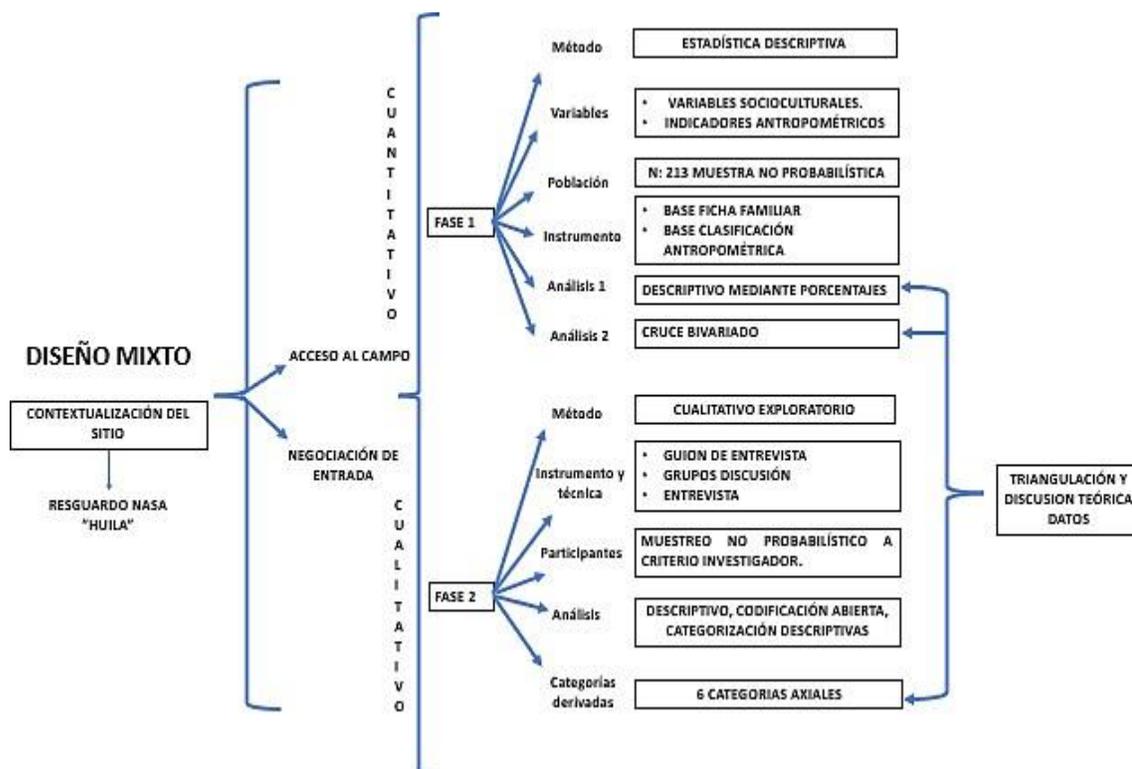
La salud es el resultado de la confluencia de diversos factores individuales, económicos, sociales y culturales que confluyen y determinan los perfiles de Salud/enfermedad (56). Con frecuencia, los estudios sobre salud han enfatizado los factores biológicos y en menor medida los sociales. La investigación empírica muestra que los aspectos culturales pueden ser un factor positivo de cambio o pueden ser un obstáculo para alcanzar la salud. De hecho, en países andinos, los indicadores de salud muestran brechas de la población indígena, asociados a factores culturales, especialmente a la discriminación étnica presente en los servicios públicos de salud (67). Frente a ellos, se desarrollan también iniciativas estatales y no estatales para revertir la exclusión y desigualdad, partiendo de visibilizar las brechas de salud de los pueblos indígenas. Este concepto es importante a la hora de limitar nuestro estudio, ya que permite identificar variables inmersas en la comunidad que son influyentes en el tema nutricional de la primera infancia.

CAPITULO TRES

7. DISEÑO METODOLOGICO

Estudio de investigación de metodología mixta, de tipo observacional, descriptivo de corte transversal con enfoque analítico, que siguió un procesamiento de la información y **diseño de manera secuencial**; un primer abordaje de datos cuantitativos, seguido por un análisis de perspectivas comunitarias mediante técnicas cualitativas, finalmente siguiendo los lineamientos de la triangulación metodológica, se hace una integración de datos. (ver figura No. 2).

Figura 2. Diseño metodológico del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

Creswell argumenta que la metodología mixta permite integrar, en un mismo estudio, metodologías cuantitativas y cualitativas, con el propósito que exista mayor comprensión acerca del objeto de estudio (68). Aspecto que, en el caso de los diseños mixtos, puede ser una fuente de explicación a su surgimiento y al reiterado uso en ciencias que tienen relación directa con los comportamientos sociales (68).

El objetivo de la metodología de investigación mixta es lograr recolectar y analizar datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjuntos que permita realizar inferencias de toda la información recolectada (**meta inferencias**) y lograr un mayor entendimiento; una “fotografía” más completa del fenómeno de estudio (69). Entre su principal característica de los estudios mixtos, se encuentra el **pragmatismo** que permite crear una perspectiva más amplia del fenómeno estudiado. En el caso de esta investigación, lograr la confluencia entre los datos numéricos de las condiciones sociodemográficas de la comunidad, las perspectivas de la comunidad frente a este fenómeno y su relación con la situación nutricional de la primera infancia (68).

Este tipo de método fue pertinente para un contexto indígena, ya que permite analizar de manera transversal las formas de vida que impactan la salud pública desde factores que son asociados a diferencias raciales y

disparidades étnicas y de salud, soportado en las perspectivas de la comunidad (70).

Sobre la ejecución de este estudio, con los resultados de esta investigación se contribuye al fortalecimiento de las políticas y acciones de la IPS-CRIHU como entidad prestadora de salud del Resguardo, en el fortalecimiento de la línea de acción que abogue por la salud de la primera infancia y de la comunidad indígena en general. Así mismo, que junto al programa de modalidad propia e intercultural del ICBF (instituto colombiano de bienestar familiar) constituye un pilar para el desarrollo de acciones político- organizativas para la gestión de la salud de la primera infancia.

La inmersión del investigador a la comunidad se posibilitó por la experiencia y trabajo que se ha desarrollado en la comunidad mediante proyectos previos por la Universidad Surcolombiana, entre ellos que se destacan trabajos de pregrado, apoyo como asistente investigativo en otros proyectos y jornadas de capacitación que se ha realizado al personal de la modalidad propia e interculturales. Tales antecedentes, facilitaron el reconocimiento del investigador por los cabildantes y autoridades del Resguardo indígena. A continuación, se detallan los pasos desarrollados en el estudio:

7.1 Socialización del proyecto y obtención de aval comunitario e institucional

El primer paso para iniciar el proceso de investigación con la comunidad fue hacer un abordaje con actores comunitario del Resguardo indígena Huila, que fue coordinado y posible con el apoyo de la Gobernadora del Resguardo. Se contó con la participación de las autoridades (cabildantes) del Resguardo, Coordinación de la IPS CRIHU y actores del programa de la modalidad propia. Esta reunión se llevó a cabo de manera virtual, como medida de cuidado frente a la pandemia por COVID-19 donde se obtuvo aval para la obtención de fuentes secundarias como las bases de las **fichas familiares del Resguardo**, las cuales son recolectadas por la IPSI CRIHU y las bases de datos de **clasificación nutricional** de la primera infancia que es recolectada por la Programa de modalidad propia e intercultural de Primera infancia del Resguardo (peso, talla y demás datos antropométricos de los niños).

A partir de estos datos se establecieron asociaciones entre las variables sociodemográficas con eventos de malnutrición en la población de la primera infancia. Este tema tuvo un especial **interés comunitario**, pues abordó temáticas que por años se han venido presentando en el Resguardo como es la desnutrición y desde el proyecto se ve un apoyo para el abordaje de esta problemática.

En la misma reunión se obtuvo acta de aval comunitario de la modalidad propia e intercultural y la IPS CRIHU, estableciendo como acuerdos la socialización del proyecto y resultados a la comunidad en general y a cada institución involucradas en el proyecto.

7.2 Recolección e interpretación de los datos cuantitativos

La **unidad de análisis** fueron los niños y niñas en primera infancia de Resguardo indígena Nasa, a quienes se les analizó su situación nutricional y las condiciones socioculturales, a partir de dos bases de datos. La primera fueron los datos de las condiciones socioculturales, que se encuentran registrados en las bases de datos de reportes de ficha de visita familiar realizada por promotores de salud del Resguardo vinculados a IPS-I CRIHU. La segunda base son los datos de la situación nutricional de la primera infancia entregada por la Modalidad propia e intercultural del Resguardo.

La **unidad de información** son las bases de datos con los reportes de visita familiar realizada por promotores de salud del Resguardo vinculados IPS-I CRIHU durante el 2021-2 y el resultado de tamizajes realizados a la población de la primera infancia.

El **diseño muestral**, fue **no probabilístico** por **conveniencia**. Se tuvo en cuenta la base de ficha familiar, que contiene **2402** datos y en ellas las variables de condiciones socioculturales de las personas del Resguardo. Por otro lado, para la situación nutricional de la primera infancia se tomó la base de **clasificación nutricional**, donde había 412 datos de niños que fueron tamizados. A esta última, se aplicó un proceso de **selección** tras la aplicación de **criterios de inclusión**: *menores de 6 años, datos únicos, variables de interés completamente diligenciada y sin errores y que hicieran parte de la última tamización realizada siendo el tercer periodo 2021-2*. Este proceso se representa en la figura No. 3.

Figura 3. Cruce y depuración de bases de datos.



Fuente: propia

Tras el proceso de verificación, depuración y aplicación de criterios quedaron **213** datos de niños en la base de clasificación nutricional (51%), de la muestra total de niños que fueron tamizados. Estos 213 datos fueron **cruzadas** con la base de datos de **ficha familiar** para identificar las variables socioculturales de los menores.

Cabe aclarar que **2.189** datos restantes de la ficha familiar no fueron tenidos en cuenta en este estudio ya que correspondían a datos de población diferente del estudio, como mayores de 6 años o adultos.

7.3 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS CUANTITATIVOS

Para el primer objetivo de *identificar las condiciones socioculturales de la primera infancia* se utilizó **estadística descriptiva e inferencial**. Para el desarrollo de los análisis estadísticos, inicialmente se tomaron los datos de las bases de fichas familiares que fueron reportadas por la **IPS-I CRIHU** el cual contenía distintas variables relacionadas con las condiciones socioeconómicas y culturales de la comunidad Nasa. **Esta fue cruzada** con la base de **medidas antropométricas del 2021**. Para analizar datos más recientes, se optó por trabajar con datos de noviembre del 2021, el cual correspondía a **412** datos de niños tamizajes en noviembre del mismo año. Una vez identificados estos 412 datos de niños en la base de ficha familiar, se prosiguió a depurar datos eliminando aquellos datos de

menores que tuviesen inconsistencias, información incompleta o duplicados, delimitando la muestra a **datos únicos**, que tuviesen todas las variables de interés diligenciadas, sin datos faltantes, así como una **edad registrada menor o igual a 6 años**. De esta manera, de un total de **412** datos, de menores registrados que se encontraban también en la ficha familiar, se obtuvo una **muestra** total de 213 datos **únicos** (Ver figura No.1). **Estos 213 datos** de niños fueron los datos los cuales se procedieron analizar según variables de interés que se describen continuación.

Los datos identificados fueron descritos a través de frecuencias relativas (porcentajes) y absolutas (cantidad de veces que se repitió el dato) para representar la información de las variables. En la Tabla No. 3. se detallan las variables.

Tabla 3. Variables de ficha familiar (Variables independientes):

variable	naturaleza	nivel de medición	categorías o unidades	análisis
1. seguridad social	cualitativo	ordinal	Población pobre no asegurada Subsidiada Contributivo Régimen Especial.	n y %
2. sexo	cualitativo	nominal	Femenino masculino	n y %
3. segunda lengua	cualitativo	ordinal	Nasayuwe Español	n y %
4. Dominio de Segunda Lengua	cualitativo	ordinal	Habla lengua Entiende lengua, pero no habla Habla y lo escribe Habla y no lo escribe Entiende, pero no lo habla y no lo escribe Entiende, pero no lo habla y sí lo escribe	n y %

5. Escolaridad	cualitativo	ordinal	Ninguno Semilleros Preescolar básica primaria básica secundaria pregrado, título universitario postgrado, especialización tecnólogo técnico	n y %
6.Ocupación principal	cualitativo	ordinal	1 agricultor 2 Otras actividades	n y %
7.Saberes ancestrales	cualitativo	ordinal	Médico Indígena Partera Pulseador Yerbatero Sobandero No	n y %
8. Cuidados culturales	cualitativo	ordinal	Prácticas culturales Plantas medicinales Prácticas culturales y plantas medicinales Ninguna Ritualidad	n y %
9.Material de techo	cualitativo	ordinal	Asbesto Zinc Teja de arcilla	n y %
10.Material Piso	cualitativo	ordinal	Cemento Tierra Baldosa Madera Ladrillo	
11.Material de pared	cualitativo	ordinal	Adobe Bahareque Bloque Ladrillo	n y %
			Muro tendinoso Tabla Otros	
12. Humo dentro de la casa	cualitativo	Ordinal	1. Si 2. No	n y %

13. cocción de alimentos	cualitativo	ordinal	Red de Gas Leña Cilindro Gas Gasolina energía eléctrica	n y %
14. Número de persona por dormitorio	cualitativo	Ordinal	1. Una persona 2. dos personas 3. Tres personas 4. Más de cuatro	n y %
15. Fuente de agua para el consumo	cualitativo	ordinal	Quebrada Acueducto Red de distribución Acequia Nacimiento de agua	n y %
16. Tratamiento de agua para el consumo	cualitativo	ordinal	Sin tratamiento Clorada Filtrada Hervida	n y %
17. Almacenamiento del agua para consumo	cualitativo	ordinal	Tanques ladrillo Tanques plásticos Recipientes de madera	n y %
18. Manejo de residuos biodegradables	cualitativo	ordinal	Abono Alimento animales Entierran Queman	n y %
19. Manejo de residuos ordinarios no reciclables	cualitativo	ordinal	Entierran Queman recolección domiciliaria Rio	n y %
20. Manejo residuos reciclables	cualitativo	Ordinal	1. Entierran 2. Queman 3. Recolección 4. domiciliaria	n y %
21. Eliminación de excretas	cualitativo	ordinal	Pozo séptico Letrina Alcantarillado Campo abierto	n y %
22. Disposición final de agua servidas	Cualitativo	Ordinal	1. Campo abierto 2. Alcantarillado 3. Fuentes de agua 4. Pozo séptico	n y %
			Muro tendinoso Tabla Otros	
12. Humo dentro de la casa	cualitativo	Ordinal	3. Si 4. No	n y %

13. cocción de alimentos	cualitativo	ordinal	Red de Gas Leña Cilindro Gas Gasolina energía eléctrica	n y %
14. Número de persona por dormitorio	cualitativo	Ordinal	5. Una persona 6. dos personas 7. Tres personas 8. Más de cuatro	n y %
15. Fuente de agua para el consumo	cualitativo	ordinal	Quebrada Acueducto Red de distribución Acequia Nacimiento de agua	n y %
16. Tratamiento de agua para el consumo	cualitativo	ordinal	Sin tratamiento Clorada Filtrada Hervida	n y %
17. Almacenamiento del agua para consumo	cualitativo	ordinal	Tanques ladrillo Tanques plásticos Recipientes de madera	n y %
18. Manejo de residuos biodegradables	cualitativo	ordinal	Abono Alimento animales Entierran Queman	n y %
19. Manejo de residuos ordinarios no reciclables	cualitativo	ordinal	Entierran Queman recolección domiciliaria Rio	n y %
20. Manejo residuos reciclables	cualitativo	Ordinal	1. Entierran 2. Queman 3. Recolección 4. domiciliaria	n y %
21. Eliminación de excretas	cualitativo	ordinal	Pozo séptico Letrina Alcantarillado Campo abierto	n y %
22. Disposición final de agua servidas	Cualitativo	Ordinal	1. Campo abierto 2. Alcantarillado 3. Fuentes de agua 4. Pozo séptico	n y %
			Muro tendinoso Tabla Otros	
12. Humo dentro de la casa	cualitativo	Ordinal	5. Si 6. No	n y %

13. cocción de alimentos	cualitativo	ordinal	Red de Gas Leña Cilindro Gas Gasolina energía eléctrica	n y %
14.Número de persona por dormitorio	cualitativo	Ordinal	9. Una persona 10. dos personas 11. Tres personas 12. Más de cuatro	n y %
15.Fuente de agua para el consumo	cualitativo	ordinal	Quebrada Acueducto Red de distribución Acequia Nacimiento de agua	n y %
16.Tratamiento de agua para el consumo	cualitativo	ordinal	Sin tratamiento Clorada Filtrada Hervida	n y %
17.Almacenamiento del agua para consumo	cualitativo	ordinal	Tanques ladrillo Tanques plásticos Recipientes de madera	n y %
18.Manejo de residuos biodegradables	cualitativo	ordinal	Abono Alimento animales Entierran Queman	n y %
19.Manejo de residuos ordinarios no reciclables	cualitativo	ordinal	Entierran Queman recolección domiciliaria Rio	n y %
20.Manejo residuos reciclables	cualitativo	Ordinal	1.Entierran 2.Queman 3.Recolección 4. domiciliaria	n y %
21. Eliminación de excretas	cualitativo	ordinal	Pozo séptico Letrina Alcantarillado Campo abierto	n y %
22.Disposición final de agua servidas	Cualitativo	Ordinal	1.Campo abierto 2.Alcantarillado 3.Fuentes de agua 4.Pozo séptico	n y %
23.Presencia de vectores y roedores en casa	cualitativo	Nominal	1.Insecto 2.Roedores	n y %

24. Tipo de riesgo de la vivienda	cualitativo	Nominal	1.Deslizamiento 2.Inundación 3.Avalancha 4.Falla geológica 5.Sin riesgo	n y %
25. tiene espacio productivo	cualitativo	nominal	1 si 2 no	n y %
26. tipo de espacio productivo	cualitativo	ordinal	Comunitaria Familiar No tiene	n y %
27. destino de productos	cualitativo	ordinal	Autoconsumo Venta Transformación Trueque (Cuando es de forma periódica y regular) Sin espacio productivo	n y %
28. prácticas culturales en espacio productivo	cualitativo	ordinal	Ritualidades Época de siembra Fases de la luna alelopatía Sueños	n y %
29. participa la familia de prácticas culturales colectivas	cualitativo	ordinal	Estacionarias Ofrecimiento No participa	n y %

Frente al segundo objetivo: *Determinar el estado nutricional de la primera infancia del Resguardo indígena Nasa Huila*, también se extrapolaron los datos mediante porcentajes. Estos datos se tomaron de la base de clasificación nutricional de noviembre de 2021, con los 213 datos de los menores tamizados en esa fecha. Encuanto a las variables se tuvieron en cuenta las dispuesto por la resolución 2465 del2016: peso para la talla, talla para la edad, IMC y peso para la edad, como se muestra en la tabla 4.

Tabla 4 Variables dependientes: Indicadores de situación nutricional

No	VARIABLE	NATURALEZA	NIVEL DE MEDICIÓN	CATEGORÍAS O UNIDADES	ANÁLISIS
1	Clasificación nutricional del menor de 6 años Peso para la talla	Cuantitativo	Ordinal	Obesidad Sobrepeso Riesgo de sobrepeso Peso adecuado para la talla Riesgo de DNT aguda Desnutrición aguda moderada Desnutrición aguda severa	n y %
2	Clasificación nutricional del menor de 6 años Talla para la edad	Cuantitativo	Ordinal	Talla Adecuada para la Edad Riesgo de Talla Baja Talla baja para la edad o retraso en talla	n y %
3	Clasificación nutricional de IMC menor de 6 años.	Cuantitativo	Ordinal	Obesidad Sobrepeso IMC adecuado Bajo peso	n y %
4	Clasificación nutricional del menor de 6 años Peso para la edad	cuantitativo	ordinal	Peso adecuado para la edad Riesgo de desnutrición global Desnutrición Global	n y %

Para el tercer objetivo: *Identificar posible relación entre las condiciones socioculturales y la situación nutricional de la primera infancia del Resguardo Indígena Nasa Huila*, se calculó el **valor de P** (mediante prueba estadística Ji cuadrado) Se utilizó como medida comparativa en la búsqueda de similitudes o diferencias entre la población de estudio, clasificada según su estado nutricional.

Este análisis se realizó mediante el programa estadístico **Python**. En las variables con diferencia estadística significativa, se hizo el cálculo de **OR** para determinar posible asociación entre variables con sus intervalos de confianza.

Complementariamente, se tuvo en cuenta el control de errores como se detalla a continuación: Para tomar un **control del error tipo 1 o alfa** en la presente investigación se tuvo en cuenta la aplicación de intervalos de confianza del 95% para cada una de las variables analizadas. En los valores alfa igual o mayor del 0.05 en las variables analizadas, no se rechazó la hipótesis nula establecida. Para el **control del error tipo 2 o beta**, en este estudio se contempló trabajar con una muestra significativa del 51% de la población total de los menores de 6 años que equivalen a 213, de una población de total de 412. Tal muestra permitió detectar diferencias importantes entre las variables analizadas variadamente.

7.3.1 Criterios de rigor

En el desarrollo de un proyecto de investigación, los criterios de rigor permiten valorar la aplicación científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos (71). En el presente proyecto se tuvo en cuenta el manejo de la información estadística mediante la depuración y limpieza de las bases de datos, que pudiesen llevar a errores, así como el manejo de una muestra de la población para realizar los respectivos análisis estadísticos que se puedan extrapolar en la población en general.

La validez interna se refiere al grado en que un experimento excluye las

explicaciones alternativas de los resultados, es decir, al grado en que ciertamente la manipulación de la variable independiente es responsable de los cambios en la variable dependiente (72). Para mitigar las variables que son consideradas amenazas para la validez interna, se eliminaron datos que representaran sesgos de las bases para mitigar errores de medida, así como el apoyo de los análisis estadísticos se tuvo en cuenta el apoyo de un estadista para el procesamiento y análisis de estos mediante uso de Python.

La validez externa se refiere a la extensión y forma en que los resultados de un experimento pueden ser generalizados a diferentes sujetos, poblaciones, lugares, experimentadores, etc. Un objeto aún más amplio de la investigación es establecer relaciones generales valiosas (72). Frente a la validez externa, estos resultados tienen una limitación y aplicabilidad de manera exclusiva en la población indígena del Resguardo Nasa Huila, teniendo en cuenta sus condiciones socioculturales de vida, hay factores que no permiten una replicabilidad o extensión de los resultados a una población externa al Resguardo.

La **fiabilidad** se concibe como la consistencia o estabilidad de las medidas cuando el proceso de medición se repite (73). En los datos cuantitativos, la depuración de datos, análisis de variables independientes de las fichas familiares, variables dependientes de la clasificación nutricional permitieron llegar a las mismas medidas, siempre y cuando no haya cambios de importancia en cuanto a las condiciones socioculturales de la comunidad.

7.4 PLAN DE ANÁLISIS DE LOS DATOS CUALITATIVOS

Para el cuarto objetivo: *describir las percepciones comunitarias frente a la relación entre las condiciones socioculturales y clasificación nutricional de los menores pertenecientes a la primera infancia* se realizaron grupos de discusión y entrevista en profundidad sobre los resultados encontrados en los análisis estadísticos.

Muchos de los problemas en términos de salud y nutricionales que aqueja a las poblaciones, implica una compleja interacción de las variables que se escapan en las investigaciones cuantitativas, lo que amerita desarrollar técnicas que permitan realizar estudios de abordajes más complejos. Para ello la investigación cualitativa es la más precisa para estos fines, ya que el foco de atención está centrado en situaciones, acontecimientos, personas, interacciones y comportamientos que son observables en la interacción con la comunidad.

Los **grupos de discusión** hacen parte de las entrevistas grupales, utilizada escasamente y poco referenciada teóricamente en el campo de la salud (74) definida como *“reunión de un grupo de personas que poseen ciertas características comunes, guiada por un moderador y diseñada con el objetivo de obtener información sobre un tema específico en un espacio y un tiempo determinado”* (75).

Cervantes, establece que *“el grupo de discusión no es solo un análisis de*

discursión una experiencia lingüística, sino una situación de interacción en la que se da un encuentro entre los actuantes y una experiencia comunicativa en que se enlazan sistemas simbólicos y míticos, así como series de códigos, rituales, valores, actitudes, opiniones. (...) De esta manera, propone como reto construir conceptualmente el grupo de discusión desde la mediación entre lenguaje y cultura”(76).

Con el fin de resaltar algunas características del grupo de discusión descritas por Jesús Gutiérrez Brito, se destacan las siguientes: *se realiza en un escenario y situación más espontánea y natural, es abierto y flexible, el moderador estimula el discurso grupal, se deja hablar al grupo desde una conducción poco directiva (77).*

El uso de los grupos de discusión como técnica de recolección de información, para el cumplimiento de este objetivo, se realizó principalmente porque permite flexibilizar los lugares de reunión, donde se puedan hacer más dinámicas y factibles la participación comunitaria, con importancia de valores culturales, permitiendo la adaptabilidad dinámica participativa de los actores. Bajo estas condiciones, se considera que el grupo de discusión es una técnica que es posible aplicar a un contexto indígena, pues garantiza un dinamismo cultural de participación y discusión.

Para la fase cualitativa del estudio, se elaboró un guion de entrevista la cual se aplicó en dos grupos de discusión y una entrevista a profundidad. La selección

de las participantes se llevó a cabo mediante **muestreo no probabilístico - según criterio** (78) siguiendo **criterios de inclusión** como: *Participantes mayores de 18 años, que pertenecieran a la comunidad por más de un año, y personas con mayor experiencia en la comunidad para aportar en la investigación de salud nutricional infantil.* Estos criterios se definieron antes de la recolección en un espacio concertado con la comunidad, modalidad propia e intercultural e IPS- CRIHU al momento de la socialización del proyecto. Cabe resaltar que no se contempló la participación de menores de 18 años en la investigación, por la dificultad en su participación.

Como **criterios de exclusión** se establecieron: *personas con alteraciones cognitivas que le impidieran comunicarse o participar en el estudio y que no aceptaran participar en la investigación.* Cabe resaltar que en aras de evitar vacíos conceptuales que se pudiese presentar, se decidió realizar algunas entrevistas a actores claves seleccionado por criterio(78). La distribución de los participantes por grupo de discusión se amplía en la tabla No. 5.

Tabla 5. Total, participantes grupos de discusión.

Número	Modalidad	Nombre participante	Genero	Identificador	
1	Entr1	Exgobernadora	Femenino	Myra1	
2	G1	Aux Enfermería	Femenino	Aux1	
3			Femenino	Aux2	
4			Femenino	Aux3	
5			Femenino	Aux4	
6			Femenino	Aux5	
7			Masculino	Aux6	
8			Promotor salud	Masculino	Pros1
9			Aux. Enfermería	Femenino	Aux7
10	G2	Dinamizador	Masculino	Dmz1	
11		Líder comunitario	Masculino	Lidc1	
			Masculino	Lidc2	
13		Sabedora ancestral	Femenino	Sanc1	
14		Estudiante	Femenino	est1	
15		Mayora	Femenino	Myra2	
			Femenino	Cb1	
17		Cabildante	Femenino	Cb2	
18		Masculino	Cb3		

Fuente: propia

7.4.1 Elaboración y ajustes del guion de entrevista

Para el cumplimiento del objetivo propuesto, se elaboró un **guion de entrevista** (Ver Anexo No. 4) para direccionar los grupos de discusión. El guion incluyó el título del proyecto de investigación, el primer objetivo del Proyecto y 4 preguntas abiertas, las cuales se organizaban en el orden de los datos encontrados según los objetivos del proyecto.

Previa aplicación se llevó a cabo una **validación del instrumento** con expertos en el tema: 4 pertenecientes a la comunidad indígena y 2 evaluadores externos (Ver anexo 3) en donde se evaluó cada pregunta en una escala del 1 al 5 en cuanto pertinencia, claridad, redacción y espacio para observaciones en caso de

considerar algún ajuste a la pregunta. Una vez validado el instrumento del guion de entrevista, se llevó a cabo su ajuste según las recomendaciones dadas y posterior aplicación en los grupos de discusión y entrevista.

Junto al Guion de entrevista, se diseñó el **consentimiento informado** (Ver Anexo 2) el cual se aplicó previo a la realización de los grupos de discusión y entrevista. Este instrumento incluyó el título del proyecto, seguido de una invitación a participar del estudio, destacando que la selección del tema acerca de las condiciones socioculturales y clasificación nutricional de la primera infancia, junto con la descripción de perspectivas comunitarias frente a la relación entre estos dos temas de estudio. Continuó describiendo la forma en que se realizaría el estudio (grupos de discusión, entrevistas), destacando la confidencialidad de la información recolectada y la identidad de los participantes; el derecho de abstenerse de participar, compartir información que considerara inapropiada o de retirarse del estudio cuando lo considerara pertinente; respetar la decisión de las personas de la comunidad que quisieran o no permitir grabar su voz durante el grupo de discusión. Se clarificó que no se pagaría por la participación de las personas en el estudio y que la utilización de la información encontrada durante la realización del estudio sería para mejorar la situación de salud de la comunidad y las Instituciones participantes. Finalmente se daba información de ubicación de los Investigadores del proyecto y la presidente del Comité de Ética de investigación de la Facultad, con el fin de presentar alguna inquietud, duda o solicitud referente al estudio.

7.4.2 Aplicación del guion de entrevista de grupos de discusión

El primer grupo de discusión se realizó en la IPS CRIHU del municipio de la Plata Huila, que contó con el apoyo del Coordinador de la IPS para concertar un espacio de reunión donde se pudiera realizar el grupo de discusión con miembros de la IPS que hacen parte del Resguardo Huila. El segundo grupo se llevó a cabo en el Resguardo, vereda de Caloto, el cual previa organización convocó al personal de la comunidad del Resguardo Huila a participar de manera libre en el grupo de discusión el cual se realizó de la siguiente manera:

- Inicio del grupo con la lectura del consentimiento informado en español y posteriormente en Nasayuwe (lengua nativa del pueblo Nasa) con la colaboración de indígenas bilingües que acompañaron los espacios siendo pertinente su participación. Posterior a la lectura colectiva del consentimiento, se aclaró que, como mecanismo para la aprobación de la participación individual a estos grupos de discusión, se debía asentar con la firma o huella en el formato individual establecido para ello.
- Posterior a la lectura del consentimiento y la certificación con firma o huella de estos, el moderador orientó la discusión mediante la realización de las preguntas guías (con ayuda del instrumento) y daba la palabra a los asistentes, de manera que se conservaba la imparcialidad y se daba la oportunidad de participar en igualdad de condiciones a los asistentes. Cabe resaltar, que a pesar de la moderación de la reunión se destacó

la mayor participación de las personas con mayor experiencia en el tema en la comunidad con mayor trayectoria organizativa en la comunidad, conservandolas dinámicas discursivas y participativas de la comunidad.

- De manera paralela mientras se desarrollaban los grupos de discusión se realizaba la grabación.

A continuación, se describen las particularidades de los grupos de discusión, tabla No 6.

Tabla 6. Conformación de grupos de discusión y entrevista.

<i>Tipo de participante</i>	<i>Código</i>	<i>Grupo de discusión 1 (GD 1)</i>	<i>Grupo de discusión 2 (GD 2)</i>	<i>Entrevista</i>
<i>Auxiliares de enfermería</i>	Aux	6	1	-
<i>Promotor salud</i>	Pros	1	-	-
<i>Líder comunitario</i>	Lidc	-	2	-
<i>Sabedor ancestral</i>	Sanc	-	1	-
<i>Estudiante</i>	Est	-	1	-
<i>Cabildante</i>	Cb	-	3	-
<i>Mayora</i>	Myra	-	1	1
<i>Dinamizador</i>	Dmz	-	1	-
<i>Total</i>		7	10	1

Fuente: Elaboración propia

El primer grupo (G1) tuvo lugar en la sede de la IPS CRIHU en el municipio de la Plata, con este grupo se discutieron los temas de: *malnutrición en la primera infanciae infancia, condiciones socioculturales alrededor de la misma, temas*

de fortalecimiento de autonomía alimentaria y retos y problemáticas alrededor de la malnutrición indígena. El grupo tuvo una duración total de **53 minutos** con 46 segundos.

El **segundo grupo de discusión (G2)** se realizó en la casa del Cabildo mayor (auditorio de la comunidad). Los temas desarrollados en este segundo grupo fue *la situación de salud de los niños del Resguardo, condiciones socioculturales que se pueden relacionar con la malnutrición, problemáticas, retos a futuro,* temas incluidos en el guion de entrevista. El grupo tuvo una duración de **37 minutos** con 19 segundos.

7.4.3 Entrevista individual a profundidad

La técnica de **entrevista individual en profundidad (E1)** se aplicó después del primer grupo de discusión, lo cual permitió profundizar en los temas discutidos (*perspectiva de malnutrición en la primera infancia, condiciones socioculturales del territorio*) desde la perspectiva de una exgobernadora del Resguardo indígena, sin guion de entrevista preestablecido, pues retomó elementos del primer grupo de discusión para su desarrollo. La duración de la entrevista fue de **01:12:50** y permitió conocer con mayor profundidad algunos de los planteamientos realizados en el grupo de discusión, con el fin de avanzar en el proceso de análisis de la información.

La selección de la participante fue un acierto, ya que cumplía con los criterios de inclusión, además de contar con experiencia organizativa en el territorio y

movimiento indígena en Huila, con dominio adecuado del castellano, que facilitó el desarrollo de la entrevista. Si bien la aplicación de esta técnica se redujo a una recolección, se considera que permitió al investigador la comprensión del desarrollo de las discusiones del grupo.

7.4.4 Procesamiento y análisis de la información de los grupos de discusión y entrevista

El proceso de la **transcripción** de la entrevista y grupos de discusión se realizó de los audios de la grabadora de voz al programa de Word. El análisis de la información se desarrolló **usando** herramientas analíticas de **teoría fundamentada**, que según Glasser y Straus (79), permite construir e identificar temas emergentes con actores sociales de estudio. El uso de esta **técnica de análisis** se justifica porque permite que los temas surjan naturalmente de los actores participantes y permite a la comunidad aportar percepciones y validaciones sobre el fenómeno de estudio.

Siguiendo la lógica de la teoría fundamentada, se realizó una **codificación abierta**, que consiste en el proceso analítico por medio del cual se identifican los conceptos y se descubren en los datos sus propiedades y dimensiones. Para llegar a ello hay que realizar una **conceptualización**, que permita identificar una idea central, con vínculos comunes y agruparlas en **categorías descriptivas** (80). Este análisis se aplicó a las transcripciones de las grabaciones realizadas en los grupos de discusión y entrevista.

Finalmente, los códigos se agruparon en categorías más amplias, mediante una **codificación axial**, *conocida como proceso de relacionar categorías con sus subcategorías, para presentar explicaciones más precisas y completas acerca de los fenómenos de estudio*" (81). Este proceso analítico de datos permitió una presentación sintética de los hallazgos.

7.4.5 Criterios de rigor

En el desarrollo de un proyecto de investigación cualitativa, los criterios de rigor permiten valorar la aplicación escrupulosa y científica de los métodos de investigación, y de las técnicas de análisis para la obtención y el procesamiento de los datos (71). El proyecto buscó la saturación teórica (82) en cumplimiento de diversificación de la información obtenida de la variación de los informantes con los cuales se contó para la realización del estudio. Los criterios de rigor se desarrollan en la continuación:

La **credibilidad** es un requisito importante debido a que permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado; así el investigador evita realizar conjeturas a priori sobre la realidad estudiada. Este criterio se logra cuando los hallazgos son reconocidos como "reales" o "verdaderos" por las personas que participaron en el estudio, por aquellas que han servido como

informantes clave, y por otros profesionales sensibles a la temática estudiada. Además, está determinado por la relevancia que tenga el estudio y los aportes que sus resultados generen en la consecución o comprobación de nuevas teorías (83). Este criterio se aplicó gracias a la participación de la comunidad Nasa, contando además con la recolección de la información por medio de grupos de discusión realizados en el Resguardo. Esto permitió la validación con una coalición comunitaria de los resultados.

La **fiabilidad** se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación (84). Este criterio, se logró con la aplicabilidad del instrumento de guion de entrevista, el cual teniendo en cuenta las preguntas realizadas y el tema a indagar, dependiendo de los contextos pueden presentarse variaciones según modificaciones en las condiciones socioculturales de la comunidad.

La **transferibilidad** consiste en poder transferir los resultados de la investigación a otros contextos. Si se habla de transferibilidad se tiene en cuenta que los fenómenos estudiados están íntimamente vinculados a los momentos, situaciones del contexto y a los sujetos participantes de la investigación. La manera de lograr este criterio es a través de una descripción exhaustiva de las

características sociodemográficas de los participantes. Dicha descripción servirá para realizar comparaciones y descubrir lo común y lo específico con otros estudios. De ahí, se deriva la importancia de la aplicación del muestreo teórico o intencional que permite maximizar los objetos conceptuales que emergen del estudio e identificar factores comparables con otros contextos (71). La transferibilidad de los resultados de este estudio se puede realizar en contextos que prevalezcan condiciones socioculturales similares a la población de estudio, mediante una descripción detallada, el cual esta investigación fue realizada y teniendo en cuenta las variables que exponen en este proyecto.

7.5 TRIANGULACION DE RESULTADOS

La triangulación es una técnica y herramienta potente que facilita el uso de múltiples métodos para la articulación y validación de datos a través del cruce de dos o más fuentes. En tal sentido, es conveniente concebir la triangulación considerando la variedad de datos, investigadores, trabajo de campo, teorías, así como metodologías que servirán para contrastar la información obtenida en el trabajo de campo, la posición teórica y posición del investigador, en función de las dimensiones de las variables del estudio. Es a partir de esta herramienta, en donde se establece una interrelación de los diversos –datos, investigadores, trabajo de campos, teorías, entre otros- que se concretiza un proceso dialéctico entre ellos, generan nuevos conocimientos del objeto en estudio, que surgen a través de los instrumentos cualitativos y cuantitativos de las investigaciones referidas a las ciencias (85)

La triangulación del estudio se realizó tomando los resultados de los análisis cuantitativo-cualitativos del estudio. En esta etapa se pretende, validar, complementar, enriquecer la información derivada de los procesos cuantitativos y cualitativos utilizadas en las distintas etapas de la investigación.

8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Conforme el Artículo 11 de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud, portratarse de un proyecto de investigación de **fuentes secundarias**, bases de datos suministradas, y **primarias**, grupos de discusión y entrevistas realizadas, la clasificación del nivel de riesgo para los participantes es "**sin riesgo**". El proyecto aplica en esta clasificación del riesgo, ya que no se realizaron ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participen en el estudio.

Entre los instrumentos éticos retomados en este proyecto de investigación se encuentra: el código de Nuremberg (1947), la Declaración Universal de Derechos humanos (1948), el Pacto Internacional de derechos civiles y políticos (1966), Declaración de Helsinki (1964) y la publicación de pautas de la CIOMS (1993), donde se destacan los principios éticos de la investigación en seres humanos: Autonomía y respeto por las personas, beneficencia, no maleficencia y justicia (86). En el presente estudio, se salvaguardan los principios éticos, mediante la aplicación del acuerdo de confidencialidad firmado entre los investigadores y la autoridad tradicional del Resguardo, instrumento en el cual se establecen las condiciones para el manejo de la información.

El principio de Autonomía, respeto por las personas y la voluntariedad de la participación se aplicó de forma institucional mediante el acuerdo de

confidencialidad firmada en el consentimiento informado de los participantes (ver anexos) (87) (Art. 18 y 19). Para tal fin se socializó la propuesta elaborada con actores de la Organización, incluyendo: *Objetivos, justificación y pertinencia del proyecto, los procedimientos a realizar para la recolección de la información, el manejo y análisis de la información, los beneficios para la comunidad y limitaciones del proyecto*, destacando la aplicación de los principios éticos en todo el desarrollo de la investigación.

Respecto al principio de beneficencia, se considera que los riesgos son razonables comparados con el beneficio (87) (Art. 17 y 22). Los beneficios potenciales e impacto obtenidos de esta investigación para el Resguardo y las instituciones afines al tema son: *brindar información reciente para la toma de decisiones comunitarias en materia de salud*. Para contribuir a este logro, los resultados se devolverán a la IPS-I CRIHU y la comunidad, con el fin de generar apropiación social del conocimiento.

Con relación al principio de no maleficencia, el estudio no contempla realizar modificación de las variables fisiológicas que pongan en riesgo la vida de los participantes. Adicionalmente el estudio fue aprobado por la autoridad del Resguardo y el **comité de ética** según **Memorando del día 09 de mayo del 2022** (ver anexos), salvaguardando la vida y bienestar de los participantes del estudio.

En cuanto a la confidencialidad (87) (Art. 21), la información obtenida antes, durante y después de la investigación (registros) son custodiados por el investigador principal durante mínimo cinco años. Su utilización es sólo para fines investigativos, por lo cual en los registros y bases de datos se protegerán la identidad de las personas. Adicionalmente, frente al riesgo de estigmatización a las comunidades por los hallazgos del estudio, los resultados serán validados en dos momentos por los participantes del estudio y la autoridad del Resguardo.

El principio de justicia se tuvo en cuenta mediante la participación de la comunidad y cabildantes durante el desarrollo del proyecto, en cumplimiento a las normas intrínsecas de las comunidades indígenas.

CAPITULO CUATRO

9. RESULTADOS CUANTITATIVOS

En este capítulo de resultados, se presentan los hallazgos del proyecto de investigación en respuesta a la pregunta de investigación: *¿Cuál es la situación nutricional de la primera infancia y su relación con las condiciones socioculturales del Resguardo Indígena Nasa Huila?* Al efecto, se presentarán los análisis respectivos obtenidos de las bases de ficha familiar aportada por la IPS-I CRIHU, mediante análisis de proporciones y las bases de clasificación antropométrica de la primera infancia aportada por la modalidad propia e intercultural.

Para el primer objetivo: *Identificar las condiciones socioculturales de la primera infancia del Resguardo indígena Nasa Huila*, se describen las condiciones socioculturales de la comunidad indígena Nasa. Mientras que para el segundo objetivo: *Determinar el estado nutricional de la primera infancia del Resguardo indígena Nasa Huila*, se plasma mediante datos estadísticos la situación nutricional, como de detalla a continuación.

9.1 Condiciones socioculturales de la primera infancia indígena Nasa

La comunidad indígena Nasa-Huila, ubicada en el municipio de Íquira, cuenta con 2402 habitantes. De esta población, se llevó a cabo un muestreo **no probabilístico** por **conveniencia**, seleccionando un total de **213** habitantes, que conforma la muestra del estudio, con quienes se hicieron análisis estadísticos descritos a continuación.

Respecto a las condiciones sociodemográficas y culturales del Resguardo, la mayoría de la población está afiliada al sistema de salud como población subsidiada (94.4%). La distribución poblacional por sexo predomina el femenino (54%). La lengua predominante fue el Nasayuwe (98.6%) y español (1,4%); se resalta que más del 90% de la población habla una segunda lengua, con variaciones en el dominio de la escritura (Tabla No.7).

Con relación a la escolaridad, más de la mitad de la población cuenta con básica primaria o secundaria, mientras que (36.6%) refirió no tener escolaridad. Respecto a la ocupación, el 31% de las personas hacen trabajo agrario y cultivos de tierras para autoconsumo y comercialización de productos agrícolas (Tabla No.7).

Tabla 7. Condiciones sociodemográficas del Resguardo indígena Nasa-Huila.

	n	%
Seguridad Social		
Población pobre no asegurada	12	5,6
Subsidiada	201	94,4
Contributivo	0	0
Régimen Especial	0	0
Total	213	100
Sexo		
Masculino	97	45,5
Femenino	115	54,0
Total	213	100
Lengua materna		
Nasayuwe	210	98,6
Español	3	1,4
Total	213	100
Dominio de Segunda Lengua		
Habla lengua	0	0
Entiende lengua, pero no habla	0	0
Habla y lo escribe	18	8,5
Habla y no lo escribe	194	91,1
Entiende, pero no lo habla y no lo escribe	0	0
Entiende, pero no lo habla y sólo escribe	1	0,5
Total	213	100
Escolaridad		
Ninguno	77	36,2
Semilleros	78	36,6
Preescolar	49	23,0
Básica primaria	4	1,9
Básica secundaria	5	2,3
Pregrado, título	0	0
universitario		
Postgrado, especialización	0	0

Tecnólogo	0	0
Técnico	0	0
Total	213	100
Ocupación		
Trabajadores agrícolas de subsistencia	66	31,0
Trabajadores agrícolas comercial	147	69,0
Total	213	100

En cuanto a saberes ancestrales, se identificaron roles en la comunidad, siendo los más frecuentes los pulseadores, parteras y médicos tradicionales. También cabe señalar que los cuidados culturales que se practican en mayor proporción son uso de plantas medicinales y prácticas culturales (23,5%) con solo uso de plantas medicinales (16.4%); en contraste las prácticas culturales tradicionales de la comunidad hacen parte de los cuidados (2.8%) (Tabla 8).

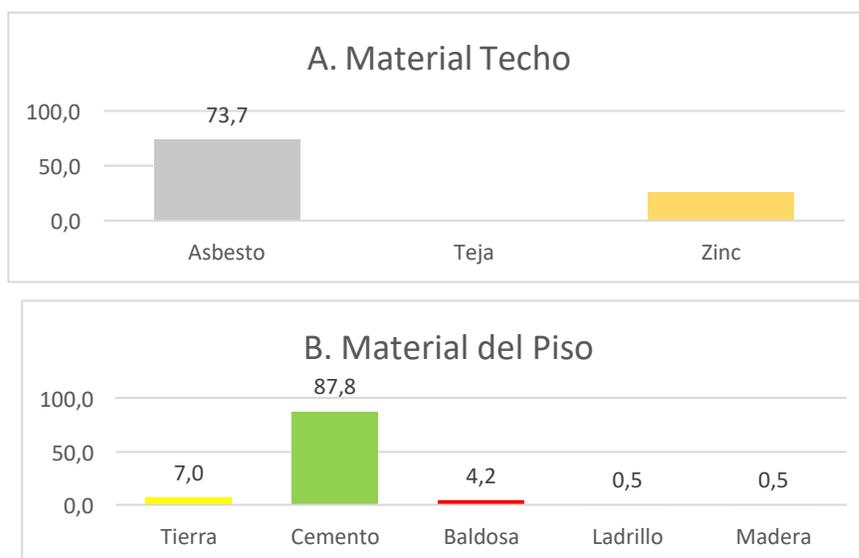
Tabla 8. Saberes ancestrales del Resguardo Indígena Nasa- Huila.

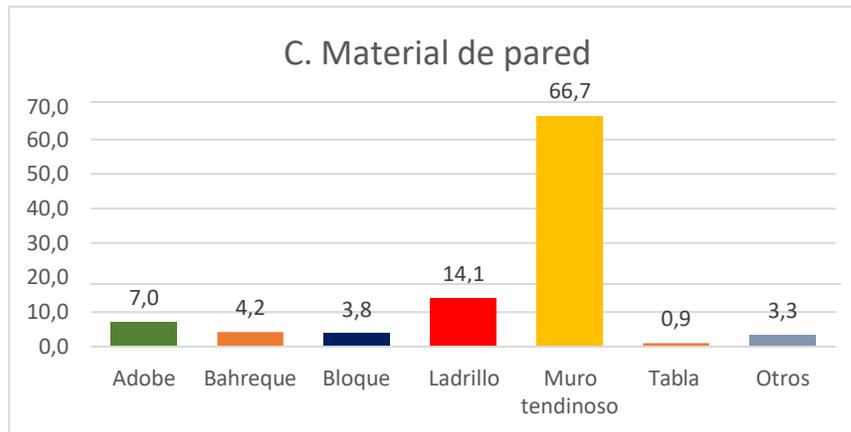
	n	%
Saberes Ancestrales		
Médico Indígena	13	6,1
Partera	21	9,9
Pulseador	23	10,8
Yerbatero	8	3,8
Sobandero	8	3,8
No	140	65,7
Total	213	100
Cuidados Culturales		
Prácticas culturales	6	2,8
Plantas medicinales	35	16,4
Prácticas culturales y plantas medicinales	50	23,5
Ninguna	118	55,4
Ritualidad	4	1,9

Total	213	100
-------	-----	-----

En cuanto a materiales de construcción de vivienda, la mayoría de la población tiene sus viviendas con techo de Asbesto (73,7%) y zinc (25,8%) como materiales predominantes. El piso es en su mayoría en cemento (87.8), sin embargo, se encontraron viviendas con piso en tierra (7,1%), que pueden representar un factor determinante en la salud de las familias que viven en esta condición. Respecto al material de la pared de las viviendas, la mayoría de las casas construidas en el territorio son casas de material prefabricado (66,7%), seguida por aquellas que son construidas en ladrillo (14,1%) (Figura No. 4).

Figura 4. Condiciones de vivienda del Resguardo Indígena Nasa-Huila.





*A. Material del techo de la vivienda. B. Material del piso de la vivienda. C. Material de la paredde la vivienda. Fuente: Elaboración de los autores

En lo que respecta a los hogares de la comunidad, las condiciones de preparación de alimentos, la forma de cocción más frecuente es con gas propano (45,1%), seguido de cilindro de gas domiciliario (28,6%) y leña (24,9%). Esta variable se asocia al hecho que las viviendas tienen humo en su interior (18,3%). También destaca que en las viviendas la ocupación de personas por habitación (18,3%) duerme más de tres personas en una sola habitación (Tabla 9).

Tabla 9. Distribución por exposición de humo, medio de preparación de alimentos y manejos agua.

	n	%
Humo dentro de la casa		
Si	39	18,3
No	174	81,7
Total	213	100,0
Cocción de alimentos		
Red de Gas	96	45,1
Cilindro de gas	61	28,6
Gasolina	1	0,5
Leña	53	24,9

Energía eléctrica	2	0,9
Total	213	100,0
Numero de persona por dormitorio		
Una persona	26	12,2
dos personas	148	69,5
Tres personas	37	17,4
Más de cuatro	2	0,9
Total	213	100,0
Fuente de Agua para el consumo		
Acueducto	71	33,3
Quebrada	52	24,4
Nacimiento de agua	7	3,3
Red de distribución (Cuando la fuente de agua es tomada por manguera)	82	38,5
Canal abierto o acequia	1	0,5
Total	213	100,0
Tratamiento de agua para el consumo		
Sin tratamiento	141	66,2
Clorada	1	0,5
Filtrada	0	0,0
Hervida	71	33,3
Total	213	100,0
Elemento utilizado para el almacenamiento de agua		
Tanques Ladrillo	194	91,1
Recipiente plástico	18	8,5
Recipiente de madera	1	0,5
Total	213	100,0

Frente al tipo fuente de agua para el consumo en la comunidad, una parte importante de la población obtiene el agua de red de distribución (38,5%), seguido de acueducto (33,3%) y quebradas (24,4%). Esta información se contrasta con el hecho que más de la mitad de la población consume agua,

sin ningún tratamiento (66,6%), seguido de una minoría que manifestó hervirla (33,3%). El elemento utilizado para el almacenamiento del agua se destaca que la mayoría de las viviendas dispone de tanques de ladrillo o alberca para su almacenamiento (91,1%) (Tabla No.9).

La disposición **de desechos biodegradables y orgánicos** es usada en su mayoría como alimento para los animales (cerdos o gallinas) (80%); en menor proporción (16%) es usada para la realización de abonos orgánicos para los tules (huertas). Frente a los **residuos ordinarios no reciclables**, la mayoría optan por enterrarlos (95,8%) y una pequeña porción de la población optan por quemar (1,9%) o dejarla en campo abierto (1,4%) como forma de dar disposición final a estos residuos. En cuanto a **residuos reciclables**, en su mayoría son quemados (96,7%), seguido de recolección domiciliaria(2,3%) (Tabla No.10).

Tabla 10. Disposición de desechos en el Resguardo Indígena Nasa-Huila.

	n	%
Manejo de residuos biodegradables		
Abonos	34	16,0
Entierran	3	1,4
Alimento animal	172	80,8
Queman	4	1,9
Total	213	100
Manejo residuos ordinarios no reciclables		
Entierran	204	95,8
Queman	4	1,9

Recolección domiciliaria	2	0,9
Campo abierto (Rio)	3	1,4
Total	213	100
Manejo residuos reciclables		
Entierran	2	0,9
Queman	206	96,7
Recolección domiciliaria	5	2,3
Total	213	100
Eliminación de excretas		
Campo Abierto (Las excretas son eliminadas en el potrero u otro sitio a la intemperie)	1	0,5
Letrina	11	5,2
Taza o inodoro con alcantarillado	57	26,8
Taza o inodoro con pozo séptico	144	67,6
Total	213	100
Disposición final de agua servidas		
Campo abierto	14	6,6
Alcantarillado	68	31,9
Fuentes de agua	1	0,5
Pozo séptico	130	61,0
Total	213	100
Presencia de vectores y roedores en casa		
Insecto	111	52,1
Roedores	102	47,9
Total	213	100
Tipo de riesgo de la vivienda		
Deslizamiento	23	10,8
Inundación	2	0,9
Avalancha	1	0,5
Falla geológica	1	0,5
Sin riesgo	186	87,3

Total	213	100
Tenencia de espacio productivo en la familia		
Si	192	90,1
No	21	9,9
Total	213	100
Tipo de espacio productivo		
Comunitaria	18	8,5
Familiar	193	90,6
No tiene	2	0,9
Total	213	100
Destino de los productos		
Autoconsumo	199	93,4
Venta	9	4,2
Transformación	1	0,5
Trueque (Cuando es de forma periódica y regular)	2	0,9
Sin espacio productivo	2	0,9
Total	213	100
Práctica cultural en el espacio productivo		
Ritualidades	23	10,8
Época de siembra	170	79,8
Fases de la luna	18	8,5
Aleopatía	0	0,0
Sueños	2	0,9
Total	213	100
Participa la familia de prácticas culturales colectivas		
Estacionarias	10	4,7
Ofrecimiento	135	63,4
No participa	68	31,9
Total	213	100

Respecto a las excretas, la mayoría se dispone en pozos sépticos (67,6%) y al aire libre (0,5%). Con relación a la disposición de aguas servidas, se realiza mediante pozo séptico (61%), alcantarillados (31,9%), campo

abierto (6,6%), y ríos cercanos (0,5%). En cuanto a la presencia y exposición de vectores en las viviendas, predominan exposición a los insectos (52,1%) y roedores (47,9%).

Frente al riesgo de la vivienda, se identificó riesgo de deslizamientos (10,8%). La mayoría de las familias cuentan con espacios productivos tipo huerta (93,29%), en su mayoría de tipo familiar (90,6%). Respecto a la destinación de los productos la mayoría son para autoconsumo (93,1%), seguidamente para la venta con (4,2%) (Tabla No.10).

Respecto a las prácticas culturales realizadas en los espacios productivos, la mayoría utiliza la época de siembra al momento de cultivar (79,8%) y ritualidad (10,8%). En la misma vía se encontró que más de la mitad de la población participa de prácticas culturales de tipo colectiva como son los ofrecimientos u ofrendas (63,4%) y prácticas estacionarias (4,7%); destaca que 31,9% no realiza ninguna práctica (Tabla No.10).

En síntesis, en este primer apartado de resultados, vemos algunas condiciones de vida en la comunidad Nasa, caracterizadas por necesidades básicas insatisfechas como son: agua potable, redes públicas de alcantarillado, unas condiciones inadecuadas de vivienda, manejo inadecuado de residuos o desechos, que en suma pueden influir en el estado nutricional de los niños. Se destacan también otros temas sociales como la educación, vectores y riesgo en las viviendas, que evidencian

inequidades sociales y económicas presentes en la mayoría de las familias.

9.2 Estado nutricional de la primera infancia del Resguardo indígena Nasa.

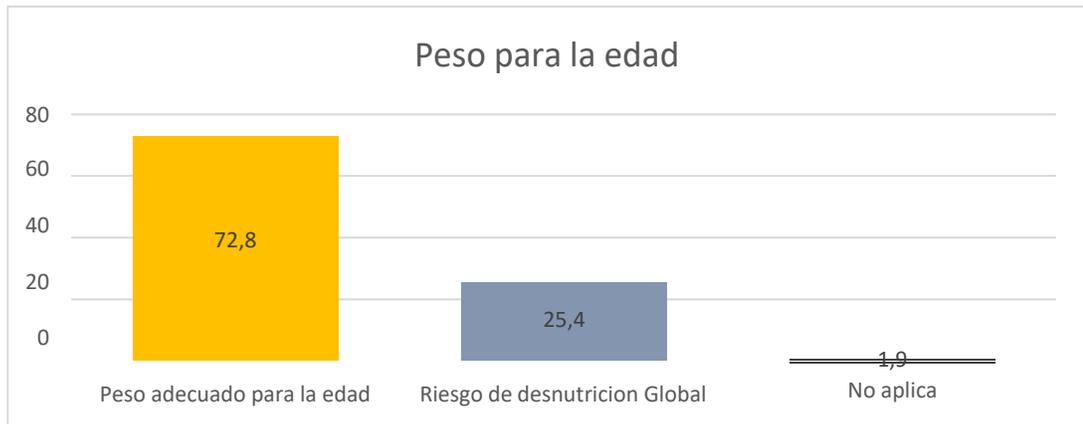
Durante el estudio se analizó la información del estado nutricional de 213 niños menores de 6 años, de los cuales 53,05% (n= 113) fueron del sexo femenino, seguido de 45,53% (n= 97) eran del sexo masculino.

La alteración nutricional (Figura 5) que más se destaca es el indicador de **talla para la edad**, en la cual 88.2% de la población presenta alteración de la talla, es decir **riesgo de talla baja o retraso en talla**.

Así mismo, en cuanto a alteración del **peso para la edad**, la población presenta riesgo de desnutrición global en 25,4% del total de los niños (Figura No.5).

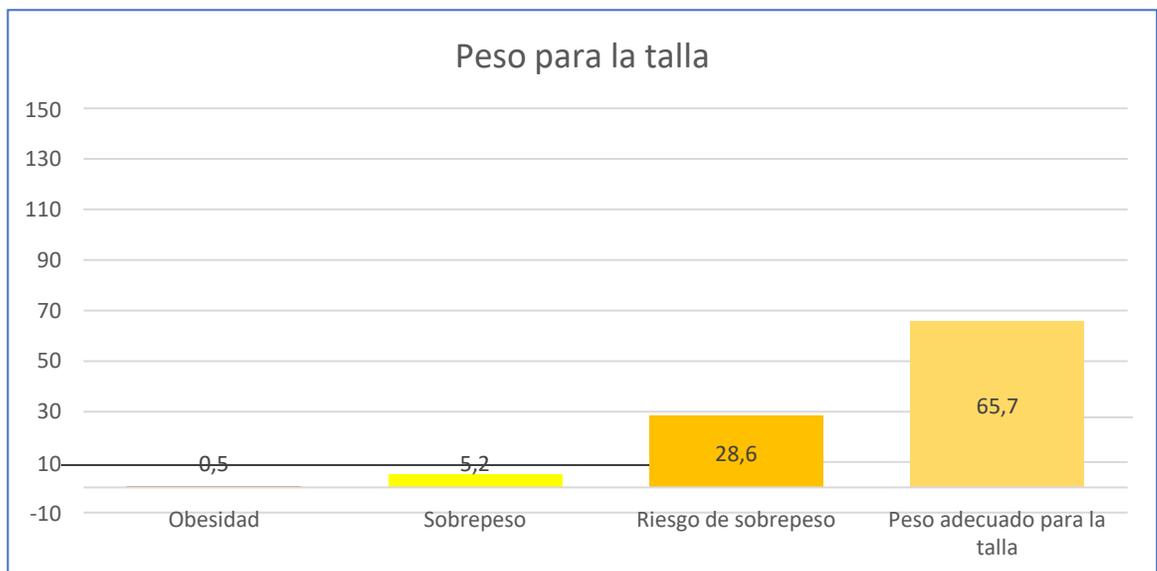
Figura 5. Clasificación nutricional talla para la edad y peso para la edad en menores de 6 años.





Respecto a la clasificación de **peso para la talla** (Figura No.6), la mayoría de los niños (65,7%) tienen peso adecuado para la talla, seguido de un porcentaje importante con riesgo de sobrepeso (28,6%), sobrepeso (5,2%) (Figura No.6).

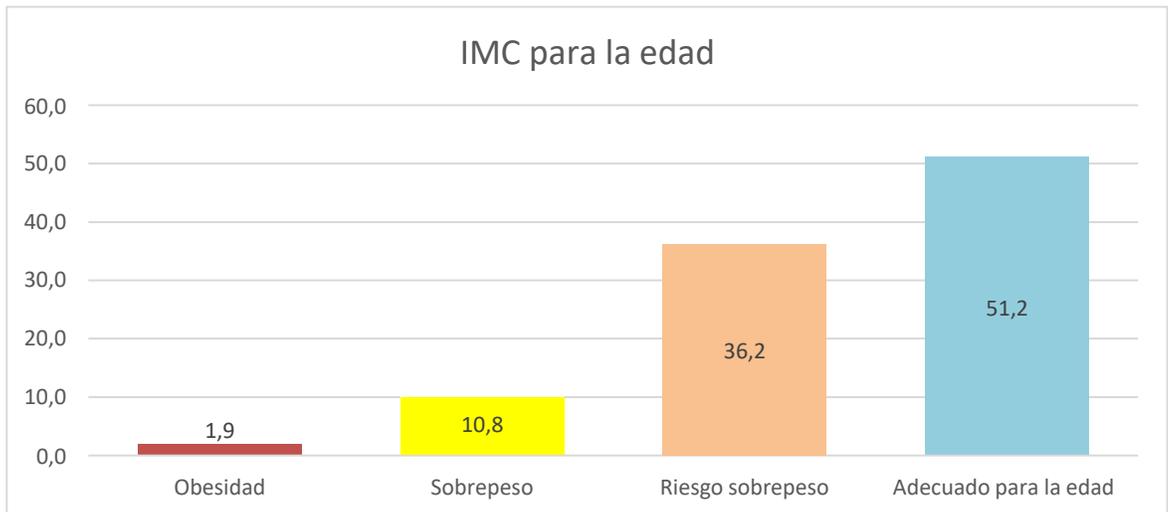
Figura 6. Representación gráfica de la clasificación nutricional peso para la talla en menores de 6 años.



En cuanto al análisis realizado al **índice de masa corporal**, en la población del Resguardo, se evidencia, que más de la mitad de la

población se encuentra en IMC adecuado para la edad (51,2%). En contraste, 48,9% restante de la población presenta como predominancia riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad como alteraciones nutricionales predominantes (Figura No.7).

Figura 7. Representación gráfica en clasificación de índice de masa corporal “IMC” para la edad en menores de 6 años.



En síntesis, los datos presentados muestran variaciones en las mediciones. En el indicador talla para la edad, se destaca que el riesgo de talla baja y retraso en talla representan 88,2%. Así mismo, en el indicador peso para la edad, el riesgo de desnutrición global fue la alteración principal encontrada (25,4%). En cuanto a los indicadores de peso para la talla e IMC se identificaron casos de simultaneidad en la presencia del riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad con (34,3%) y (48,9%) respectivamente. Estos datos demuestran que hay alteraciones en el estado nutricional en la población infantil del Resguardo con porcentajes

significativos y que es pertinente establecer posibles asociaciones con las condiciones socioculturales de la comunidad.

9.3 Relación entre condiciones socioculturales y situación nutricional de la primera infancia indígena nasa

En cumplimiento del tercer objetivo propuesto: *“Identificar posible relación entre las condiciones socioculturales y la situación nutricional de la primera infancia del Resguardo Indígena Nasa Huila”*, se llevó a cabo un análisis bivariado, mediante el sistema operativo **Python 3.11.1**. Al efecto, se tomaron las condiciones socioculturales de la comunidad Nasa de la ficha familiar como **variables independientes** y las variables de clasificación nutricional como **variables dependientes**.

Para hacer efectivo este análisis se tuvo en cuenta la misma **muestra** analizada en la estadística descriptiva, **213 datos**. En la elaboración de las tablas se trabajó con un **intervalo de confianza** del **95 %** de los datos y usando la medida comparativa de **valor de P**.

Con base a la revisión sistemática y con los objetivos planteados en la investigación, se construye **las hipótesis de estudio**: la hipótesis nula y alternativa sobre la relación de las condiciones socioculturales de la comunidad indígena y la población menor de 6 años de la siguiente manera:

Ho: La condición sociocultural de la comunidad del resguardo no **tiene posible** relación con la presencia de alteración nutricionales en la primera infancia e infancia.

H1: La condición sociocultural de la comunidad del Resguardo **tiene posible relación** con la presencia de alteración nutricionales en la primera infancia e infancia.

Tabla 11. Análisis comparativo de variables socioculturales y estado nutricional bivariado en menores de 6 años con el indicador peso para latalla.

RELACION PESO-TALLA						
		Peso adecuado para la talla	Riesgo de Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad	P-Valué
Variables socioculturales		140	61	11	1	
Material de techo	Teja	* 1 (0.7) 139 (99.3)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.914
	Asbesto	* 102 (72.9) 38 (27.1)	49 (80.3)	6 (54.5)	1 (100.0)	0.097
	Zinc	* 37 (26.4) 103 (73.6)	12 (19.7)	5 (45.5)	1 (100.0)	0.097
			49 (80.3)	6 (54.5)		
Material del piso	Tierra	* 12 (8.6) 128 (91.4)	2 (3.3)	1 (9.1)	1 (100.0)	0.579
	Cemento	* 120 (85.7) 20 (14.3)	56 (91.8)	10 (90.9)	1 (100.0)	0.633
	Baldosa	* 7 (5.0) 133 (95.0)	2 (3.3)	1 (9.1)	1 (100.0)	0.832
	Ladrillo	* 1 (0.7) 139 (99.3)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.914
	Madera	* 140 (100.0)	1 (1.6)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.475
	Bareque	* 7 (5.0) 133 (95.0)	1 (1.6)	1 (9.1)	1 (100.0)	0.593

Material de pared	Ladrillo	*	16 (11.4) 124 (88.6)	12 (19.7) 49 (80.3)	2 (18.2) 9 (81.8)	1 (100.0)	0.439
	Bloque	*	6 (4.3) 134 (95.7)	1 (1.6) 60 (98.4)		1 (100.0)	<0.001
	Adobe	*	12 (8.6) 128 (91.4)	2 (3.3) 59 (96.7)	1 (9.1) 10 (90.9)	1 (100.0)	0.579
	Tabla	*		1 (1.6)	1 (9.1)		0.023
	Guadua	*	140 (100.0)	60 (98.4)	10 (90.9)	1 (100.0)	-
	Plástico	*	1 (0.7) 139 (99.3)				0.914
	Muro tendinoso	*	1 (0.7) 139 (99.3)	1 (1.6) 60 (98.4)			0.916
	Madera	*	94 (67.1) 46 (32.9)	42 (68.9) 19 (31.1)	6 (54.5) 5 (45.5)	1 (100.0)	0.412
		*	3 (2.1) 137 (97.9)	1 (1.6) 60 (98.4)		1 (100.0)	0.960
	exposición Humo	Si	*	25 (17.9) 115 (82.1)	12 (19.7) 49 (80.3)	1 (9.1) 10 (90.9)	1 (100.0)
El fuego proviene de	Red de gas	*	60 (42.9) 80 (57.1)	29 (47.5) 32 (52.5)	6 (54.5) 5 (45.5)	1 (100.0)	0.563
	Cilindro de gas	*	45 (32.1) 95 (67.9)	14 (23.0) 47 (77.0)	3 (27.3) 8 (72.7)	1 (100.0)	0.537
	Gasolina	*	1 (0.7) 139 (99.3)				0.914
	Leña	*	113 (80.7) 27 (19.3)	49 (80.3) 12 (19.7)	9 (81.8) 2 (18.2)	1 (100.0)	0.969
	Energía eléctrica	*	1 (0.7) 139 (99.3)	1 (1.6) 60 (98.4)			0.916
	Personas por dormitorio	Una persona	*	18 (12.9) 122 (87.1)	6 (9.8) 55 (90.2)	2 (18.2) 9 (81.8)	1 (100.0)
Dos personas		*	99 (70.7) 41 (29.3)	42 (68.9) 19 (31.1)	7 (63.6) 4 (36.4)	1 (100.0)	0.464
Tres personas		*	22 (15.7) 118 (84.3)	12 (19.7) 49 (80.3)	2 (18.2) 9 (81.8)	1 (100.0)	0.154
Mas de cuatro		*	1 (0.7) 139 (99.3)	1 (1.6) 60 (98.4)			0.916
Acueducto		*	45 (32.1) 95 (67.9)	21 (34.4) 40 (65.6)	5 (45.5) 6 (54.5)	1 (100.0)	0.717
Quebrada		*	38 (27.1) 102 (72.9)	14 (23.0) 47 (77.0)	4 (36.4) 7 (63.6)	1 (100.0)	0.721
		*	7 (5.0)				0.287

Fuente de agua para el consumo	Nacimiento agua		133 (95.0)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)	
	Red de distribución	*	98 (70.0)	45 (73.8)	6 (54.5)	1 (100.0)	0.554
		*	42 (30.0)	16 (26.2)	5 (45.5)		
	Acequia		1 (0.7)				0.914
			139 (99.3)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)	
Tratamiento agua para consumo	Sin tratamiento	*	94 (67.1)	40 (65.6)	7 (63.6)		0.561
		*	46 (32.9)	21 (34.4)	4 (36.4)	1 (100.0)	
	Clorada	*	1 (0.7)	1 (1.6)			0.916
			139 (99.3)	60 (98.4)	11 (100.0)	1 (100.0)	
	Filtrada	*	140 (100.0)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)	1.000
Hervida	*	123 (87.9)	50 (82.0)	10 (90.9)	1 (100.0)	0.655	
		17 (12.1)	11 (18.0)	1 (9.1)			
Recipiente almacenamiento de agua	Tanque ladrillo	*	124 (88.6)	59 (96.7)	10 (90.9)	1 (100.0)	0.312
		*	16 (11.4)	2 (3.3)	1 (9.1)		
	Recipiente plástico	*	15 (10.7)	2 (3.3)	1 (9.1)		0.371
			125 (89.3)	59 (96.7)	10 (90.9)	1 (100.0)	
Recipiente madera	*	1 (0.7)				0.914	
		139 (99.3)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)		
Manejo residuos biodegradables	Abono	*	18 (12.9)	11 (18.0)	4 (36.4)	1 (100.0)	0.020
			122 (87.1)	50 (82.0)	7 (63.6)		
	Entierra	*	2 (1.4)	1 (1.6)			0.978
			138 (98.6)	60 (98.4)	11 (100.0)	1 (100.0)	
	Alimento animal	*	117 (83.6)	48 (78.7)	7 (63.6)		0.067
		*	23 (16.4)	13 (21.3)	4 (36.4)	1 (100.0)	
Queman	*	3 (2.1)	1 (1.6)			0.960	
		137 (97.9)	60 (98.4)	11 (100.0)	1 (100.0)		
Manejo de residuos no reciclables	Entierra	*	134 (95.7)	59 (96.7)	10 (90.9)	1 (100.0)	0.844
		*	6 (4.3)	2 (3.3)	1 (9.1)		
	Queman	*	3 (2.1)		1 (9.1)		0.226
			137 (97.9)	61 (100.0)	10 (90.9)	1 (100.0)	
	Recolección domiciliaria	*	1 (0.7)	1 (1.6)			0.916
			139 (99.3)	60 (98.4)	11 (100.0)	1 (100.0)	
Ríos	*	2 (1.4)	1 (1.6)			0.978	
		138 (98.6)	60 (98.4)	11 (100.0)	1 (100.0)		
Manejo de residuos reciclables	Entierran	*	2 (1.4)				0.788
			138 (98.6)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)	
	Queman	*	135 (96.4)	60 (98.4)	10 (90.9)	1 (100.0)	0.624
		5 (3.6)	1 (1.6)	1 (9.1)			

	Recolección domiciliaria	*	3 (2.1) 137 (97.9)	1 (1.6) 60 (98.4)	1 (9.1) 10 (90.9)	1 (100.0)	0.500
Eliminación de excretas	Campo abierto	*	1 (0.7) 139 (99.3)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.914
	Letrina	*	10 (7.1) 130 (92.9)	1 (1.6) 60 (98.4)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.345
	Alcantarillado	*	35 (25.0) 105 (75.0)	20 (32.8) 41 (67.2)	2 (18.2) 9 (81.8)	1 (100.0)	0.546
	Pozo séptico	*	94 (67.1) 46 (32.9)	40 (65.6) 21 (34.4)	9 (81.8) 2 (18.2)	1 (100.0)	0.654
Disposición final aguas servidas	Campo abierto	*	11 (7.9) 129 (92.1)	3 (4.9) 58 (95.1)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.684
	Alcantarillado	*	43 (30.7) 97 (69.3)	23 (37.7) 38 (62.3)	2 (18.2) 9 (81.8)	1 (100.0)	0.483
	Fuentes de agua	*	140 (100.0)	1 (1.6) 60 (98.4)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.475
	Pozo séptico	*	86 (61.4) 54 (38.6)	34 (55.7) 27 (44.3)	9 (81.8) 2 (18.2)	1 (100.0)	0.339
Presencia de vectores	Insecto	*	72 (51.4) 68 (48.6)	34 (55.7) 27 (44.3)	5 (45.5) 6 (54.5)	1 (100.0)	0.652
	Roedores	*	68 (48.6) 72 (51.4)	27 (44.3) 34 (55.7)	6 (54.5) 5 (45.5)	1 (100.0)	0.652
Tipo de riesgo de la vivienda	Deslizamiento	*	18 (12.9) 122 (87.1)	4 (6.6) 57 (93.4)	1 (9.1) 10 (90.9)	1 (100.0)	0.591
	Inundación	*	140 (100.0)	3 (4.9) 58 (95.1)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.055
	Avalancha	*	1 (0.7) 139 (99.3)	3 (4.9) 58 (95.1)	11 (100.0)	1 (100.0)	0.229
	Falla geológica	*	140 (100.0)	1 (9.1) 61 (100.0)	10 (90.9)	1 (100.0)	<0.001
	Sin riesgo	*	121 (86.4) 19 (13.6)	55 (90.2) 6 (9.8)	9 (81.8) 2 (18.2)	1 (100.0)	0.803
Tenencia de espacio productivo	Si	*	129 (92.1)	54 (88.5)	9 (81.8)		0.013
	No	*	11 (7.9)	7 (11.5)	2 (18.2)	1 (100.0)	
Tipo de espacio productivo	Comunitario	*	4 (2.9) 136 (97.1)	11 (18.0) 50 (82.0)	3 (27.3) 8 (72.7)	1 (100.0)	<0.001
	Familiar	*	134 (95.7) 6 (4.3)	50 (82.0) 11 (18.0)	8 (72.7) 3 (27.3)	1 (100.0)	0.003
	No tiene	*	2 (1.4) 138 (98.6)	6 (9.8) 61 (100.0)	2 (18.2) 11 (100.0)	1 (100.0)	0.788

Destino de los productos	Autoconsumo	*	133 (95.0)	56 (91.8)	9 (81.8)	1 (100.0)	0.346	
	Venta	*	7 (5.0)	5 (8.2)	2 (18.2)		0.061	
		*	8 (5.7)	4 (6.6)	3 (27.3)			
	Transformación	*	132 (94.3)	57 (93.4)	8 (72.7)	1 (100.0)		0.914
		*	1 (0.7)					
	Trueque	*	139 (99.3)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)		0.916
*		1 (0.7)	1 (1.6)					
Sin espacio productivo	*	2 (1.4)					0.788	
			138 (98.6)	61 (100.0)	11 (100.0)	1 (100.0)		
Sexo	Hombre		63 (45.0)	31 (50.8)	4 (36.4)	1 (100.0)	0.534	
	Mujer		77 (55.0)	30 (49.2)	7 (63.6)			
Nivel de estudio	Ninguno		51 (36.4)	23 (37.7)	3 (27.3)		<u><0.001</u>	
	Semilleros		52 (37.1)	23 (37.7)	3 (27.3)			
	Primera infancia		29 (20.7)	10 (16.4)	4 (36.4)			
	Prescolar		3 (2.1)	2 (3.3)	1 (9.1)			
	básica primaria completa			1 (1.6)				
	básica primaria incompleta		2 (1.4)	1 (1.6)				
	básica secundaria		2 (1.4)			1 (100.0)		
básica secundaria incompleta		1 (0.7)	1 (1.6)					

Nota: El símbolo “* “se usa para representar las personas que presentan la condición detallada.

Fuente: Base ficha familiar.

Al analizar el indicador de **peso para la talla**, se hallaron diferencias significativas al comparar los menores clasificados según su estado nutricional y las variables de condiciones de la vivienda como material de pared (bloque, tabla) manejo de residuos biodegradable (abono), tipo de riesgo de la vivienda (falla geológica), ausencia de los espacios productivos (comunitarios y familiar), todas con $p < 0,05$ (Tabla 11). De igual manera se procede a realizar el cálculo de los OR a estas variables que presentaron mayor diferencia como se plasma en la siguiente tabla:

Tabla 12. OR de variables con P significativa en peso para la talla.

Variable sociocultural			Alteración nutricional	Adecuado para la edad	OR	IC-95%	P
			73	140			
Material pared	Tabla	si	2	0	2,8322	0.1327 to 60.4508	P = 0.5050
		no	71	140			
	Bloque	si	2	6	0.6291	0.1238 to 3.1980	P = 0.5764
		no	71	134			
Manejo residuos biodegradables	Abono	si	16	18	0.3431	0.1490 to 0.7899	P = 0.0119
		no	57	122			
Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	3	0	139.504	0.7107 to 273.8341	P = 0.0827
		no	70	140			
	falla geológica	si	1	0	58.138	0.2339 to 144.5209	r = 0.2829
		no	72	140			
Tenencia de espacio productivo	si		63	129	0.5372	0.2167 to 1.3317	P = 0.1797
	no		10	11			
Tipo de espacio productivo	Comunitario	si	14	4	80.677	2.5483 to 25.5424	P = 0.0004
		no	59	136			
	Familiar	si	59	134	0.1887	0.0691 to 0.5151	P = 0.0011
		no	14	6			
Nivel de estudio	Ninguno		26	51	0.9654	0.5352 to 1.7413	P = 0.9068
	Estudio (primaria, secundaria)		47	89			

Como resultado del análisis de OR se halló posible relación entre la alteración nutricional por exceso y algunas condiciones socioculturales, ya que quienes tenían vivienda con material de pared tabla tuvieron 2,8 veces más riesgo de alteración nutricional, aunque este dato no fue significativo. Así mismo, quienes habitaban en una vivienda con riesgo de inundación tuvieron 139 veces más riesgo de alteración nutricional. Finalmente se destaca que la tenencia de espacio productivo de tipo comunitario representa 80,6 veces más riesgo de presentar una posible alteración nutricional (sobrepeso u obesidad), con un IC= 2.5, siendo muy significativo.

Tabla 13. Análisis comparativo de variables socioculturales y estado nutricional bivariado en menores de 6 años con el indicador talla para la edad.

ESTADO TALLA -EDAD						
		Talla adecuada para la edad	Riesgo de baja talla	Retraso en talla	P-Valué	
Variables socioculturales		25	84	104		
Material de techo	Teja	*	1 (1.2)		0.462	
		25 (100.0)	83 (98.8)	104 (100.0)		
	Asbesto	*	19 (76.0)	61 (72.6)	77 (74.0)	0.939
		6 (24.0)	23 (27.4)	27 (26.0)		
	Zinc	*	6 (24.0)	22 (26.2)	27 (26.0)	0.975
		19 (76.0)	62 (73.8)	77 (74.0)		
Material del piso	Tierra	*	3 (12.0)	5 (6.0)	7 (6.7)	0.575
		22 (88.0)	79 (94.0)	97 (93.3)		
	Cemento	*	21 (84.0)	74 (88.1)	92 (88.5)	0.824
		4 (16.0)	10 (11.9)	12 (11.5)		
	Baldosa	*	1 (4.0)	4 (4.8)	4 (3.8)	0.951
		24 (96.0)	80 (95.2)	100 (96.2)		
	Ladrillo	*		1 (1.2)		0.462
		25 (100.0)	83 (98.8)	104 (100.0)		
Material de pared	Madera	*	25 (100.0)	84 (100.0)	103 (99.0)	0.591
	Bareque	*	3 (12.0)	5 (6.0)	1 (1.0)	0.029
		22 (88.0)	79 (94.0)	103 (99.0)		
	Ladrillo	*	4 (16.0)	13 (15.5)	13 (12.5)	0.808
		21 (84.0)	71 (84.5)	91 (87.5)		
	Bloque	*	1 (4.0)	3 (3.6)	4 (3.8)	0.993
		24 (96.0)	81 (96.4)	100 (96.2)		
	Adobe	*		3 (3.6)	12 (11.5)	0.036
		25 (100.0)	81 (96.4)	92 (88.5)		
	Tabla	*		1 (1.2)	1 (1.0)	0.863
	25 (100.0)	83 (98.8)	103 (99.0)			
	Guadua	*	1 (4.0)			0.023
		24 (96.0)	84 (100.0)	104 (100.0)		
	Plástico	*		1 (1.2)	1 (1.0)	0.863
		25 (100.0)	83 (98.8)	103 (99.0)		
Muro tendinoso		*	15 (60.0)	58 (69.0)	69 (66.3)	0.698
		10 (40.0)	26 (31.0)	35 (33.7)		
Madera	*	1 (4.0)		3 (2.9)	0.248	

			24 (96.0)	84 (100.0)	101 (97.1)	
exposición	Si	*	3 (12.0)	15 (17.9)	21 (20.2)	0.630
Humo	No		22 (88.0)	69 (82.1)	83 (79.8)	
	Red de gas	*	9 (36.0)	37 (44.0)	50 (48.1)	0.536
			16 (64.0)	47 (56.0)	54 (51.9)	
	Cilindro de gas	*	6 (24.0)	30 (35.7)	26 (25.0)	0.230
			19 (76.0)	54 (64.3)	78 (75.0)	
		*			1 (1.0)	0.591
El fuego proviene de	Gasolina		25 (100.0)	84 (100.0)	103 (99.0)	
	Leña	*	22 (88.0)	68 (81.0)	82 (78.8)	0.580
			3 (12.0)	16 (19.0)	22 (21.2)	
	Energía eléctrica	*	1 (4.0)		1 (1.0)	0.191
			24 (96.0)	84 (100.0)	103 (99.0)	
	Una persona	*	1 (4.0)	9 (10.7)	16 (15.4)	0.256
			24 (96.0)	75 (89.3)	88 (84.6)	
	Dos personas	*	21 (84.0)	54 (64.3)	73 (70.2)	0.167
			4 (16.0)	30 (35.7)	31 (29.8)	
Personas por dormitorio	tres personas	*	3 (12.0)	21 (25.0)	13 (12.5)	0.060
			22 (88.0)	63 (75.0)	91 (87.5)	
		*			2 (1.9)	0.347
	Más de cuatro		25 (100.0)	84 (100.0)	102 (98.1)	
	Acueducto	*	5 (20.0)	28 (33.3)	38 (36.5)	0.289
			20 (80.0)	56 (66.7)	66 (63.5)	
	Quebrada	*	5 (20.0)	18 (21.4)	33 (31.7)	0.210
			20 (80.0)	66 (78.6)	71 (68.3)	
	Nacimiento agua	*	1 (4.0)	3 (3.6)	3 (2.9)	0.944
			24 (96.0)	81 (96.4)	101 (97.1)	
Fuente de agua para el consumo	Red de distribución	*	19 (76.0)	59 (70.2)	72 (69.2)	0.800
			6 (24.0)	25 (29.8)	32 (30.8)	
		*		1 (1.2)		0.462
	Acequia		25 (100.0)	83 (98.8)	104 (100.0)	
	Sin tratamiento	*	14 (56.0)	51 (60.7)	76 (73.1)	0.106
			11 (44.0)	33 (39.3)	28 (26.9)	
		*			2 (1.9)	0.347
Tratamiento agua para consumo	Clorada		25 (100.0)	84 (100.0)	102 (98.1)	
	Filtrada	*	25 (100.0)	84 (100.0)	104 (100.0)	1.000
	Hervida	*	19 (76.0)	78 (92.9)	87 (83.7)	0.051
			6 (24.0)	6 (7.1)	17 (16.3)	
	Tanque ladrillo	*	23 (92.0)	75 (89.3)	96 (92.3)	0.759
			2 (8.0)	9 (10.7)	8 (7.7)	
Recipiente almacenamiento de agua	Recipiente plástico	*	2 (8.0)	8 (9.5)	8 (7.7)	0.901
			23 (92.0)	76 (90.5)	96 (92.3)	
		*		1 (1.2)		0.462
	Recipiente madera		25 (100.0)	83 (98.8)	104 (100.0)	
	Abono	*	5 (20.0)	15 (17.9)	14 (13.5)	0.602

Manejo residuos biodegradables	Entierra	*	20 (80.0)	69 (82.1)	90 (86.5)	0.583
				2 (2.4)	1 (1.0)	
	Alimento animal	*	19 (76.0)	65 (77.4)	88 (84.6)	0.372
			6 (24.0)	19 (22.6)	16 (15.4)	
Queman	*	1 (4.0)	2 (2.4)	1 (1.0)	0.549	
		24 (96.0)	82 (97.6)	103 (99.0)		
Manejo de residuos no reciclables	Entierra	*	25 (100.0)	81 (96.4)	98 (94.2)	0.406
				3 (3.6)	6 (5.8)	
	Queman	*		2 (2.4)	2 (1.9)	0.743
			25 (100.0)	82 (97.6)	102 (98.1)	
	Recolección domiciliaria	*		1 (1.2)	1 (1.0)	0.863
		25 (100.0)	83 (98.8)	103 (99.0)		
Ríos	*			3 (2.9)	0.203	
			25 (100.0)	84 (100.0)	101 (97.1)	
Manejo de residuos reciclables	Entierran	*	1 (4.0)	1 (1.2)		0.169
			24 (96.0)	83 (98.8)	104 (100.0)	
	Queman	*	23 (92.0)	79 (94.0)	104 (100.0)	0.028
			2 (8.0)	5 (6.0)		
Recolección domiciliaria	*	1 (4.0)	4 (4.8)		0.085	
		24 (96.0)	80 (95.2)	104 (100.0)		
eliminación de excretas	Campo abierto	*			1 (1.0)	0.591
			25 (100.0)	84 (100.0)	103 (99.0)	
	Letrina	*	1 (4.0)	7 (8.3)	3 (2.9)	0.235
			24 (96.0)	77 (91.7)	101 (97.1)	
	Alcantarillado	*	6 (24.0)	23 (27.4)	28 (26.9)	0.944
		19 (76.0)	61 (72.6)	76 (73.1)		
Pozo séptico	*	18 (72.0)	54 (64.3)	72 (69.2)	0.681	
		7 (28.0)	30 (35.7)	32 (30.8)		
disposición final aguas servidas	Campo abierto	*	1 (4.0)	7 (8.3)	6 (5.8)	0.669
			24 (96.0)	77 (91.7)	98 (94.2)	
	Alcantarillado	*	9 (36.0)	29 (34.5)	30 (28.8)	0.636
			16 (64.0)	55 (65.5)	74 (71.2)	
	Fuentes de agua	*			1 (1.0)	0.591
		25 (100.0)	84 (100.0)	103 (99.0)		
Pozo séptico	*	15 (60.0)	48 (57.1)	67 (64.4)	0.592	
		10 (40.0)	36 (42.9)	37 (35.6)		
Presencia de vectores	Insecto	*	13 (52.0)	36 (42.9)	62 (59.6)	0.073
			12 (48.0)	48 (57.1)	42 (40.4)	
	Roedores	*	12 (48.0)	48 (57.1)	42 (40.4)	0.073
		13 (52.0)	36 (42.9)	62 (59.6)		
Tipo de riesgo de la vivienda	Deslizamiento	*	1 (4.0)	11 (13.1)	11 (10.6)	0.435
			24 (96.0)	73 (86.9)	93 (89.4)	

		*	2 (8.0)		1 (1.0)	0.010
	Inundación		23 (92.0)	84 (100.0)	103 (99.0)	
		*	1 (4.0)	2 (2.4)	1 (1.0)	0.549
	Avalancha		24 (96.0)	82 (97.6)	103 (99.0)	
		*	1 (4.0)			0.023
	Falla geológica		24 (96.0)	84 (100.0)	104 (100.0)	
		*	22 (88.0)	72 (85.7)	92 (88.5)	0.849
	Sin riesgo		3 (12.0)	12 (14.3)	12 (11.5)	
Tenencia de espacio productivo	Si	*	24 (96.0)	76 (90.5)	92 (88.5)	0.520
			1 (4.0)	8 (9.5)	12 (11.5)	
	No	*	1 (4.0)	8 (9.5)	12 (11.5)	0.520
			24 (96.0)	76 (90.5)	92 (88.5)	
Tipo de espacio productivo	Comunitario	*		9 (10.7)	9 (8.7)	0.238
			25 (100.0)	75 (89.3)	95 (91.3)	
	Familiar	*	25 (100.0)	75 (89.3)	93 (89.4)	0.230
				9 (10.7)	11 (10.6)	
	No tiene	*			2 (1.9)	0.347
			25 (100.0)	84 (100.0)	102 (98.1)	
Destino de los productos	Autoconsumo	*	23 (92.0)	79 (94.0)	97 (93.3)	0.932
			2 (8.0)	5 (6.0)	7 (6.7)	
	Venta	*	2 (8.0)	8 (9.5)	5 (4.8)	0.445
			23 (92.0)	76 (90.5)	99 (95.2)	
	Transformación	*			1 (1.0)	0.591
			25 (100.0)	84 (100.0)	103 (99.0)	
	Trueque	*		1 (1.2)	1 (1.0)	0.863
			25 (100.0)	83 (98.8)	103 (99.0)	
	Sin espacio productivo	*			2 (1.9)	0.347
			25 (100.0)	84 (100.0)	102 (98.1)	
Sexo	Hombre		12 (48.0)	32 (38.1)	55 (52.9)	0.128
	Mujer		13 (52.0)	52 (61.9)	49 (47.1)	
Nivel de estudio	Ninguno		11 (44.0)	25 (29.8)	41 (39.4)	0.011
	Semilleros		9 (36.0)	32 (38.1)	37 (35.6)	
	Primera infancia		2 (8.0)	17 (20.2)	24 (23.1)	
	Prescolar		1 (4.0)	4 (4.8)	1 (1.0)	
	Básica primaria completa			1 (1.2)		
	Básica primaria incompleta			3 (3.6)		
	Básica secundaria completa			2 (2.4)	1 (1.0)	
	Básica secundaria incompleta		2 (8.0)			

Nota: El símbolo "*" se usa para representar las personas que presentan la condición detallada.

Fuente: Base ficha familiar.

En el análisis del indicador **talla para la edad** se hallaron diferencias significativas al comparar los menores clasificados según su condición talla edad y variables de condiciones de vivienda como material de pared de bareque (p=0,002; IC: 95%), Adobe (p=0,003; IC: 95%), guadua (p=0,002; IC: 95%); tratamiento del agua (hervir) (p=0,05; IC: 95%). La quema de residuos reciclables (p=0,002; IC: 95%), el riesgo de inundación de vivienda con (p=0,001; IC: 95%), riesgo de falla geológica (p=0,002; IC: 95%) y finalmente el nivel de estudio bajo (p=0,001; IC: 95%) (Tabla 13)

Tabla 14. OR de variables con P significativa en talla para la edad.

Variable sociocultural			Alteración nutricional	Adecuado para la edad	OR	IC-95%	P
			104	109			
Material de pared	Bareque	si	6	3	0.2418	0.0564 to 1.0356	P = 0.0558
		no	182	22			
	Adobe	si	15	0	4.5562	0.2644 to 78.5089	P = 0.2964
		no	173	25			
Guadua	si	0	1	0.0433	0.0017 to 1.0933	P = 0.0567	
	no	188	24				
Tratamiento agua para consumo	Hervida	si	165	19	2.2654	0.8200 to 6.2590	P = 0.1147
		no	23	6			
Manejo de residuos reciclables	Queman	si	183	23	3.1826	0.5836 to 17.3556	P = 0.1810
		no	5	2			
Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	1	2	0.0615	0.0054 to 0.7050	P = 0.0250
		no	187	23			
	Falla geológica	si	0	1	0.0433	0.0017 to 1.0933	P = 0.0567
		no	188	24			
Nivel de estudios	Ninguno		66	11	0.6885	0.2959 to 1.6022	P = 0.3864
	Estudio (primaria, secundaria)		122	14			

En el análisis de OR se halló posible relación entre alteración en talla y algunas condiciones socioculturales, ya que quienes tenían el material de pared de **adobe** representa 4.5 veces riesgo de tener una alteración

nutricional, sin embargo, el IC fue poco significativo. Así mismo quienes tratan el agua **hirviéndola** mostró que la población estudiada, tienen 2.26 veces más riesgo de presentar una alteración de talla, sin embargo, es poco significativa. Finalmente, la variable de **quema** de residuos reciclables, OR=3.18, indica que los expuestos tienen 3.1 mayor riesgo de presentar una alteración de talla frente a los no expuestos, sin embargo, el IC indica que esto es poco significativo (Tabla No.14).

Tabla 15. Análisis comparativo de variables socioculturales y estacionutricional bivariado en menores de 6 años con el indicador IMC.

CLASIFICACION IMC						
		Adecuado para la edad	Riesgo de Sobrepeso	Sobrepeso	Obesidad	P-Valuó
Variables socioculturales		109	77	23	4	
Material de techo	Teja	* 1 (0.9) 108 (99.1)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	0.811
	Asbesto	* 79 (72.5) 30 (27.5)	61 (79.2) 16 (20.8)	15 (65.2) 8 (34.8)	2 (50.0) 2 (50.0)	0.346
	Zinc	* 29 (26.6) 80 (73.4)	16 (20.8) 61 (79.2)	8 (34.8) 15 (65.2)	2 (50.0) 2 (50.0)	0.356
Material del piso	Tierra	* 12 (11.0) 97 (89.0)	2 (2.6) 75 (97.4)		1 (25.0) 3 (75.0)	0.034
	Cemento	* 93 (85.3) 16 (14.7)	70 (90.9) 7 (9.1)	21 (91.3) 2 (8.7)	3 (75.0) 1 (25.0)	0.533
	Baldosa	* 4 (3.7) 105 (96.3)	3 (3.9) 74 (96.1)	2 (8.7) 21 (91.3)		0.702
	Ladrillo	* 1 (1.3) 109 (100.0)	1 (1.3) 76 (98.7)			0.620
	Madera	* 1 (1.3) 109 (100.0)	1 (1.3) 76 (98.7)			0.620
Material de pared	Bareque	* 7 (6.4) 102 (93.6)		2 (8.7)		0.111
		* 13 (11.9) 77 (100.0)	13 (16.9)	4 (17.4)	4 (100.0)	0.619

	Ladrillo		96 (88.1)	64 (83.1)	19 (82.6)	4 (100.0)	
		*	4 (3.7)	1 (1.3)	2 (8.7)	1 (25.0)	0.050
	Bloque		105 (96.3)	76 (98.7)	21 (91.3)	3 (75.0)	
		*	9 (8.3)	4 (5.2)	1 (4.3)	1 (25.0)	0.412
	Adobe		100 (91.7)	73 (94.8)	22 (95.7)	3 (75.0)	
		*		1 (1.3)	1 (4.3)		0.256
	Tabla		109 (100.0)	76 (98.7)	22 (95.7)	4 (100.0)	
		*	1 (0.9)				0.811
	Guadua		108 (99.1)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	
		*	1 (0.9)	1 (1.3)			0.948
	Plástico		108 (99.1)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
		*	71 (65.1)	56 (72.7)	13 (56.5)	2 (50.0)	0.399
	Muro tendinoso		38 (34.9)	21 (27.3)	10 (43.5)	2 (50.0)	
		*	3 (2.8)	1 (1.3)			0.775
	Madera		106 (97.2)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
exposición	Si	*	19 (17.4)	14 (18.2)	4 (17.4)	2 (50.0)	0.431
Humo	No		90 (82.6)	63 (81.8)	19 (82.6)	2 (50.0)	
		*	46 (42.2)	35 (45.5)	13 (56.5)	2 (50.0)	0.654
	Red de gas		63 (57.8)	42 (54.5)	10 (43.5)	2 (50.0)	
		*	35 (32.1)	20 (26.0)	6 (26.1)	1 (25.0)	0.807
	Cilindro de gas		74 (67.9)	57 (74.0)	17 (73.9)	3 (75.0)	
		*		1 (1.3)			0.620
El fuego proviene de	Gasolina		109 (100.0)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
		*	89 (81.7)	62 (80.5)	18 (78.3)	3 (75.0)	0.972
	Leña		20 (18.3)	15 (19.5)	5 (21.7)	1 (25.0)	
		*	1 (0.9)	1 (1.3)			0.948
	Energía eléctrica		108 (99.1)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
		*	15 (13.8)	8 (10.4)	2 (8.7)	1 (25.0)	0.715
	Una persona		94 (86.2)	69 (89.6)	21 (91.3)	3 (75.0)	
		*	77 (70.6)	51 (66.2)	19 (82.6)	1 (25.0)	0.109
	Dos personas		32 (29.4)	26 (33.8)	4 (17.4)	3 (75.0)	
		*	16 (14.7)	17 (22.1)	2 (8.7)	2 (50.0)	0.116
	Tres personas		93 (85.3)	60 (77.9)	21 (91.3)	2 (50.0)	
		*	1 (0.9)	1 (1.3)			0.948
	Mas de cuatro		108 (99.1)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
		*	29 (26.6)	32 (41.6)	10 (43.5)		0.054
	Acueducto		80 (73.4)	45 (58.4)	13 (56.5)	4 (100.0)	
		*	32 (29.4)	15 (19.5)	6 (26.1)	3 (75.0)	0.064
	Quebrada		77 (70.6)	62 (80.5)	17 (73.9)	1 (25.0)	
		*	6 (5.5)	1 (1.3)			0.313
Fuente de agua para el consumo	Nacimiento agua		103 (94.5)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
		*	79 (72.5)	53 (68.8)	15 (65.2)	3 (75.0)	0.884
	Red de distribución		30 (27.5)	24 (31.2)	8 (34.8)	1 (25.0)	
		*	1 (0.9)				0.811

	Acequia		108 (99.1)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	
Tratamiento agua para consumo	Sin tratamiento	*	72 (66.1)	53 (68.8)	13 (56.5)	3 (75.0)	0.720
			37 (33.9)	24 (31.2)	10 (43.5)	1 (25.0)	
		*	1 (0.9)	1 (1.3)			0.948
	Clorada		108 (99.1)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
	Filtrada	*	109 (100.0)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	1.000
Hervida	*	96 (88.1)	64 (83.1)	21 (91.3)	3 (75.0)	0.598	
		13 (11.9)	13 (16.9)	2 (8.7)	1 (25.0)		
Recipiente almacenamiento de agua	Tanque ladrillo	*	96 (88.1)	72 (93.5)	22 (95.7)	4 (100.0)	0.431
			13 (11.9)	5 (6.5)	1 (4.3)		
	Recipiente plástico	*	12 (11.0)	5 (6.5)	1 (4.3)		0.537
		97 (89.0)	72 (93.5)	22 (95.7)	4 (100.0)		
Recipiente madera	*	1 (0.9)				0.811	
			108 (99.1)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	
Manejo residuos biodegradables	Abono	*	15 (13.8)	14 (18.2)	4 (17.4)	1 (25.0)	0.812
			94 (86.2)	63 (81.8)	19 (82.6)	3 (75.0)	
		*	2 (1.8)	1 (1.3)			0.911
	Entierra		107 (98.2)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
	Alimento animal	*	90 (82.6)	60 (77.9)	19 (82.6)	3 (75.0)	0.858
			19 (17.4)	17 (22.1)	4 (17.4)	1 (25.0)	
Queman	*	2 (1.8)	2 (2.6)			0.865	
		107 (98.2)	75 (97.4)	23 (100.0)	4 (100.0)		
Manejo de residuos no reciclables	Entierra	*	104 (95.4)	75 (97.4)	22 (95.7)	3 (75.0)	0.187
			5 (4.6)	2 (2.6)	1 (4.3)	1 (25.0)	
		*	3 (2.8)			1 (25.0)	0.003
	Queman		106 (97.2)	77 (100.0)	23 (100.0)	3 (75.0)	
	Recolección domiciliaria	*		1 (1.3)	1 (4.3)		0.256
			109 (100.0)	76 (98.7)	22 (95.7)	4 (100.0)	
	Ríos	*	2 (1.8)	1 (1.3)			0.911
Manejo de residuos reciclables	Entierran	*	2 (1.8)				0.588
			107 (98.2)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	
	Queman	*	104 (95.4)	76 (98.7)	22 (95.7)	4 (100.0)	0.625
	Recolección domiciliaria	*	5 (4.6)	1 (1.3)	1 (4.3)		
			3 (2.8)	1 (1.3)	1 (4.3)		0.815
		106 (97.2)	76 (98.7)	22 (95.7)	4 (100.0)		
Eliminación de excretas	Campo abierto	*	1 (0.9)				0.811
			108 (99.1)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	
	Letrina	*	10 (9.2)	1 (1.3)			0.060
			99 (90.8)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
	*	27 (24.8)	25 (32.5)	5 (21.7)		0.354	

	Alcantarillado		82 (75.2)	52 (67.5)	18 (78.3)	4 (100.0)	
	Pozo séptico	*	71 (65.1)	51 (66.2)	18 (78.3)	4 (100.0)	0.324
			38 (34.9)	26 (33.8)	5 (21.7)		
disposición final aguas servidas	Campo abierto	*	11 (10.1)	2 (2.6)	1 (4.3)		0.200
			98 (89.9)	75 (97.4)	22 (95.7)	4 (100.0)	
	Alcantarillado	*	34 (31.2)	28 (36.4)	6 (26.1)		0.398
			75 (68.8)	49 (63.6)	17 (73.9)	4 (100.0)	
	Fuentes de agua	*	109 (100.0)	1 (1.3)			0.620
			76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)		
	Pozo séptico	*	64 (58.7)	46 (59.7)	16 (69.6)	4 (100.0)	0.313
			45 (41.3)	31 (40.3)	7 (30.4)		
Presencia de vectores	Insecto	*	58 (53.2)	38 (49.4)	13 (56.5)	2 (50.0)	0.924
			51 (46.8)	39 (50.6)	10 (43.5)	2 (50.0)	
	Roedores	*	51 (46.8)	39 (50.6)	10 (43.5)	2 (50.0)	0.924
			58 (53.2)	38 (49.4)	13 (56.5)	2 (50.0)	
Tipo de riesgo de la vivienda	Deslizamiento	*	17 (15.6)	4 (5.2)	2 (8.7)		0.127
			92 (84.4)	73 (94.8)	21 (91.3)	4 (100.0)	
		*		1 (1.3)	2 (8.7)		0.015
	Inundación		109 (100.0)	76 (98.7)	21 (91.3)	4 (100.0)	
	Avalancha	*	1 (0.9)	2 (2.6)	1 (4.3)		0.659
			108 (99.1)	75 (97.4)	22 (95.7)	4 (100.0)	
	Falla geológica	*			1 (4.3)		0.040
			109 (100.0)	77 (100.0)	22 (95.7)	4 (100.0)	
	Sin riesgo	*	91 (83.5)	72 (93.5)	19 (82.6)	4 (100.0)	0.161
			18 (16.5)	5 (6.5)	4 (17.4)		
Tenencia de espacio productivo	Si	*	99 (90.8)	70 (90.9)	21 (91.3)	2 (50.0)	0.060
	No		10 (9.2)	7 (9.1)	2 (8.7)	2 (50.0)	
Tipo de espacio productivo	Comunitario	*	3 (2.8)	10 (13.0)	4 (17.4)	1 (25.0)	0.015
			106 (97.2)	67 (87.0)	19 (82.6)	3 (75.0)	
	Familiar	*	104 (95.4)	67 (87.0)	19 (82.6)	3 (75.0)	0.072
			5 (4.6)	10 (13.0)	4 (17.4)	1 (25.0)	
	No tiene	*	2 (1.8)				0.588
			107 (98.2)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	
Destino de los productos	Autoconsumo	*	104 (95.4)	71 (92.2)	21 (91.3)	3 (75.0)	0.352
			5 (4.6)	6 (7.8)	2 (8.7)	1 (25.0)	
		*	6 (5.5)	6 (7.8)	2 (8.7)	1 (25.0)	0.471
	Venta		103 (94.5)	71 (92.2)	21 (91.3)	3 (75.0)	
		*			1 (4.3)		0.040
	Transformación		109 (100.0)	77 (100.0)	22 (95.7)	4 (100.0)	
	*	1 (0.9)	1 (1.3)			0.948	
	Trueque		108 (99.1)	76 (98.7)	23 (100.0)	4 (100.0)	
		*	2 (1.8)				0.588

	Sin espacio productivo	107 (98.2)	77 (100.0)	23 (100.0)	4 (100.0)	
Sexo	Hombre	44 (40.4)	39 (50.6)	13 (56.5)	3 (75.0)	0.220
	Mujer	65 (59.6)	38 (49.4)	10 (43.5)	1 (25.0)	
Nivel de estudio	Ninguno	34 (31.2)	36 (46.8)	6 (26.1)	1 (25.0)	0.019
	Semilleros	42 (38.5)	28 (36.4)	6 (26.1)	2 (50.0)	
	Primera infancia	25 (22.9)	9 (11.7)	9 (39.1)		
	Prescolar	3 (2.8)	1 (1.3)	2 (8.7)		
	Básica primaria completa		1 (1.3)			
	Básica primaria incompleta	2 (1.8)	1 (1.3)			
	Básica secundaria completa	2 (1.8)			1 (25.0)	
	Básica secundaria incompleta	1 (0.9)	1 (1.3)			

Nota: El símbolo “*” se usa para representar las personas que presentan la condición detallada.

Fuente: Base ficha familiar.

Al analizar el indicador de **índice de masa corporal** se hallaron diferencias significativas al comparar los menores clasificados según su IMC y las variables de condiciones de vivienda como material de piso en **tierra** ($p=0,03$; IC: 95%), material de pared de **bloque** ($p=0,05$; IC: 95%), fuente de agua para consumo del **acueducto** ($p=0,05$; IC: 95%), exposición a quema de residuos no reciclables ($p=0,003$; IC: 95%), riesgo de vivienda para inundación ($p=0,01$; IC: 95%), falla geológica ($p=0,04$; IC: 95%), tenencia espacio productivo comunitario ($p=0,01$; IC: 95%), y destinación de los producto para transformación ($p=0,04$; IC: 95%) y finalmente, bajo nivel de escolaridad ($p=0,01$; IC: 95%) (Tabla 15).

Tabla 16. OR de variables con P significativa en IMC.

Variable sociocultural			Alteración nutricional 104	Adecuado para la edad 109	OR	IC-95%	P																																																																																					
Material piso	Tierra	si	3	12	0.2401	0,0657 a 0,8770	P = 0,0309																																																																																					
		no	101	97				Material pared	Bloque	si	4	4	1,05	0.2557 to 4.3125	P = 0.9460	no	100	105	Fuente de agua para el consumo	Acueducto	si	42	29	1.05	0,2557 a 4,3125	P = 0,9460	no	62	80	Manejo de residuos no reciclables	Queman	si	1	3	0.3333	0.0341 to 3.2577	P = 0.3449	no	103	106	Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	3	0	7,5517	0.3853 to 148.0127	P = 0.1829		no	101	109		Falla geológica	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Tipo de espacio productivo	Comunitaria	si	15	3	5,9551	1.6703 to 21.2313	P = 0.0059	no	89	106	Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293
Material pared	Bloque	si	4	4	1,05	0.2557 to 4.3125	P = 0.9460																																																																																					
		no	100	105				Fuente de agua para el consumo	Acueducto	si	42	29	1.05	0,2557 a 4,3125	P = 0,9460	no	62	80	Manejo de residuos no reciclables	Queman	si	1	3	0.3333	0.0341 to 3.2577	P = 0.3449	no	103	106	Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	3	0	7,5517	0.3853 to 148.0127	P = 0.1829		no	101	109		Falla geológica	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Tipo de espacio productivo	Comunitaria	si	15	3	5,9551	1.6703 to 21.2313	P = 0.0059	no	89	106	Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241	Estudio (primaria, secundaria)		61	75						
Fuente de agua para el consumo	Acueducto	si	42	29	1.05	0,2557 a 4,3125	P = 0,9460																																																																																					
		no	62	80				Manejo de residuos no reciclables	Queman	si	1	3	0.3333	0.0341 to 3.2577	P = 0.3449	no	103	106	Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	3	0	7,5517	0.3853 to 148.0127	P = 0.1829		no	101	109		Falla geológica	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Tipo de espacio productivo	Comunitaria	si	15	3	5,9551	1.6703 to 21.2313	P = 0.0059	no	89	106	Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241	Estudio (primaria, secundaria)		61	75																	
Manejo de residuos no reciclables	Queman	si	1	3	0.3333	0.0341 to 3.2577	P = 0.3449																																																																																					
		no	103	106				Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	3	0	7,5517	0.3853 to 148.0127	P = 0.1829		no	101	109		Falla geológica	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Tipo de espacio productivo	Comunitaria	si	15	3	5,9551	1.6703 to 21.2313	P = 0.0059	no	89	106	Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241	Estudio (primaria, secundaria)		61	75																												
Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	3	0	7,5517	0.3853 to 148.0127	P = 0.1829																																																																																					
		no	101	109					Falla geológica	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Tipo de espacio productivo	Comunitaria	si	15	3	5,9551	1.6703 to 21.2313	P = 0.0059	no	89	106	Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241	Estudio (primaria, secundaria)		61	75																																								
	Falla geológica	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809																																																																																					
		no	103	109				Tipo de espacio productivo	Comunitaria	si	15	3	5,9551	1.6703 to 21.2313	P = 0.0059	no	89	106	Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241	Estudio (primaria, secundaria)		61	75																																																			
Tipo de espacio productivo	Comunitaria	si	15	3	5,9551	1.6703 to 21.2313	P = 0.0059																																																																																					
		no	89	106				Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809	no	103	109	Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241	Estudio (primaria, secundaria)		61	75																																																														
Destinos de los productos	Transformación	si	1	0	3,1739	0.1278 to 78.7983	P = 0.4809																																																																																					
		no	103	109				Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241	Estudio (primaria, secundaria)		61	75																																																																									
Nivel de estudios	Ninguno		43	34	1,5550	0.8859 to 2.7293	P = 0.1241																																																																																					
	Estudio (primaria, secundaria)		61	75																																																																																								

En los análisis de OR se halló posible relación entre la alteración nutricional en el IMC y condiciones socioculturales; quienes tienen material de pared **bloque** tiene 1.05 mayor riesgo de presentar alteraciones nutricionales frente a los que no lo tienen, siendo poco significativo. Esto también se presentó en aquellos que tienen fuente de agua de acueducto. En las variables de **riesgo de vivienda** (inundación y falla geológica) ambas con un (OR=7.55 y OR=3.17) respectivamente, sugieren que los expuestos tienen mayor posibilidad de presentar una alteración nutricional con intervalos de confianza poco significativo. En la

variable de **espacio productivo de tipo comunitario**, OR=5.95, indica que aquellos que tienen esta situación tiene 5 veces mayor riesgo de presentar una alteración nutricional (r. sobrepeso, sobrepeso u obesidad) con un IC **significativo**. En la **transformación de productos** OR=3.17, es una variable riesgo de 3.17 veces de mayor riesgo de alteraciones nutricionales con poca significancia., al igual que en **bajo nivel educativo** OR=1.55 de mayor riesgo de presentar alteración nutricional con IC poco significativo.

Tabla 17. Análisis comparativo de variables socioculturales y estado nutricional bivariado en menores de 6 años con el indicador peso para la edad.

ESTADO PESO-EDAD				
		Peso adecuado para la edad	Riesgo de peso bajo para la edad	P-Valué
Variables socioculturales		155	54	
Material de techo	Teja	* 155 (100.0)	1 (1.9) 53 (98.1)	0.228
	Asbesto	* 115 (74.2) 40 (25.8)	40 (74.1) 14 (25.9)	0.554
	Zinc	* 40 (25.8) 115 (74.2)	13 (24.1) 41 (75.9)	0.520
Material del piso	Tierra	* 11 (7.1) 144 (92.9)	4 (7.4) 50 (92.6)	0.854
	Cemento	* 134 (86.5) 21 (13.5)	49 (90.7) 5 (9.3)	0.534
	Baldosa	* 8 (5.2) 147 (94.8)	1 (1.9) 53 (98.1)	0.532
	Ladrillo	* 1 (0.6) 154 (99.4)	54 (100.0)	0.829

	Madera	*	1 (0.6) 154 (99.4)	54 (100.0)	0.829
	Bareque	*	8 (5.2) 147 (94.8)	1 (1.9) 53 (98.1)	0.532
	Ladrillo	*	22 (14.2) 133 (85.8)	8 (14.8) 46 (85.2)	0.711
	Bloque	*	5 (3.2) 150 (96.8)	2 (3.7) 52 (96.3)	0.078
	Adobe	*	8 (5.2) 147 (94.8)	6 (11.1) 48 (88.9)	0.124
	Tabla	*	2 (1.3) 153 (98.7)	54 (100.0)	0.685
Material de pared	Guadua	*	1 (0.6) 154 (99.4)	54 (100.0)	0.829
	Plástico	*	2 (1.3) 153 (98.7)	54 (100.0)	0.685
	Muro tendinoso	*	104 (67.1) 51 (32.9)	36 (66.7) 18 (33.3)	0.774
	Madera	*	3 (1.9) 152 (98.1)	1 (1.9) 53 (98.1)	0.961
Exposición Humo	Si	*	29 (18.7)	8 (14.8)	0.208
	No		126 (81.3)	46 (85.2)	
	Red de gas	*	71 (45.8) 84 (54.2)	23 (42.6) 31 (57.4)	0.902
	Cilindro de gas	*	46 (29.7) 109 (70.3)	16 (29.6) 38 (70.4)	0.433
El fuego proviene de	Gasolina	*	1 (0.6) 154 (99.4)	54 (100.0)	0.829
	Leña	*	123 (79.4) 32 (20.6)	45 (83.3) 9 (16.7)	0.502
	Energía eléctrica	*	1 (0.6) 154 (99.4)	1 (1.9) 53 (98.1)	0.717
	Una persona	*	15 (9.7) 140 (90.3)	10 (18.5) 44 (81.5)	0.170
Personas por dormitorio	Dos personas	*	107 (69.0)	39 (72.2)	0.631

	Tres personas	*	48 (31.0) 32 (20.6)	15 (27.8) 4 (7.4)	0.080
	Más de cuatro	*	123 (79.4) 1 (0.6) 154 (99.4)	50 (92.6) 1 (1.9) 53 (98.1)	0.717
Fuente de agua para el consumo	Acueducto	*	53 (34.2) 102 (65.8)	18 (33.3) 36 (66.7)	0.359
	Quebrada	*	39 (25.2) 116 (74.8)	15 (27.8) 39 (72.2)	0.516
	Nacimiento agua	*	5 (3.2) 150 (96.8)	2 (3.7) 52 (96.3)	0.920
	Red de distribución	*	109 (70.3) 46 (29.7)	37 (68.5) 17 (31.5)	0.412
	Acequia	*	1 (0.6) 154 (99.4)	1 (1.5) 54 (100.0)	0.829
	Sin tratamiento	*	103 (66.5) 52 (33.5)	36 (66.7) 18 (33.3)	0.787
	Clorada	*	1 (0.6) 154 (99.4)	1 (1.9) 53 (98.1)	0.717
Tratamiento agua para consumo	Filtrada	*	155 (100.0)	54 (100.0)	1.000
	Hervida	*	136 (87.7) 19 (12.3)	45 (83.3) 9 (16.7)	0.574
	Tanque ladrillo	*	141 (91.0) 14 (9.0)	49 (90.7) 5 (9.3)	0.818
Recipiente almacenamiento de agua	Recipiente plástico	*	13 (8.4) 142 (91.6)	5 (9.3) 49 (90.7)	0.812
	Recipiente madera	*	1 (0.6) 154 (99.4)	1 (1.9) 54 (100.0)	0.829
	Abono	*	27 (17.4) 128 (82.6)	6 (11.1) 48 (88.9)	0.488
Manejo residuos biodegradables	Entierra	*	2 (1.3) 153 (98.7)	1 (1.9) 53 (98.1)	0.928
	Alimento animal	*	122 (78.7) 33 (21.3)	47 (87.0) 7 (13.0)	0.392
		*	4 (2.6)		0.466

	Queman		151 (97.4)	54 (100.0)	
Manejo de residuos no reciclables	Entierra	*	148 (95.5)	52 (96.3)	0.885
			7 (4.5)	2 (3.7)	
	Queman	*	3 (1.9)	1 (1.9)	0.961
			152 (98.1)	53 (98.1)	
	Recolección domiciliaria	*	2 (1.3)		0.685
	Ríos	*	153 (98.7)	54 (100.0)	0.928
			2 (1.3)	53 (98.1)	0.685
Manejo de residuos reciclables	Entierran		153 (98.7)	54 (100.0)	
	Queman	*	148 (95.5)	54 (100.0)	0.258
			7 (4.5)		
	Recolección domiciliaria	*	5 (3.2)		0.384
			150 (96.8)	54 (100.0)	
Eliminación de excretas	Campo abierto	*		1 (1.9)	0.228
			155 (100.0)	53 (98.1)	
	Letrina	*	10 (6.5)	1 (1.9)	0.377
			145 (93.5)	53 (98.1)	
	Alcantarillado	*	42 (27.1)	15 (27.8)	0.473
			113 (72.9)	39 (72.2)	
Pozo séptico	*	103 (66.5)	37 (68.5)	0.362	
		52 (33.5)	17 (31.5)		
Disposición final aguas servidas	Campo abierto	*	11 (7.1)	3 (5.6)	0.802
			144 (92.9)	51 (94.4)	
	Alcantarillado	*	52 (33.5)	16 (29.6)	0.334
			103 (66.5)	38 (70.4)	
	Fuentes de agua	*	1 (0.6)		0.829
	Pozo séptico	*	154 (99.4)	54 (100.0)	0.199
		91 (58.7)	35 (64.8)		
		64 (41.3)	19 (35.2)		
Presencia de vectores	Insecto	*	78 (50.3)	31 (57.4)	0.666
			77 (49.7)	23 (42.6)	
	Roedores	*	77 (49.7)	23 (42.6)	0.666

			78 (50.3)	31 (57.4)	
	Deslizamiento	*	16 (10.3)	7 (13.0)	0.676
			139 (89.7)	47 (87.0)	
	Inundación	*		1 (1.9)	<0.001
			155 (100.0)	53 (98.1)	
		*	3 (1.9)		0.002
Tipo de riesgo de la vivienda	Avalancha		152 (98.1)	54 (100.0)	
		*	1 (0.6)		0.829
	Falla geológica		154 (99.4)	54 (100.0)	
		*	137 (88.4)	46 (85.2)	0.628
	Sin riesgo		18 (11.6)	8 (14.8)	
Tenencia de espacio productivo	Si	*	142 (91.6)	49 (90.7)	<0.001
	No		13 (8.4)	5 (9.3)	
	Comunitario	*	15 (9.7)	2 (3.7)	0.193
			140 (90.3)	52 (96.3)	
Tipo de espacio productivo	Familiar	*	139 (89.7)	51 (94.4)	0.327
		*	16 (10.3)	3 (5.6)	
		*	1 (0.6)	1 (1.9)	0.717
	No tiene		154 (99.4)	53 (98.1)	
	Autoconsumo	*	144 (92.9)	52 (96.3)	0.223
			11 (7.1)	2 (3.7)	
	Venta	*	11 (7.1)	3 (5.6)	0.341
			144 (92.9)	51 (94.4)	
	Transformación	*	1 (0.6)		0.829
Destino de los productos			154 (99.4)	54 (100.0)	
	Trueque	*	2 (1.3)		0.685
			153 (98.7)	54 (100.0)	
	Sin espacio productivo	*	1 (0.6)	1 (1.9)	0.717
			154 (99.4)	53 (98.1)	
Sexo	Hombre		71 (45.8)	25 (46.3)	0.512
	Mujer		84 (54.2)	29 (53.7)	
	Ninguno		58 (37.4)	17 (31.5)	0.113
	Semilleros		55 (35.5)	22 (40.7)	
Nivel de estudio	Primera infancia		30 (19.4)	13 (24.1)	
	Prescolar		5 (3.2)	1 (1.9)	
	Básica primaria completa		1 (0.6)		

	Básica primaria incompleta	2 (1.3)	1 (1.9)
	Básica secundaria completa	2 (1.3)	
	Básica secundaria incompleta	2 (1.3)	

Nota: El símbolo “* “se usa para representar las personas que presentan la condición detallada.

Fuente: Base ficha familiar.

En la tabla peso para la edad, se hallaron diferencias significativas al comparar los menores clasificados en peso-edad y las variables de vivienda con riesgo de **inundación** d ($p=0,001$; IC: 95%), riesgo de **avalancha**($p=0,02$; IC: 95%) y **ausencia** de espacios productivos ($p=0,01$; IC: 95%) respectivamente (**Tabla No.17**).

Tabla 18.OR de variables con P significativa en peso para la edad.

Variable sociocultural		Alteración nutricional	Adecuado para la edad	OR	IC-95%	P	
		54	155				
Tenencia de espacio productivo	si	49	142	0.8972	0.3043 to 2.6454	P = 0.8441	
	no	5	13				
Tipo de riesgo de la vivienda	Inundación	si	1	87.196	0.3499 to 217.3012	P = 0.1869	
		no	53				155
	Avalancha	si	0	1	0.9450	0.0379 to 23.5449	P = 0.9725
		no	54	154			

En los análisis de OR se halló posible relación entre alteración nutricional y algunas condiciones socioculturales, ya que quienes tenían **riesgo de inundación en la vivienda** tienen 87.1 veces más riesgo de alteración nutricional con IC poco significativo. Siendo esta la única condición sociocultural en peso para la edad quien presentó un OR representativo.

Con los resultados obtenidos, la prueba de hipótesis del estado determina que frente a valores de $p < 0.05$ descarta la hipótesis Nula y se acepta la alternativa. Para algunas variables se evidencian diferencias significativas frente a las condiciones socioculturales y la alteración nutricional en la población. Así mismo en los valores donde p fue mayor a 0.05, se descarta la hipótesis alternativa y se acepta la hipótesis Nula donde no se clarifica una diferencia importante en estas variables analizadas.

Las variables con P con diferencia importante, se calculó OR para determinar posibles asociaciones con la presencia de alteraciones nutricionales en la primera infancia. Entre los hallazgos, se destacan condiciones asociadas como son: *tenencia de espacios productivos, riesgo de vivienda, materiales de construcción de viviendas y nivel educativo* entre las más relevantes, aunque en la mayoría de estas no sea significativa en sus IC.

En síntesis, entre las variables analizadas por cada indicador antropométrico, se encontró variación en las variables socioculturales que puedan ser factores desencadenantes de problemas nutricionales en la primera infancia y que demuestran que pueden ser factores de riesgo. Estos hallazgos ponen en evidencia problemáticas importantes en la comunidad y muestran el camino a seguir para lograr abordajes integrales en materia de salud y socialen la población, que logren impactos positivos en todo el territorio Nasa.

10. PERSPECCIONES COMUNITARIAS ALREDEDOR DE SITUACIÓN NUTRICIONAL Y SU RELACION CON LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES

Este capítulo presenta los hallazgos de la sección cualitativa del proyecto de investigación. Para ello se presentan las categorías emergentes en cada una de las fases analíticas del estudio en respuesta al cuarto objetivo específico, *“Describir las percepciones comunitarias frente a la relación entre las condiciones socioculturales y la situación nutricional la primera infancia del Resguardo Indígena Nasa Huila”*.

10.1 categorías descriptivas emergentes de la codificación abierta

Tal como se describió en el método, las categorías descriptivas surgieron de los grupos de discusión y entrevista, a las cuales se le aplicó codificación abierta. En esta fase del análisis fue necesario realizar la fragmentación y codificación del texto derivado de la recolección, que fue mostrando las asociaciones temáticas, permitiendo así la reagrupación de la información en categorías descriptivas o grupos temáticos más generales.

De esta primera fase analítica surgieron 30 categorías descriptivas para describir las perspectivas comunitarias frente a la relación entre condiciones socioculturales y Situación nutricional en la primera infancia de la comunidad Nasa que se muestra a continuación:

Tabla 19. Categorías descriptivas.

Intersectorialidad en salud	Dinámicas culturales	Inseguridad alimentaria
Alimentación externa	Disposición aguas negras	Lactancia materna
Alimentos propios	Malnutrición en embarazo adolescente	Mingas
Asbesto	Escasez de territorio	Perdida practica culturales
Ausencia del tul	Fortalecer prácticas de AA	Pervivencia
Elementos de vivienda	Fortalecimiento semillas	Problema agua potable
Perdida de AA	Hacinamiento familiar	Apoyo institucional
Debilitamiento de prácticas alimentarias tradicionales	Institucionalidad intercultural	Responsabilidad paternal
Desacuerdo en medidas antropométricas	Importancia tul-espacio productivo	Retos
Desarmonías	Inclusión social indígena	Territorio

Fuente: Propia

10.2 categorías emergentes de codificación axial

Una vez se realizó el proceso de codificación axial, se analizaron todos los datos obtenidos, con el fin de retroalimentar las categorías descriptivas, surgiendo unas categorías analíticas que fueron describiendo y detallando el fenómeno de investigación.

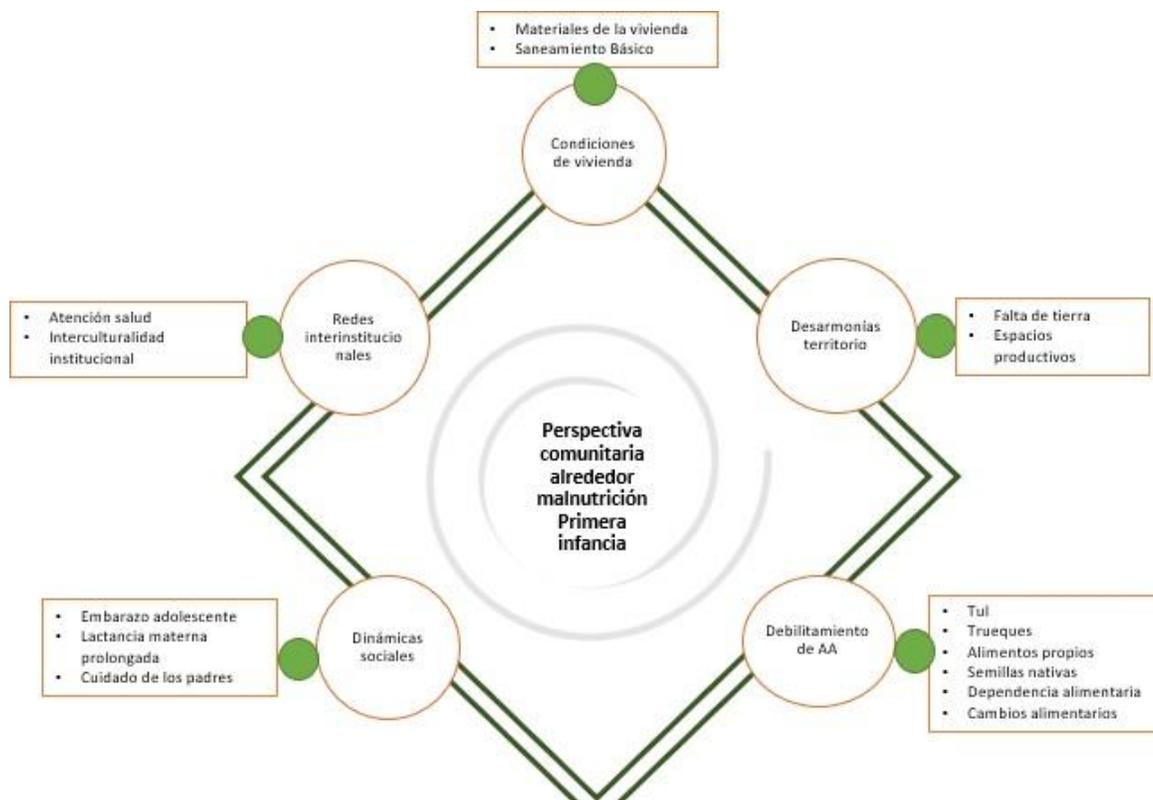
Tabla 20. Categorías emergentes de la codificación axial

Condiciones de vivienda	Dinámicas sociales
Desarmonías Territorio	Redes interinstitucionales
Debilitamiento de AA	

Fuente: Propia.

10.3 Perspectivas comunitarias frente a la relación entre las condiciones socioculturales y la situación nutricional de la primera infancia

Figura 8. Diagrama Situación nutricional y condicionessocioculturales.



Fuente: Propia.

Las perspectivas comunitarias, integra las categorías axiales de: *Condiciones de vivienda, desarmonías del territorio, debilitamiento de autonomía alimentaria, dinámicas sociales y redes interinstitucionales*, las cuales se conformaron a partir de categorías descriptivas. A continuación, se desarrollacada categoría de análisis:

10.3.1 Condiciones de vivienda

Para la comunidad Nasa, las condiciones de la vivienda representan una situación asociada a la salud de la comunidad que en algunos casos puede predisponer la aparición de enfermedades, afectando especialmente a los niños. Entre las condiciones de vivienda, el **agua para el consumo** es reconocida como uno de los causantes de la malnutrición; situación que se agrava en temporadas de lluvia, pues el agua que es obtenida trae consigo sedimentos e impurezas que alteran aún más su calidad:

“Las fuentes hídricas para el consumo son de quebradas, de ríos, y cuando llueve mucho, no hay un filtro en sí y todo y agua baja así con barro, ¿sí?” (Aux. Enfermería, G1Aux1C41)

“También el agua baja muy sucia; cada vez que baja es puro barro, todo el día mantiene esa agua muy sucia”. (Aux. Enfermería, G1Aux1C14).

“Después de que haya una ola invernal se vienen las gripas, las diarreas, las fiebres y eso hace que los niños se enfermen y no coman bien”. (Aux. Enfermería, G1Aux1C42).

Sumado a lo anterior, la disposición inadecuada de las **aguas negras** es

una condición que se presenta en algunas viviendas, lo que representa un factor en la aparición de desarmonías y alteraciones en salud y por ende problemas nutricionales. En tal sentido, el manejo de los **pozos sépticos** es una situación problemática, dado que carecen de mantenimiento, siendo un foco para la aparición de enfermedades, que requiere atención y priorización:

“El tema de saneamiento básico del territorio, no solo es el agua, sino el sanitario” (Aux. Enfermería, G1Aux1C7)

“Yo creo que ahí entrarían los pozos sépticos; los cabildos anteriores siempre han pedido que la alcaldía o la gobernación vengan y les hagan un mantenimiento a los pozos sépticos, porque que hasta donde yo me acuerdo, no se han hecho mantenimiento. Que se le haga un mantenimiento ya que está muy deteriorado y es un nido de zancudos, que tiene muchas enfermedades: ocasionan que les piquen a los niños que les dé una desnutrición una diarrea...” (Cabildante, G2Cb1C33).

“En las noches hay muchas moscas, zancudos; toca dormir con toldo porque las moscas no dan a bastos; los pozos sépticos ya están muy viejos, ya estamos 30 años acá, están viejo y ya se están rebosando.” (Líder comunitario, G2Lidc2C15).

Otra condición que la comunidad establece como un factor crucial al momento de la aparición de enfermedades de la población infantil es el **asbesto como material de los techos** en la mayoría de las viviendas del Resguardo:

“hubo un señor de la vereda que los niños se enfermaban cada rato, pero él no sabía por qué. Él decía que cada día que se levantaba miraba encima de la cobija, polvo y eso era lo que estaba afectando tanto a los niños,” (Auxiliar de enfermería, G1Aux2C11).

“Eso bota mucho polvo; en la noche uno tiende un costal y amanece con aserrín, y las casas no tienen cielo raso” (Líder comunitario, G2Lidc2C13)

“ha habido muchos casos; ese Eternit está afectando mucho, porque muchas casas no tienen cielo raso y están peladas y está generando muchos problemas respiratorios”. (Líder comunitario, G2Lidc2C13)

Por otra parte, las condiciones de vida están intrínsecamente conectados como principales generadores de esa alteración del equilibrio entre hombre-naturaleza. Esa desarmonía lleva consigo problemas de salud y alimentación donde las familias pueden verse afectas; en tal sentido, la contaminación toma un rol protagónico en el territorio:

*“anteriormente era aire libre, pero sin contaminación, no había tanta **contaminación**, hoy en día ya vemos mucha contaminación y ya llega de afuera y ahí vemos que están produciendo las infecciones respiratorias, otras enfermedades” (Auxiliar de enfermería, G1Aux4C64).*

Sumado a lo anterior, el estilo de vida llevada se ha modificado con la incursión de tiendas o sucursales de mercado que han incrementado la producción de desechos, además de cambiar progresivamente los modos de vida:

*“yo creo que el tema del **estilo de vida** que se está llevando en nuestro contexto territorial tiene mucho que ver en esas desarmonías en salud” (Mayora, Entr1Myra1C9).*

Estas condiciones de vivienda, mostradas desde la perspectiva de la comunidad, muestran principales problemas de saneamiento básico, agua, disposición de aguas negras y sumadas con viviendas que no cuentan con una construcción adecuada, siendo un factor de riesgo para enfermedades y desarmonías.

10.3.2 Desarmonía del territorio:

La relevancia de la alimentación tradicional se ve limitada por una condicionante actual que vive el territorio: la **falta de tierra** para las

familias y la producción local de alimentos. Situación que muchas familias reiteran como una de las grandes limitaciones y causantes del debilitamiento de la autonomía alimentaria y pérdida de prácticas culturales en la comunidad:

“la gastronomía ya prácticamente desde la familia no se refleja, si, primero fue que no tengan semillas, o que no tengas el producto para hacer, o no tienen tierra” (Promotor de salud, G1Pros1C34).

“hace reflexionar sobre la gastronomía propia, la comida típica, nosotros hablamos y manifestábamos las semillas nativas ya no la tenemos; lo otro es sobre la gastronomía, las comidas típicas ya no la tienen, ni los mismos líderes, ya no la tienen” (Promotor de salud, G1Pros1C32).

“Una de las necesidades que están en el territorio para poder recuperar y fortalecer la autonomía alimentaria es desde los productos y las siembras propias en cada una de las familias; es por falta de territorio, las familias jóvenes que se vienen conformando, pero no cuentan con territorio para poder sembrar”. (Mayora, Entr1Myra1C11).

Desde la tragedia ocurrida por la avalancha en Tierradentro, las primeras familias que se reubicaron en el territorio actual contaron con la posibilidad de disponer de un **terreno** para su Tul o Huerta, pero actualmente el

territorios **insuficiente** para todas las familias:

“La mayoría de los jóvenes hasta el momento no tiene (territorio), los que tienen son lo que llegaron de la avalancha del 94 o nuestros papás de resto nadie tiene. Por esa misma situación, no hay espacio” (Promotor de salud, G1Pros1C35).

El territorio se posiciona como el **espacio productivo** familiar o comunitario; como el espacio a disponer en cada familia para que a través de él se fortalezcan temas alrededor de la alimentación y producción de alimentos familiares o comunitarios:

“la tenencia de un espacio productivo es muy importante, es un protector para la desarmonía en las familias” (Mayora, Entr1Myra1C14).

“tener una buena huerta en cada familia, puede dar una buena alimentación en los niños para que ellos crezcan sanos; de ello depende que estén sanos y no se enfermen” (Cabildante, G2Cb1C28).

Pese a las consideraciones del territorio, el espacio productivo y el tul, muchas familias destinan la producción para el **monocultivo** y no para la producción alimentaria:

“otro de los inconvenientes que se han visto dentro del territorio es que hay familias que tienen su pedacito de tierra, pero se han dedicado a sembrar

solocafé” (Estudiante, G2Est1C22).

“Se está animando a las mamitas que, si tienen las huertas, la tienen a sembrar; pero toca estar encima de ellas porque si uno no le dice, no se preocupan para nada entonces” (Auxiliar de Enfermería, G1Aux2C12).

El territorio, en suma, es el eje trascendental para el camino de vida de la comunidad. En tal sentido, dado el incremento de habitantes y familias Nasa, actualmente resulta insuficiente para la replicación de prácticas alimentarias tradicionales, sumado a la tendencia creciente del monocultivo como foco principal de economía de territorio, desplazando sus modos de vida tradicionales.

10.3.3 Debilitamiento de autonomía alimentaria

La alimentación es un factor asociado directamente con la malnutrición en la comunidad, pues el **debilitamiento de la autonomía alimentaria** lleva a una **inseguridad alimentaria** del territorio y su vez a mayor dependencia alimentaria, cambios alimentarios y nutricional en la población infantil:

*“Las familias, se han centrado más en el monocultivo: café, es uno, ganadería, otro; bueno ese tema también ha influenciado la visión de ellos, de los papas es centrarse en lo económicamente, **no alimentarse saludablemente, sin ningún agroquímico**” (Promotor de salud, G1Pros1C37).*

“Ya no se está sembrando el frijol, maíz, arracacha, yuca, eso ya se está comprando; así como el monocultivo del café, que ya desde hace mucho tiempo nos invadió el territorio, yo creo que es más que eso, porque cualquier pedacito que ve el territorio limpio, no lo utiliza para hacer las siembras” (Auxiliar de enfermería, G2Aux7C16)

El fortalecimiento del **monocultivo** como el café, cacao y demás productos, se volvió una fuente de ingresos a las familias del territorio, con ello ha llegado la introducción de alimentos que son comercializados en tiendas, **alimentos denominados occidentales o externos**, que son causantes de una inadecuada nutrición en los niños:

“Ya no siembran el maíz, el frijol, sino el café. El café es una fuente de ingreso al territorio, pero también se está afectado a nivel familiar y en la calidad de vida” (Auxiliar de enfermería, G2Aux7C17)

“A mí se me ocurre que es la alimentación. Se asocia a muchos alimentos que no son de la comunidad; se consumen alimentos que no son alimentos propios, llego a pensar que es más por los alimentos que se consumen por fuera del territorio los problemas nutricionales” (Mayora, Entr1Myra1C8)

“los jóvenes que se comen un pedazo de repollo, ya no les gustan para nada; uno llega y le dice hágale colada de chachafruto, de guineo, hágale así y lo primero que hacen es comprarse una gaseosa y darle al niño, los jugos, y todo eso es malo para los niños” (Auxiliar de enfermería, G1Aux2C47).

El consumo de aquellos **alimentos externos** está asociado por la comunidad con la aparición de enfermedades en niños y adultos, en temas nutricionales o crónicas. Por lo anterior, desde la comunidad se resalta la importancia de la **alimentación tradicional** o propia como una medida para combatir los problemas de salud y nutricional:

“yo lo digo por experiencia, por mi mamá, por mi abuela, anteriormente ellas dejaban la lactancia por 4, 5, 6 años, pero después de los 6 meses, se cumplen los 7 meses la primera alimentación; una alimentación de sal es un huevo de campo cocinado tibiecito, esa es la primera compota por llamarlo así del bebé cuando empieza su cambio de desarrollo intestinal” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C30).

“yo digo que es por eso, muchos dicen que es por la estatura; que el papá eschiquito que la mamá es bajita, entonces hemos visto que los papas son bajitos y los hijos crecen de una manera impresionante. Y uno le pregunta que les dieron y dicen ellos, el zapallo, el mexicano, alimentos propios, entonces yo digo que es por la malnutrición, que muchos niños no crecen bien”. (Auxiliar de Enfermería, G2Aux7C23).

Para el fortalecimiento de la alimentación propia, un elemento que cobra vital importancia es el **Tul**; este se traduce en una alimentación saludable a base de **alimentos propios**, cultivado y obtenido de una manera orgánica, sin usode elementos químicos, crucial para evitar la entrada de alimentos externos:

“(el tul) evitaría que la familia esté comprando producto en el pueblo y la mayoría de los productos que se comercializan ya vienen contaminados y loque se produce de pronto en la huerta ya es más orgánico” (Estudiante, G2Est1C17).

“porque se ha visto que a pesar de que no tengan territorio, no tenga predios donde trabajar; se buscan estrategias de como tener el tul; podríamos de pronto desde la parte de autonomía; ahí si podemos hablar de autonomía, poder de pronto alimentar sanamente, alimentos propios, sin ningún agroquímico” (Promotor de salud, G1Pros1C49).

Los **alimentos propios** desde la cosmovisión Nasa determinan un rol importante en un adecuado estado de salud de los niños, estos son representados como parte **esencial de la cultura Nasa y alimentaria**:

“nuestros mayores nos daban comida a base de maíz, repollo, papas.... entonces los niños crecían más fuertes, por eso los mayores se ven más fuertes, además no se enferman” (Estudiante, G2Est1C25).

“si nosotros nos volvemos en nuestro espiral, en nuestro tiempo, los mayores consumían sus alimentos propios ellos no tenían sus fórmulas nutricionales”(Auxiliar de Enfermería, G1Aux1C44).

La obtención de los alimentos cultivados tradicionalmente obedece también a la importancia de las **semillas nativas** que a su vez ha presentado progresiva pérdida en el territorio, en muchas ocasiones por el monocultivo, variedad climática y procesos de presión externa de la industria, pero la preservación de esta es un objetivo comunitario:

“Huila Rionegro es uno de los territorios que se ha caracterizado por la pluralidad de semillas nativas; muchos de nuestras mayores todavía conservan las semillas de manera natural, de pronto a simple vista no, pero nuestras abuelitas o inclusive nuestras mamas guardas las semillas de cilantro colgadas al sol” (Auxiliar de Enfermería, G1Aux1C3).

“No solo nos hemos enfocado en entregar harinas como él dice, sino en la conservación y en el fomento y entrega de las semillas nativas” (Auxiliar de Enfermería, G1Aux1C2).

A raíz de ese debilitamiento, se han buscado acciones para fortalecer las **semillas nativas**, lo cual refuerza otras prácticas de autonomía alimentaria como son: trueque, mingas, tul, que ha venido sufriendo con los años un olvido progresivo en las familias y la población Nasa, desplazadas por prácticas agroindustriales:

“lo otro que se puede fortalecer es la minga, el trabajo; antes las familias hacían muchas mingas para sembrar frijol, maíz, hacer arroz, ahora se ha perdido, son muy poquitos lo mayores que practican eso, entonces sería muy bueno el fortalecimiento de la minga” (Estudiante, G1Est1C29).

“la vez pasada nos contaban que no dejaban aguantar hambre, porque antes las familias intercambiaban alimentos; quien tenía maíz, iba y cambiaba con los que tenían frijoles y así podrían cambiar esos elementos; pero ahora eso se perdió. Se hace, pero en actividades, ahora ya no se hace, eso sería bueno como volver a fortalecer” (Cabildante, G2Cb1C31).

Estas **prácticas tradicionales**, son parte de la cultura y cosmovisión indígena Nasa, la pervivencia de los conocimientos se basa en hacer y

llevar a cabo actividades comunitarias ancestrales donde voz a voz la comunidad y la juventud aprende y afianza la cultura del Nasa:

“El tul es un factor importante, porque algunas familias al momento de hacerla, les indica a los niños los tiempos de la luna, si hay esa unión familiar; donde se está practicando como el sentir nasa, como el saber de un sabedor ancestral y con el niño a medida que vaya al tul y se le diga él va aprendiendo” (Cabildante, G2Cb1C27).

Con lo expuesto, las causales del debilitamiento de la autonomía alimentaria en el territorio son: escasez de tierras, estímulos para el **monocultivo**, la adopción de dietas y comida de preparación rápida u occidental:

“yo creo que son las huertas, la autonomía alimentaria se ha perdido mucho; a veces por afán muchas de las mamitas acuden a la comida más rápida que viene siendo el arroz” (Auxiliar de enfermería, G2Aux7C15).

“otro es la parte de los jóvenes, ellos son los que uno va visitando y no tienen huerta, no tienen nada sembrado y siempre piensan en la comida fácil, todo lo que sea comprado” (Auxiliar de enfermería, G1Aux3C9).

Esta situación pone en evidencia, que en el territorio el sentir alrededor de la autonomía alimentaria ha cambiado. Si bien aún se mantienen prácticas y se resalta su importancia como elemento de reivindicación de los pueblos indígenas, es evidente el cambio de noción y uso de tierra para el monocultivo y comercio. Tal transición representa un cambio paradigmático alrededor de la alimentación, pérdida de semillas propias y tradiciones en el pueblo Nasa, que se traduce a su vez en inseguridad alimentaria de la primera infancia.

10.3.4 Dinámicas sociales:

La alimentación tiene que ver con la dinámica, tejido y organización social en el territorio, el cual se puede observar en múltiples escenarios. Uno de ellos es apreciable en la **lactancia materna**, que puede pasar de ser un factor protector a factor de riesgo por el inicio tardío de la alimentación complementaria, muchas veces cambiante, según la dinámica familiar:

“el tema de talla baja en niños mayores de 6 meses tiene que ver con la alimentación que le empieza a suministrar la mamá: la alimentación complementaria. Pasa que, en el territorio, uno las educa, pero ellas tienden a darle mucho líquido a los niños; como decía una de las compañeras, solo el agua de panela con leche, empezamos con la malnutrición, en esa etapa del niño” (Auxiliar de enfermería, G2Aux7C21).

“Las madres de 30 años en adelante continúan con lactancia materna hastamás de un año y muchas veces las mamitas creen que porque están dando lactancia materna ya es el complemento de toda la alimentación y resulta queno”. (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C25)

Se denota que los conocimientos alrededor de prácticas alimentarias, a nivelgeneracional se relacionan con la conformación de **familias jóvenes o embarazos adolescentes** que también es un **factor social** que la comunidad resalta al debilitar de su autonomía alimentaria y consigo problemas en alimentación en la primera infancia:

“la malnutrición creo que se debe a la mala alimentación que se da desde la gestante, o puede ser porque adolescentes que quedan en embarazos y la pareja no se hace responsable, tiene que vivir sola, eso está ocurriendo esascosas dentro de la comunidad” (Mayora, G1Myra2C2).

Por otro lado, se identifican problemas de **malnutrición en las gestantes**, situación que lleva consigo que los niños nazcan con mayor riesgo de desnutrición, problemas de bajo peso u otros problemas nutricionales:

“La desnutrición no se está viendo solo en los niños, sino en la gestación y madres lactantes, se ve mucho; porque las mamitas no se hacen ese tipo deritualidades, no hacen esas prácticas culturales, y cuando nos vamos a

la alimentación, la alimentación tampoco la vemos” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C5).

Esta situación y cambio de perspectiva de los jóvenes y el aumento de conformación de las familias jóvenes representa un debilitamiento de saberes y prácticas ancestrales y consigo la adopción de formas y modos de vida occidentales:

“En nuestra comunidad muchas familias que se conforman son jóvenes, que inician otro estilo de vida, dejando de lado la sabiduría ancestral, como que ya casi no se practica no le ve importancia, viven en la forma en que ellos creen están viviendo bien. Ese estilo de vida del joven hace parte de estas nuevas problemáticas” (Mayora, Entr1Myra1C10).

A esta **dinámica social**, se suma que muchas de las gestantes, adolescentes embarazadas, no logra consolidar un grupo familiar con su pareja, dejando a las mujeres como únicas responsables de la gestación y crianza de los niños, situación que agudiza la inestabilidad familiar y económica:

“En nuestro territorio hay madres solteras, es lo que miramos en nuestra base de datos, ya sea que el médico o la jefa de enfermería nos reporta; miramos que el núcleo familiar encontramos que son mamitas multíparas

con muchos niños o son mamitas solteras, viviendo 2 o 3 familias en la casa” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C6).

“muchas madres solteras, por eso los niños los dejan con los abuelos todo el día o toda la semana, hay niños que se quedan con las abuelas y las madres salen a trabajar” (Auxiliar de enfermería, G1Aux3C11).

En consecuencia, la **responsabilidad de los padres** y cuidado de estos es un factor crucial en tema de salud de la población infantil, ya que muchos quedan a cargo del cuidado de los abuelos o hermano mayores:

“Creería que si hay algunos niños que están en riesgo de desnutrición, puede haber varios factores. Dentro del hogar uno de ellos sería que el jefe del hogar muchas veces toma mucho y descuida el hogar” (Cabildante, G2Cb1C4).

“Frente a la mala alimentación, los jóvenes están dejando de trabajar y también dejan esos niños abandonados” (Auxiliar de enfermería, G1Aux3C10).

“Como la mamá se va a trabajar, entonces la niña que ya come sola, él bebe que come, ya se quiere independizar, entonces lo dejamos al cuidado de los abuelos o de los hermanos mayores, y créame que la atención no

es igual, ese es el tema” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C31).

Dado que muchos padres de familia dejan a sus hijos solos o al cuidado de alguien más, ocurren situaciones de enfermedad y complicaciones que pueden llegar en ocasiones a ser de gravedad:

“Se van a trabajar en sus parcelas y vienen por la tarde; ven que el niño está enfermo a veces ahí acuden al médico tradicional; a veces lo demoran en la consulta al médico tradicional, que es importante, sin conocimiento de los signos de alarma. A veces los papás no quieren llevar los niños a centro hospitalarios, pues primero lo propio, a veces no miran las consecuencias que pueden pasar si está enfermo 2 o 3 días y no se acercan al hospital y ahí puede pasar una desgracia” (Auxiliar de enfermería, G1Aaux6C20).

De esta manera, se resalta como punto crucial el **rol de los padres en el cuidado, desarrollo y crianza de los niños:**

“Uno puede educar a la familia, pero si no ponen en práctica eso queda en veremos; las auxiliares pueden educar dos tres o cinco veces a los padres, pero los padres no dedican al 100 por ciento a los niños” (Auxiliar de enfermería, G1Aux6C19).

10.3.5 Redes interinstitucionales

Otro elemento de análisis son las redes o programas institucionales que hacen presencia en el territorio. Entre estos, se identifican las **Unidades comunitarias de atención- UCA**, que son los centros de desarrollo infantil intercultural adscrito al Instituto Colombiano de Bienestar familia-ICBF, donde se realiza apoyo y seguimiento nutricional a la primera infancia. Respecto al programa se identifican procesos de dependencia institucional, como es el caso de dificultades en el acompañamiento alimentario por parte de los padres en el periodo de vacaciones, contrastado con **las percepciones negativas** frente a la forma de realizar mediciones antropométricas por parte del ICBF, por considerar que las escalas de peso y talla no es adaptada a las comunidades indígenas:

“los niños en toda su jornada educativa de la UCA tienen un peso y talla adecuada, sale a sus vacaciones, y vuelve a la modalidad ya no tiene el mismo peso y misma talla, entonces mire que es la responsabilidad del papito y mamita” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C27).

“identificamos que la talla que tiene el niño está bien; miramos también la talla que tiene el papá, la mamá y familia, siempre miramos la descendencia de la familia ¿Cómo quiere que mi niño este grande si yo soy chiquito? El papá es chiquito, muchas veces se ha llegado a esa discusión” (Mayora, Entr1Myra1C16).

“Es una escala que no está hecha para nosotros las comunidades indígenas”(Mayora, Entr1Myra1C5).

“Dicen que nosotros los papás somos pequeños y no van a comparar una talla como dicen ahí, una talla con alguien más grande; van a querer que los niños cumplan con estándar de la tabla de peso y talla y de pronto se manejan desde las entidades externas” (Mayora, Entr1Myra1C2).

Adicional a lo expuesto, hay una crítica a diferentes **instituciones**, como el **ICBF**, por desconocer prácticas y costumbres tradicionales indígenas para el desarrollo de actividades con la población indígena:

“me gustaría más bien que el ICBF se empape más de las dinámicas y cosmovisión de nuestro territorio y fortalecer más ese tema” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C58).

“Estamos hablando de unas recetas que están manejando la modalidad, pero tuve la oportunidad de participar en la reunión técnica de la mesa de la modalidad junto con la autoridad y realmente las recetas no es muy bien bienvenida por el ICBF, que por la fórmula nutricional, que por el peso nutricional” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C43).

En la misma dirección, la comunidad considera que, para dar un **manejo integral e intersectorial en salud** a la problemática nutricional de la población infantil indígena, insiste en su **inclusión social** como población en agendas programáticas de salud:

“Empezar a hacer una población más incluída. porque nuestros niños, nuestras UCAS y la institución educativa donde hay más adolescentes.

¿dónde se ve la política de niñez y adolescencia?... nos damos cuenta de que en la institución y en la modalidad, solo se acepta niños en sus óptimas condiciones, pero ¿el niño con síndrome de Down, el niño que es sordomudo, el niño que no puede ver no puede caminar o tiene una patología de base?, porque no hay un profesional específico que diga este niño hay que darle a entender o tratarlo así, o darle a conocer esto así, lamentablemente eso no lo hay” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C60).

“hablamos de PIC, pero PIC municipal en cierta parte llega solamente a Cristóbal colon, que es supuestamente la población no indígena y dejamos a la institución educativa KWE DSIJ a un ladito. Llegamos a las UCAS no indígenas y dejamos a las UCAS indígenas a un ladito. ¿por qué? porque la IPS CRIHU tiene su PIC, pero cuando llega la IPS CRIHU con el PIC diferencial el no mira si es indígena o no, convoca a todo el mundo; y la educación es para todo el mundo, tanto en educación como en

actividades ¿si ve? necesitamos más apoyo por medio de la dirección por medio de la alcaldía” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C62).

A consecuencia de lo anterior, los líderes de la comunidad proponen **retos** afuturo para el manejo de la situación que lleva a problemas nutricionales en la primera infancia, un manejo que permita la **pervivencia** del pueblo Nasa a partir de la integración y fortalecimiento de las prácticas tradicionales en las familias:

“El reto más grande yo creería que es el problema de gobernabilidad, que busquen una estrategia de responsabilidad en cada una de las familias, en este caso, de casi 700 familias, que cada una tenga su Tul, la huerta, el Tul nasa” (Promotor de salud, G1Pros1C48).

“¿cuál es la responsabilidad de los padres?, si no lo hay, ¿cuál es la responsabilidad con esos niños? esa es la preocupación más grande no solamente que no tenga Tul o que no lo siembre; sino más bien como mamáo papá: tengo que ser responsable con ese niño, en la alimentación y tiene que comer de la mejor manera así mismo para salir sano y fuerte” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C29).

La pervivencia, hace parte de los mandatos del pueblo Nasa, pero este se debe aplicar, desde la crianza responsable de los niños a partir de una adecuada atención y alimentación, desde un fortalecimiento de las

prácticas alimentarias y un proyecto de vida en las familias jóvenes:

“hemos visto el embarazo adolescente no planeado, no deseado; entonces yo diría que una de las estrategias, es el fomento a una proyección de vida desde una institución educativa desde la parte juvenil; no vamos a decir que no traigan niños a este mundo, porque va en contra de uno de los mandatos que es pervivir en el tiempo y seguir creciendo dentro de la plataforma de lucha, crecer más este territorio, crecer más la población. Pero es traerlo con responsabilidad con base a un proyecto de vida por eso estudio, por eso vivo lleno de conocimiento porque una semilla de vida ahora la vemos pequeña, pero más adelante son nuestros futuros gobernadores, líderes, los que siguen abriendo camino en este proceso” (Auxiliar de enfermería, G1Aux1C54).

De esta manera, las perspectivas comunitarias alrededor de la situación nutricional se relacionan con variedad de factores que pueden incidir en la malnutrición de la primera infancia, desde factores intrínsecos asociados a necesidades básicas insatisfechas como el agua potable, alcantarillado o procesos relacionados con la alimentación propia Nasa, como falta de territorio para las nuevas familias, dependencia alimentaria, cambios alimentarios, inequidades en salud, entre otros factores nombrados que predisponen a la aparición de enfermedades propias u occidentales que son un factor de riesgo en la aparición de la malnutrición en los niños.

Las prácticas tradicionales de alimentación para preservar su autonomía alimentaria es la esencia del Nasa, por tanto, la ruptura en la transmisión intergeneracional ha llevado a un rezago de tradiciones como el uso de semillas tradicionales, tul, trueque y demás prácticas que son inherentes al pueblo Nasa.

La comunidad resalta que las instituciones estatales no incluyen ni prioriza a la población, por el contrario, es excluida en agendas de salud y nutrición de la niñez. En tal sentido, se requieren intervenciones intersectoriales desde entidades claves como ICBF, IPS, centros de salud y entidades territoriales que integren la medicina tradicional, la cosmovisión indígena y modos de vida en los programas de primera infancia para garantizar su pervivencia.

CAPITULO QUINTO

11. TRIANGULACION TEORICA Y DISCUSION DE DATOS

En este capítulo se hace una integración de los resultados analizados de manera independiente, cuantitativos y cualitativos.

Este apartado se estructura a partir de los resultados plasmados en la sección cuantitativa de análisis bivariado con significancia estadística, contrastados con perspectivas comunitarias alrededor del tema de malnutrición y condiciones socioculturales, entre ellas: *condiciones de vivienda, disposición de aguas residuales y aguas negras, fuente de agua potable y su tratamiento, así también la disposición de desechos no reciclables, reciclables, riesgo de vivienda, tenencia de espacio productivo y tipo de espacio productivo y finalmente el nivel de estudio en la población.*

Para la comunidad Nasa las **condiciones de vivienda** representan un factor importante al momento de ser considerado condicionantes de alteraciones nutricionales en la primera infancia. Los materiales de construcción o exposición a alguno de ellos desencadenan desequilibrio en el estado de salud que pueden influir la aparición de problemas de salud y nutrición.

Para este aspecto, los análisis bivariados no mostraron en los 4 indicadores

nutricionales estudiados diferencia significativa ($p>0.05$) con esta variable, sin embargo, los datos mostrados en la descripción estadística, se encontró un mayor porcentaje en elementos como asbestos (73.7%) y zinc (25.8%) como elementos predominantes en el techo de las viviendas. En concordancia con lo expresado, en los grupos de discusión los participantes refieren que en su territorio la presencia de este material es de antaño, y desde el proceso de asentamiento en el nuevo territorio hace ya más de 20 años, estos elementos siguen presentes en sus viviendas, emitiendo partículas contaminantes y enfermando a la población en especial a niños:

“Ha habido muchos casos, el Eternit está afectando mucho, porque muchas casas no tienen cielo raso y están peladas y está generando muchos problemas respiratorios”. (Líder comunitario, G2Lidc2C13)

A pesar de que no se encontró asociación estadística que permita determinar la presencia de problemas nutricionales con la exposición a este elemento, no se descarta al asbesto como un causante de teratogenicidad y desencadenante de problemas de salud en la exposición prolongada a este elemento.

Al respecto, un estudio de análisis Nacional afirma que en Colombia la historia de la construcción ha estado ligada a la compañía Eternit la cual ha estado presente en gran parte de las viviendas familiares de bajos recursos lo cuales están construidas con tejas Eternit que contienen asbesto, la mayoría de los

colombianos ha vivido o vive en la actualidad bajo un techo que contienen asbesto (88) y especialmente aquellos de mediano y bajos recursos.

En un estudio realizado por José María Ramada y colaboradores (89), demuestra que la exposición de niveles diarios por encima de 0,1 f/ml (fibras/mililitro) de asbesto como uno de los determinantes en la aparición de enfermedades inflamatorias y respiratorias, por fibras derivadas de los desechos que los elementos que contienen este material se desprenden con el pasar de los años, llegando a ser un factor determinante en la aparición de cáncer de pulmón o enfermedades pulmonares.

Otro elemento de las viviendas analizadas fueron los **materiales de pared** donde el **bloque** y **tabla** (madera) mostraron asociación estadística con valores ($p=0,001$; IC: 95%; OR=0.62) y ($p=0,02$; IC: 95%; OR=2.83) respectivamente en peso para la talla. **En talla para la edad, el bahareque** ($p=0,002$; IC: 95%; OR=0.24), Adobe ($p=0,003$; IC: 95%; OR=45.5) y guadua ($p=0,002$; IC: 95%; OR=0.043) mostraron

asociación estadística. Estos datos estadísticos difieren en cuanto al porcentaje de casas que cuentan con bloque (3.8%), tabla (0.9%) y seguidamente adobe (7%) respectivamente. A pesar de estos resultados, en el territorio hay un gran número de viviendas que son construidas con materiales de fácil acceso y económicos como madera, plásticos etc.

En los grupos de discusión no se aludieron estas variables, sino que se redirigen a otras que la comunidad considera de mayor interés como el impacto ambiental y

las desarmonías como generadores de enfermedades en la primera infancia.

Al respecto, un estudio de Perú destaca que las principales determinantes sociodemográficas de inicio de alteraciones nutricionales y de salud en la población infantil están asociadas a la vivienda precaria, es decir construidas con materiales reciclados, piso en tierra, en familias con pobreza extrema (90). Por su parte, un estudio de Adrián Díaz y colaboradores (91) destaca que las comunidades indígenas de la Amazonia peruana presentaron mayores indicadores de inequidades en salud; 1% de las familias de niños indígenas contaba con conexión a la red pública de agua potable en sus hogares, versus 27,1% de los niños no indígenas. Lo mismo sucedió con condiciones de vivienda inadecuada, unas de las variables que más prevaleció (OR 2,9; IC95% 1,19-7,11) como principales causas de desnutrición en la población infantil.

El siguiente elemento entre los generadores de desarmonía en el territorio está la disposición de **aguas residuales**, que en su mayoría son manejadas por pozos sépticos (67.6%) al igual que aguas servidas con (61%); esto deja claro que a pesar de que se tenga un lugar para el manejo y su disposición, muchos pozos ya han cumplido su ciclo de utilidad, como lo manifiesta la comunidad:

“En las noches hay muchas moscas, zancudos, moscas, toca dormir con toldo porque las moscas no dan a bastos, los pozos sépticos, esos pozos ya están muy viejos, ya estamos 30 años acá y están viejo y ya se están rebosando.” (Líder comunitario, G2Lidc2C15).

En el análisis bivariado no se encontró significancia estadística significativa entre estas variables con la aparición en problemas nutricionales en la primera infancia. En contraste, estudios realizados en comunidades indígenas de Brasil, se encontró mayor prevalencia de bajo peso y retraso en el crecimiento de aquellos niños que no contaban con acceso agua potable, instalaciones de saneamiento y disposición de aguas residuales adecuadas o recolección de basuras (92).

Frente a la fuente y **manejo del agua**, se encontró que proviene en su mayoría de fuentes naturales (57.7%), y de este porcentaje la mayoría (66.2%) de las personas no practican ningún tratamiento para potabilizar el agua, seguido de 33% que la hierve. El cruce bivariado realizado, mostró asociación estadística en el indicador IMC para las personas que la fuente de **agua de acueducto** (OR=1.05- 0,2557 a 4,3125; P= 0.05), muestra concordancia con lo expresado en la comunidad y ve reflejado como un factor importante, por otro lado, en el indicador **Talla-edad**, el valor (OR=2.26, 0.8200 to 6.2590; p=0.05) para la variable en personas que no **hierven el agua** para su consumo muestra una significancia estadística importante. Con lo expuesto, en el territorio no existe un mecanismo único para el abastecimiento y tratamiento del agua, siendo una preocupación para la comunidad:

“Las fuentes hídricas para el consumo son de quebradas, de ríos, y cuando llueve mucho, no hay un filtro en sí y todo y agua baja así con barro, ¿sí?” (Aux. enfermería, G1Aux1C41).

Al respecto, Alcides Daza y colaboradores, encontraron que los sistemas deficientes de abastecimiento, potabilización y tratamiento del agua inciden en la salud y nutrición de la población infantil como desencadenantes de enfermedades gastrointestinales y bajo peso (93). Igualmente, un estudio de Venezuela encontró que el manejo inadecuado del agua para el consumo humano, ausencia de potabilización y almacenamiento en recipientes que no son higienizados adecuada y periódicamente, incide en mayores tasas de enfermedades intestinales, y alteraciones nutricionales (94).

Las condiciones expuestas, representan desequilibrios/desarmonías ambientales con impactos en salud y la nutrición de la población infantil. En tal sentido, la disposición del **desecho no reciclable** (97.7%) de la población da un manejo inadecuado de estos, bien sea enterrándolos o quemándolos, al igual que los **residuos reciclables** donde el (96.7%) hacen quema de estos residuos. En los análisis bivariados realizados en los 4 indicadores antropométricos, se encontró significancia estadística en el indicador poblacional **IMC**, con valor de (OR:0.33, 0.0341 to 3.2577; p=0.003), en la variable de **quema de residuos no reciclables**. Al no contar con un sistema de recolección de basura en el territorio, las familias deben disponer de estos desechos de una manera tradicional, quemándolos o enterrándolos, o arrojando a fuentes de agua. Esto se expone en los aportes dados por la comunidad:

“anteriormente era aire libre, pero sin contaminación, no había tanta contaminación, hoy en día ya vemos mucha contaminación y ya llega de afuera y ahí vemos que están produciendo las infecciones reparatorias, otras enfermedades” (Auxiliar de enfermería, G1Aux4C64).

En tal sentido, Barrera Dussán (94) encontró asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición aguda y la disposición inadecuada de basuras ($p=0,03$; $RP=6,083$; $IC: 95\% 4,2 -8,7$) como variable desencadenante de alteraciones nutricionales.

Otra variable importante analizada y que es representativo en la comunidad y que predisponen a la aparición de alteraciones nutricionales, es el tipo de **riesgo de la vivienda**, a pesar de que estadísticamente solo 12% de los habitantes cuentan con algún tipo de riesgo en casa como **deslizamiento, avalancha, inundación**, entre otras, se asocian con familias que tienen un mayor nivel de necesidades insatisfechas. Estadísticamente, esta relación muestra importancia en los indicadores analizados, peso para la talla, el **riesgo de falla geológica** tuvo valor ($OR=58.1, 0.2339$ to 144.5209 ; $p=0.001$), al igual que talla edad ($OR=0.0433, 0.0017$ to $1.0933, p=0.02$) sumado con **riesgo de inundación** ($OR=0.0615, 0.0054$ to 0.7050 ; $p=0.01$), seguido de **peso edad**, donde riesgo de inundación y avalancha tuvieron valor ($OR=87.1, 0.3499$ to $217.3012, p=0.001$) y ($OR=0.9450, 0.0379$ to $23.5449, p=0.002$) respectiva y finalmente el **indicador IMC** también mostro significancia con **inundación y falla geológica** ($OR=$

3,1739, 0.1278 to 78.7983, p=0.01) (OR= 7,5517, 0.3853 to 148.0127, p=0.04) respectivamente.

Lo anterior tiene concordancia con lo expresado por la comunidad sobre el aumento de familias nuevas y con ello la necesidad cambiante del territorio que hacen que muchas familias se ubiquen en zonas de riesgo:

“La mayoría de los jóvenes hasta el momento no tiene (territorio), los que tienen son lo que llegaron de la avalancha del 94 o nuestros papás de resto nadie tiene. por la misma situación por lo que no hay un espacio”
(Promotor de salud, G1Pros1C35).

Con lo expuesto, se destaca que el hecho que las poblaciones presenten mayor vulnerabilidad frente al riesgo de desastres se hace necesaria la intervención de la gestión del riesgo de desastres como un proceso social, como se identifica en el componente normativo; en tal sentido, es importante la co-construcción de planes y proyectos se realice de manera mancomunada para el beneficio de las comunidades indígenas (95). Además, se tiene en cuenta que no solo han sido vulnerables por las condiciones de su territorio, que la mayoría de las veces presenta amenazas, ya sea de deslizamiento, inundación entre otros, sino por la necesidad de lograr por parte de dichas comunidades la defensa del territorio (95).

Por otra parte, la **tenencia y tipo de espacios productivos**, es un tema que engloba el proceso alimentario y de autonomía alimentaria de la comunidad

Nasa. Estadísticamente, 90,1% de la población tiene un espacio productivo, del cual 90% es de tipo familiar y 8.5% de origen comunitario. Estadísticamente, en los indicadores nutricionales **peso para la talla** y **peso para la edad**, la tenencia o no de **espacio productivos** tiene asociación con la alteración nutricional presentada con valor de ($p=0.001$) para ambos indicadores y si este es de **origen comunitario** (OR=80.6, 2.5483 to 25.5424, $p=0.001$) **y familiar** (OR=0.18, 0.0691 to 0.5151, $p=0.003$) en **peso para la talla**.

Estudios realizados en el territorio, destacan que, pese a la promoción de la autonomía alimentaria, hoy en día se encuentra debilitada por las condiciones territoriales, la proximidad a poblaciones no indígenas y la influencia externa de los programas alimentarios institucionales (42). Esto discute con las perspectivas comunitarias donde se resalta que, a pesar de disponer de tierra para la producción de alimentos, esto son usados principalmente para el monocultivo:

Las familias, se han centrado más en el monocultivo, café, es uno, ganadería, otro, bueno ese tema también ha influenciado la visión de ellos, de los papas es centrarse en lo económicamente, no alimentarse saludablemente, sin ningún agroquímico” (Promotor de salud, G1Pros1C37).

Con lo expuesto, la implantación de monocultivos en el territorio de estudio se asocia con el debilitamiento de espacios para la producción y el autoconsumo, es decir con la inseguridad alimentaria. Este hallazgo es compatible con un estudio

que encontró que la prevalencia general de inseguridad alimentaria en hogares indígenas de Nepal del 72%, que se asocia con problemas de malnutrición ($p=0.008$) a nivel de alteración en el peso es significativa (96). En la misma vía, estudios previos de la comunidad evidencian transición de la autonomía alimentaria a la dependencia alimentaria, evidenciado en pérdida de tules (huertas familiares) (97).

Respecto al **nivel de estudios** o educación que pueda haber dentro del grupo familiar, resulta ser un factor protector frente a problemas de salud o nutricional que se puedan dar en el núcleo familiar. Los datos encontrados en los análisis bivariados, se identifica asociación entre la alteración nutricional y la variable **“ningún nivel educativo”** en los indicadores **talla para la edad** (OR= 0.6885, 0.2959 to 1.6022, $p=0.01$) e **IMC** (OR=1.55, 0.8859 to 2.7293, $p=0.01$). Lo anterior pone en evidencia que factores como la educación es un factor importante y determinante al momento de identificar y manejar alteraciones de salud y nutricionales en la primera infancia.

En la misma vía, la escolaridad o nivel educativo se da en una tensión permanente entre las prácticas ancestrales y culturales que se ve truncada por jóvenes quienes han adoptado patrones culturales externos al ser Nasa:

“En nuestra comunidad muchas familias que se conforman son jóvenes, que inician otro estilo de vida, quizás también dejando un poco la sabiduría ancestral, como que ya casi no se practica no le ve importancia, viven en

la forma en que ellos creen están viviendo bien. Ese estilo de vida del joven hace parte de estas nuevas problemáticas” (Mayora, Entr1Myra1C10).

“Uno puede educar a la familia, pero si no ponen en práctica eso queda en veremos; las auxiliares pueden educar dos tres o cinco veces a los padres, pero los padres no dedican al 100 por ciento a los niños” (Auxiliar de enfermería, G1Aux6C19).

Con lo expuesto, se destaca que la educación tiene el potencial de afectar la salud y la situación nutricional al afectar la receptividad de una persona a los mensajes de educación para la salud (alfabetismo en salud y nutrición) y al influir en los estándares sociales de atractivo (98) y el reconocimiento y la búsqueda de atributos como la delgadez y estilos de vida saludables que son valorados en las sociedades (99).

En contraste, respecto al nivel bajo de escolaridad hay que destacar que en el territorio las familias jóvenes han dejado de lado los saberes ancestrales, en temas de alimentación y prácticas alimentarias. Situación que se evidencia en estudio en indígenas de Nariño que encontró que son las familias jóvenes, cuyo desinterés es una barrera para recuperar las prácticas alimentarias de antaño. En tal sentido, el conocimiento de las abuelas ya no se cree, se desvaloriza. Las madres jóvenes de la comunidad ya no aceptan consejos, ni buscan la ayuda de

mujeres mayores. El conocimiento no se transmite entre unos y otros. Las abuelas creían que esto limitaba su capacidad de enseñar lo que saben, como ayudar a las nuevas madres a continuar con las prácticas alimentarias tradicionales (100).

Además, hay que centralizar el tema que en la comunidad se está estableciendo un proceso neoliberal de alimentación (101) que se basa en el fortalecimiento de alimentos externos o producción de alimentos a gran escala tomando relevancia semillas procesadas o cambios en el sentir comunitarios a económico.

En síntesis, la triangulación de los datos cuantitativos y cualitativos, permiten evidenciar, unas condicionantes socioculturales de la nutrición de la primera infancia de la comunidad Nasa, tales como: **condiciones de vivienda, techo y suelo**. Así mismo, las desarmonías presentadas en el territorio por **contaminación, manejo inadecuado de desechos no reciclables**, es una situación que afecta a la población en general, pero también se profundiza con el aumento de familias jóvenes, que requieren y necesitan suplir necesidades básicas, que mitiguen **riesgos en sus viviendas** y fortalezcan su estado de salud donde las prácticas tradicionales de alimentación vuelvan a tomar una importante prelación. Además de un manejo inadecuado de residuos, obtención de **agua de fuentes no potables**, entre otros son situaciones que se presentan en el territorio.

Actualmente hay dinámicas sociales en las juventudes y en las familias, que ha llevado al desplazamiento de prácticas culturales y ancestrales alrededor de la autonomía y producción alimentaria local, por el monocultivo e ingresos de recursos mediante comercio del café, ganadería o caña. Esto desplaza el conocimiento ancestral, reflejados en la desaparición de los espacios productivos familiares o que su uso de haya centrado en la explotación comercial de alimentos. En este sentido, el tiempo de familia, es dedicado al trabajo en el monocultivo dejando muchas veces el cuidado de los menores a terceras personas. La sabiduría ancestral es un tema que en los más jóvenes está quedando rezagada y se evidencia en la poca participación de prácticas culturales ancestrales.

Finalmente, la triangulación de datos muestra lo imprescindible que es para la comunidad Nasa un abordaje integral comunitario y de armonización y en salud en diálogo con sus condiciones socioculturales, para que respondan a las necesidades aquí plasmadas y evidenciadas y se recojan en el sentir comunitario.

12. CONCLUSIONES

- Las condiciones socioculturales de la población indígena están determinadas por la baja escolaridad, aseguramiento subsidiado o no asegurado al sistema de salud, materiales inadecuados de vivienda, consumo de agua no tratada, inadecuada disposición de aguas negras y residuos. Así como el uso de los espacios productivos para el monocultivo, desplazando la producción y limitando la producción de alimentos propios y adoptando alimentaciones occidentales.
- Los principales problemas nutricionales en el indicador de peso para la talla son riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad (33.8%). similar con el indicador IMC donde (48.9%) presenta problemas de riesgo de sobrepeso, sobrepeso y obesidad. Para el indicador talla para la edad, predomina el riesgo de talla baja y retraso en talla (88.2%), este factor principalmente biológico y debe ser tenido en cuenta al momento de llevar a cabo tamizajes antropométricos.
- Hay condiciones socioculturales que muestran una posible asociación con la presencia de alteración nutricionales en la primera infancia, entre los que se destacan condiciones como: *tenencia de*

espacios productivos, riesgo de vivienda, materiales de construcción de viviendas y nivel educativo entre las más relevantes, que se encontraron en los 4 indicadores antropométricos analizados.

- En las perspectivas comunitarias, los problemas nutricionales y de salud de la primera infancia, giran en torno a 5 ejes fundamentales desarrollados como son: condiciones de vivienda y desarmonías, que giran en torno a contaminación, agua residuales sin tratar, explotación de los espacios productivos para el monocultivo y comercio; debilitamiento de la AA, como eje trascendental y cultural del pueblo Nasa; cambios en dinámicas sociales y de cuidados de los padres a los niños, así como la situación de conformación de embarazos adolescentes y familias jóvenes. Finalmente, el apoyo y reconocimiento interinstitucional para la comunidad de sus saberes y prácticas ancestrales como medida de abordaje comunitaria.

13. RECOMENDACIONES

Desarrollar y aplicar estrategias comunitarias que permitan tomar aquellas condiciones socioculturales influyentes en temas de salud de la población que permita mitigar el riesgo en salud indígena desde un enfoque intercultural.

Plantear intervenciones comunitarias dirigidas a la promoción de la salud y detección temprana para el control de la malnutrición infantil (desnutrición, sobrepeso y obesidad), accionado con programas institucionales donde se promuevan la identidad y la pervivencia del pueblo Nasa.

Desarrollar programas educativos y de capacitación comunitaria donde se destaque la importancia del manejo de condiciones de vida adecuada, de limitación de riesgos en salud, modos de vida, potabilización de agua centrados en la prevención de enfermedades intestinales y enfermedades prevalentes de la infancia.

Resulta pertinente repensar los programas de intervención nutricional dirigidos a los pueblos indígenas desde abordajes interculturales y el reconocimiento de sus modos de vida.

La alimentación Nasa propia, se debe fortalecer con base en dietas y minutas tradicionales, donde desde entidades estatales como el ICBF avalen y estudien la integración y adecuación de platos tradicionales en correspondiente a los requerimientos nutricionales de la primera infancia indígena.

Definir estrategias para la integralidad de la medicina tradicional y medicina occidental para el manejo y abordaje de las enfermedades de los niños indígenas, partiendo del reconocimiento y respeto por el proceso salud y enfermedad y formas de atención.

14. LIMITACIONES Y FUTUROS ESTUDIOS

Entre las limitaciones y aspectos relevantes para futuros estudios se destacan los siguientes:

- Los procesos de convocatoria a los líderes del Resguardo, gobernador, cabildantes, líderes de la IPS-CRIHU es de entera disponibilidad en tiempo de la comunidad. Tal situación implicó la adaptación del investigador a los tiempos y dinámicas participativas de la comunidad (incluso cambios y cancelaciones de sesiones), haciendo difícil el cumplimiento de los cronogramas académicos.
- Se puede contemplar ampliar otras variables de condiciones socioculturales y de vida de la población indígena que permita ampliar el campo de estudio.
- Para futuros estudios se puede ampliar la muestra, realizar más de una toma de medidas antropométricas y tener en cuenta otras variables socioculturales con posible relación a la alteración nutricional que permitan aplicar pruebas específicas como RR para determinar causalidad.
- Este estudio identifica aquellas variables socioculturales con mayor posibilidad de interferir en el estado nutricional de la primera infancia que pueda ser de insumo a futuros estudios.

- Entre las posibles acciones futuras a fortalecer se identifican programas de vigilancia nutricional y estrategias que incluyan saberes ancestrales como requisito para el abordaje de problemáticas en salud.
- Adicionalmente se destaca que la viabilidad y logro de este tipo de proyectos depende directamente de la voluntad y relevancia dada por las Autoridades tradicionales y comunidad del Resguardo.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ONU. El impacto del COVID en los pueblos indígenas de América Latina “Entre la invisibilización y la resistencia colectiva.” Santiago; 2020.
2. International Work Group for indigenous Affairs (IWGIA). El Mundo Indígena 2020: Colombia [Internet]. 2020. 2020 [cited 2021 May 27]. Available from: https://iwgia.org/doclink/iwgia-el-mundo-indigena-2020-1/eyJ0eXAI0iJKV1QiLCJhbGciOiJIUzI1NiJ9.eyJzdWUiOiJpd2dpYS1lbc1tdW5kby1pbmRpZ2VuYS0yMDIwLTEiLCJpYXQiOiJlMjg2ODAwMDc1mV4cCI6MTYyODc2NzlwN30.TQgRy_N69sApRt2FNqhmq2OQowYYeHtEdPC7xdbNf8
3. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Colombia: Una Nación Multicultural; Población Étnica Y Censo General 2005. 2005.
4. Crisanchó S, Garcés M, Peters K. Psicología comunitaria y salud indígena en la Amazonía: La experiencia del Proyecto Chatãee. Rev Cienc Soc. 2012;25(0):112–29.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Derechos Humanos y Salud. Vol. 22. 2008.
6. Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la Agricultura. Comida, territorio y memoria “situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos.” Bogotá; 2015.
7. ONU. La agenda 2030 y los Objetivos del Desarrollo Sostenible una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2nd ed. 2018.
8. Asociación de autoridades tradicionales del consejo regional indígena del Huila, (CRIHU) H. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional de la población indígena del departamento del Huila. Neiva; 2014.
9. FAO. Comida, territorio y memoria Situación alimentaria de los pueblos indígenas colombianos. Bogotá; 2015.
10. Calderón Farfán JC, Crisanchó Marulanda S. Perspectivas comunitarias de las condiciones socioculturales de la salud infantil. Resguardo indígena Huila. Facultad Nacional de Salud Pública- Universidad de Antioquia; 2014.
11. Greco R, Università L, Ss M. Water Grabbing and Water Rights: Indigenous ‘Sovereignty’ v. State Sovereignty? Natural Resources Grabbing: An International Law Perspective. 2015; (January 2016):93–115.
12. Chicangana MJ, Orientadora H, Doris, Sayago AV. A segurança alimentar no Resguardo Indígena Guachicóno Departamento do Cauca, Colômbia. 2016;

13. Albán Achinte A. Sabor, poder y saber. Comida y tiempo en los valles afroandinos del Patía y Chota-Mira. 1st ed. Popayan; 2013. 318 p.
14. Laurence B. The evolution of international regulation: Agricultural seeds or the farmers' privilege in jeopardy. *Revue Internationale de Droit Economique*. 2008;22(3):293–313.
15. Batis C, Denova-Gutiérrez E, Estrada-Velasco BI, Rivera J. Malnutrition prevalence among children and women of reproductive age in Mexico by wealth, education level, urban/rural area and indigenous ethnicity.
16. Eroza Solana E, Carrasco Gómez M. La interculturalidad y la salud: reflexiones desde la experiencia. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*. 2019 nov 14;18(1):112–28.
17. Salud OP de la. Determinantes Sociales de la Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Quito; 2008.
18. ONU. Capítulo II Los pueblos indígenas y la cultura. 2010;
19. Mundial B. Latinoamérica indígena en el siglo XXI [Internet]. [cited 2021 May 27]. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/region/lac/brief/indigenous-latin-america-in-the-twenty-first-century-brief-report-page>
20. Ministerio de salud y protección social (MINSALUD). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional-ENSIN 2015. Bogotá D.C; 2015.
21. Cediel G, Perez E, Gaitán D, Sarmiento OL, Gonzalez L. Association of all forms of malnutrition and socioeconomic status, educational level and ethnicity in Colombian children and non-pregnant women. *Public Health Nutr*. 2020 Aug 1;23(S1): S51–8.
22. Barreto CTG, Cardoso AM, Jr C, A CE, Barreto CTG CA. Nutritional status of Guarani indigenous children in the States of Rio de Janeiro and São Paulo. *Cad Saude Publica*. 2014;3:62–5.
23. López-Ríos JM, Cristancho S, Posada-Zapata IC. Community perspectives around child malnutrition in three wayuu communities in la guajira (Colombia). *Revista Ciencias de la Salud*. 2021;19(2):1–22.
24. Instituto Nacional de Salud, Universidad Nacional de Colombia. Encuesta Nacional de la situación nutricional ENSIN 2015. Marzo 2020. 2015. 1–683 p.
25. Beatriz D, Soto L, Ana D, Nogueira C, Jacqueline D, De A, et al. Perfil Epidemiológico de los Pueblos Indígenas de Colombia. 2011.
26. Gobernación del Huila. Comité departamental de seguridad alimentaria y nutricional. 2012.
27. Fernando L, Serna C, Bernal GB, General S. Perfil de Salud de la Población Indígena, y medición de desigualdades en salud. 2016.

28. Cumbre sobre los Sistemas Alimentarios de 2021 - Desarrollo Sostenible [Internet]. [cited 2022 Oct 5]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/food-systems-summit-2021/>
29. Nations U. Food Systems Summit 2021 ES | Naciones Unidas [Internet]. United Nations; 2021 [cited 2021 Jun 5]. Available from: <https://www.un.org/es/food-systems-summit>
30. Congreso de la República de Colombia. "Por la cual se expide el Plan Nacional de Desarrollo, 2010-2014." (junio 16). Bogotá: Legislativo; Jun, 2011.
31. Montenegro Martínez G, Segura Cardona AM. Indicadores sociales y de salud a partir de la implementación de Red Unidos en Bogotá. Revista de la Universidad Industrial de Santander Salud. 2020 feb 1;52(1):9–19.
32. Parra DC, Gomez LF, Iannotti L, Haire-Joshu D, Sebert Kuhlmann AK, Brownson RC. Maternal and familial correlates of anthropometric typologies in the nutrition transition of Colombia, 2000-2010. Public Health Nutr. 2018 Oct 1;21(14):2584–94.
33. Cediel G, Perez E, Gaitán D, Sarmiento OL, Gonzalez L. Association of all forms of malnutrition and socioeconomic status, educational level and ethnicity in Colombian children and non-pregnant women. Public Health Nutr. 2020 Aug 1;23(S1):S51–8.
34. Gaviria LM, Soscue D, Campo-Polanco LF, Cardona-Arias J, Galván-Díaz AL. Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa, Cauca, Colombia, 2015. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2017 Oct 9;35(3):390–9.
35. Erazo Arteaga DC, Send mail to Erazo Arteaga D.C., García Burbano JIM. Chronic Malnutrition in Children under 5 Years Old in the Awá Indigenous Community, Barbacoas (Nariño – Colombia) in 2019. Revista Ciencias de la Salud. 2019;
36. Mónica Arias MCT, María C. Tarazona FL y CG. Estado nutricional y determinantes sociales asociados en niños Arhuacos menores de 5 años de edad. Revista de Salud Publica. 2014;
37. Silva CAP, Bahamón CLT, Pardo DMC, Andrade ID, Bahamón JF, Castañeda H, et al. BOLETÍN DEL COMPORTAMIENTO DE LOS INDICADORES DE LA DIMENSION DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL – DEPARTAMENTO DEL HUILA 2019. Sirhuila. Neiva; 2020.
38. Fernando O, Omaira C, Giraldo C. Los Hijos de la Avalancha *. 2007 Nov 5;2–28.
39. Proyecto apoyo a la prevención de desastres en la comunidad andina-PREDECAN & SG de la comunidad Andina. Cosmovisión del pueblo indígena nasa en Colombia: Planificación integral de los riesgos, planificación y desarrollo sostenible. 2009.

40. Ortiz, A., & Enrique N. Malnutrition and bioethics: reflections on a Public health problem. *Rev Latinoam Bioet.* 12:28–35.
41. Calderón Farfán JC, Torres Soto MA, Quintero Montoya V, Cruz Rodríguez L, González Cerón J, Vargas Guadarrama LA, et al. Practices of food autonomy in the nasa indigenous cosmovision in Colombia. *Agroecology and Sustainable Food Systems* [Internet]. 2021 Feb 7 [cited 2021 Apr 5];45(2):279–95. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/21683565.2020.1812789>
42. Calderón Farfán JC, Dussán Chaux JD, Arias Torres D. Food autonomy: decolonial perspectives for indigenous health and buen vivir. *Glob Health Promot* [Internet]. 2021;4–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33506721/>
43. Farfán JCC, Marulanda SC, Zapata ICP, Cainas SEP. Community Perspectives About Sociocultural Conditions Associated With Children’s Health Among the Nasa People in Colombia. *Prog Community Health Partnersh* [Internet]. 2018 Sep 1 [cited 2023 Apr 14];12(3):241–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30581166/>
44. Organización panamericana de la salud. Plan de salud para la juventud indígena de americalatina y el caribe.
45. Ministerio de salud y protección social. Universalidad en el aseguramiento alcanzó el 98,7 % [Internet]. 02-11-2021. 2021 [cited 2022 Sep 9]. p. 1–2. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Universalidad-en-el-aseguramiento-alcanzo-el-98.7-.aspx>
46. Ministerio de salud y protección social. INEQUIDADES EN SALUD DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES EN COLOMBIA. Bogotá; 2012 Mar.
47. Organización Nacional indígena de Colombia; Una realidad que amenaza la vida y pervivencia de los pueblos: Situación de derechos humanos de los niños y niñas indígenas de Colombia. Bogotá; 2010.
48. Organización Panamericana de la Salud; Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la Estrategia de atención integrada a las Enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). 2008.
49. Mata L. The Santa Maria Cauque Study: Health and Survival of Mayan Indians Under Deprivation, Guatemala. Boston ; 1995.
50. C G. Small is healthy?" For the poor not for the rich! Combating undernutrition. Basic issues and practical approaches. Nutrition Foundation of India. Calcuta; 1996. 27–44 p.
51. Berta Nelly Restrepo, LastName MTR, LastName JCB, LastName MR, Ruth Emilia Ramírez. Estado nutricional de niños y niñas indígenas de hasta seis años de edad en el resguardo Embera-Katío, Tierralta, Córdoba, Colombia. *Biomedica.* 2006;

52. Jr C, Coimbra EA, Jr C CE. Health and indigenous peoples in Brazil: reflections based on the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition. *Cad Saude Publica*. 2014;4:855–9.
53. orán Tello A, Alayo Miranda L REJ. La salud y nutrición infantil en comunidades indígenas achuara, urarina y quichua de la región Loreto, año 2006. *Investigaciones operativas en salud y nutrición de la niñez en el Perú*. 2006;61.
54. Morán Anticona D, Orellana Gavidia S MT. Estudio etnográfico focalizado sobre la alimentación, el crecimiento y el desarrollo del niño en comunidades rurales de Huancavelica. *Investigaciones operativas en salud y nutrición de la niñez en el Perú*. :227.
55. Rodríguez L. Factores Sociales y Culturales Determinantes en Salud: La Cultura como una Fuerza para Incidir en Cambios en Políticas de Salud Sexual y Reproductiva * * * *.
56. Ramos C, Rojas Córdova M, Espinoza Cano E MTello. Factores sociales y culturales que influyen en el estado nutricional de los niños menores de tres años de edad en comunidades pobres de la provincia de Satipo. 2002;2002–274.
57. Vargas LA C LE. Canales de antropología [Internet]. *Rev del Inst Investig antropológicas, UNAM*. 2008. Available from: <http://revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/18223>
58. CRIHU II. Clasificación nutricional en menores de 5 años de las comunidades indígenas. Municipios de Iquira, La Plata y La Argentina. 2013.
59. Social Determinants of Health - Global [Internet]. [cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health>
60. Health in the Americas 2017 [Internet]. [cited 2023 Mar 24]. Available from: <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/uh-determinants.html>
61. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva. http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf. 2017.
62. Kickbusch I. The political determinants of health. *BMJ*, editor. 2015. 350 p.
63. Mackenbach JP. Political determinants of health. *European Journal of Public Health*. 2014;
64. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2465 de 2016. Bogotá; Jun 14, 2016.
65. Organización Mundial de la Salud. Metas Mundiales de nutrición 2025, Documento Normativo sobre retraso de Crecimiento. 2019.
66. Ministerio de salud y protección Social. resolución 3280 de 2018 [Internet]. Bogotá;

2018 p.105–10. Available from:

<https://www.ins.gov.co/Normatividad/Resoluciones/RESOLUCION%203280%20DE%202018.pdf>

67. Claudia Duque-Páramo M. CULTURA Y SALUD: ELEMENTOS PARA EL ESTUDIO DE LA DIVERSIDAD Y LAS INEQUIDADES *. 2007;9(2):123–38.
68. Pereira Pérez Z. Mixed Method Designs in Education Research: a Particular Experience. *Revista Electrónica Educare*. 2011;XV:1409–51.
69. Baptista P, Sampieri H, Fernandez C. Sesión 6 Hernández Sampieri Metodología de la investigación 5ta Edición. 2010.
70. Moscoso JN. Les méthodes mixtes en recherche en éducation: Vers une utilisation réflexive. *Cadernos de Pesquisa*. 2017;47(164):632–49.
71. Lucía Noreña A, Alcaraz-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Applicability of the Criteria of Rigor and Ethics in Qualitative Research. *AQUICHAN*. 2012;12:263–74.
72. Universidad de Jaén. Introducción a la psicología [Internet]. [cited 2023 Jan 30]. Available from: <http://www4.ujaen.es/~eramirez/Descargas/tema7>
73. Prieto G, Delgado AR. FIABILIDAD Y VALIDEZ RELIABILITY AND VALIDITY. [cited 2023 Jan 30]; Available from: <http://www.cop.es/papeles>
74. Arboleda LM. The discussion group as methodological approach in qualitative research. *Rev Fac Nac Salud Pública. Rev Fac Nac Salud Pública*. 2008;1:66–77.
75. Huertas, E. B., Vigier FJ. El grupo de discusión como técnica de investigación en la formación de traductores: dos casos de su aplicabilidad. *Entreculturas*. 2010;91–181.
76. Luz M. Arboleda. El grupo de discusión como aproximación metodológica en investigaciones cualitativas. *REVISTA FACULTAD DE SALUD PUBLICA*. 2008;10.
77. J C. Introducción a las técnicas de investigación social. EDITORIAL. Madrid; 2009.
78. Tamayo G. Diseños muestrales en la investigación. *Semestre Económico*. 2018;4(7):121–32.
79. Páramo Morales D. La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión*. 2015;(39):1–7.
80. Morales DP, editor. La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. Universida. 1998. 8–10 p.
81. Luis G, Valdés P. La codificación Axial , innovación metodológica Axial codification ,methodological innovation. :497–510.
82. Arias Valencia Mercedes M, Mora Giraldo CV. El rigor científico en la

- investigación cualitativa. 2011. 2011;
83. De Salud M. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá Colombia; 1993.
 84. the science of improving lives. currículo de capacitación sobre ética de la investigación para los representantes comunitarios [Internet]. [cited 2018 Dec 11]. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/webpages/sp/RETCCR/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCCRSp/pr/Contents/SectionVI/b6sl69.htm>
 85. Charres H, Villalaz J, Martínez JA. Triangulación: Una herramienta adecuada para las investigaciones en las ciencias administrativas y contables. 2018 [cited 2023 Feb 19]; Available from: <http://portal.amelica.org/ameli/>
 86. Salud (OMS) C de OI de las CM (CIOMS). OM de la. Pautas éticas Internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. 2002.
 87. Colombia M de S de la R de. RESOLUCION No 008430 DE 1993. In 1993.
 88. Portilla MH, Jhethnya V, Varón M, Asesor P, Marleny L, Rodríguez M. Análisis de la normatividad en salud entorno al uso de asbesto a nivel mundial.
 89. Ramada-Rodilla JM, Calvo-Cerrada B, Serra-Pujadas C, Delclos GL, Benavides FG, Ramada-Rodilla JM, et al. Niveles de exposición y enfermedades relacionadas con el asbesto. Gac Sanit [Internet]. 2022 Mar 1 [cited 2023 Mar 9];36(2):173–83. Available from: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112022000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=en
 90. Anticona C, San Sebastian M. Anemia and malnutrition in indigenous children and adolescents of the Peruvian Amazon in a context of lead exposure: A cross-sectional study. Glob Health Action. 2014;7(1).
 91. Díaz A, Arana A, Vargas-Machuca R, Antiporta D. Situación de salud y nutrición de niños indígenas y niños no indígenas de la Amazonia peruana. Revista Panamericana de Salud Pública. 2015;38(1):49–56.
 92. Horta BL, Santos RV, Welch JR, Cardoso AM, Dos Santos JV, Assis AMO, et al. Nutritional status of indigenous children: Findings from the First National Survey of Indigenous People's Health and Nutrition in Brazil. Int J Equity Health [Internet]. 2013 Apr 3 [cited 2023 Mar 12];12(1):1–13. Available from: <https://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-9276-12-23>
 93. Daza-Daza AR, Serna-Mendoza CA, Carabalí-Angola A. El Recurso Agua en las Comunidades Indígenas Wayuu de La Guajira Colombiana. Parte 2: Estudio Cualitativo de las Condiciones de Higiene, Aseo y Disponibilidad de Agua The Water Resource in the Wayuu Indigenous Communities of La Guajira Colombiana. Part 2: Qualitative Study of the Conditions of Hygiene, Cleanliness and Water Availability. Información

Tecnológica [Internet]. 2018 [cited 2022 Jul 19];29(6):25–32. Available from:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642018000600025>

94. Iriarte R MM, Madrazo C JL. Condición del agua para beber y preparar alimentos de la población Warao de la Barra de Makareo, Municipio Tucupita, estado Delta Amacuro, Venezuela. *Revista del Instituto Nacional de Higiene Rafael Rangel* [Internet]. 2005 [cited 2022 Jul 5]; Available from:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772005000100003&lang=es
95. Angie Dayana Giraldo Colorado, Natalia Orozco Álzate. PROPUESTA DE ESTRATEGIAS PARA LA INCLUSIÓN DE LAS COMUNIDADES INDÍGENAS DE COLOMBIA EN LA GESTIÓN DEL RIESGO DE DESASTRES [Internet]. [Manizales]: Universidad Católica de Manizales ; 2019 [cited 2023 Mar 13]. Available from:
<https://repositorio.ucm.edu.co/bitstream/10839/2677/1/Angie%20Dayana%20Giraldo%20Colorado.pdf>
96. Dahal K, Yadav DK, Baral D, Yadav BK. Determinants of severe acute malnutrition among under 5 children in Satar community of Jhapa, Nepal. *PLoS One* [Internet]. 2021 Feb 1 [cited 2023 Mar 12];16(2):e0245151. Available from:
<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0245151>
97. Farfán JC, Marulanda SC, Zapata IC, Cainas NE. Community Perspectives About Sociocultural Conditions Associated With Children’s Health Among the Nasa People in Colombia. *Prog Community Health Partnersh* [Internet]. 2018 Jan 1 [cited 2023 Mar 13];12(3):279–88. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30581171/>
98. Batis C, Mazariegos M, Martorell R, Gil A, Rivera JA. Malnutrition in all its forms by wealth, education and ethnicity in Latin America: who are more affected? *Public Health Nutr* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2023 Mar 12];23(S1):s1–12. Available from:
<https://www.cambridge.org/core/journals/public-health-nutrition/article/malnutrition-in-all-its-forms-by-wealth-education-and-ethnicity-in-latin-america-who-are-more-affected/1C0AC7F5A68D3587661E1A7495E6E990>
99. McLaren L, medicine DKS science &, 2004 undefined. Women’s body dissatisfaction, social class, and social mobility. *Elsevier* [Internet]. 2004 [cited 2023 Mar 13];58:1575–84. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953603002090>
100. Amaya-Castellanos C, Gamboa-Delgado EM, Santacruz-Chasoy E, Pelcastre-Villafuerte BE. Loss of ancestral food practices and perception of its effect on children’s health among Ingaindigenous grandmothers, Nariño, Colombia. *BMC Public Health* [Internet]. 2022 Dec 1 [cited 2023 Mar 13];22(1):1–13. Available from:
<https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-022-13828-z>

101. Gerardo Otero. El régimen alimentario neoliberal y su crisis: Estado, agroempresas multinacionales y biotecnología no. Antípoda Revista de Antropología y Arqueología[Internet]. 2013 Jul [cited 2023 Apr 16];(17):4–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.7440/antipoda17.2013.04>

16. ANEXOS

ANEXO 1. APROBACIÓN COMITÉ DE ÉTICA.



**EL COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN DE LA FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
JUAN N. CORPAS**

CERTIFICA

Que el proyecto de investigación titulado "Influencia de las condiciones socioculturales en la nutrición de la primera infancia del Resguardo Indígena Huila. Iquira- Colombia, 2021-2022.", cuyo investigador principal es Juan David Dussán Chaux, y cuyo tutor es el Dr. Juan Camilo Calderón Farfán, profesor de la Maestría de Salud Pública de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, fue evaluado y aprobado por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas, en su sesión del 9 de mayo de 2022.

Considerando la pertinencia del trabajo, su calidad científica, la coherencia y el cumplimiento de las normas científicas, técnicas y éticas, nacionales e internacionales que rigen este tipo de investigaciones, el Comité de Ética de la Investigación conceptúa que el proyecto cumple con todos los requisitos de calidad exigidos y en consecuencia otorga su aprobación; el respectivo concepto se consigna en el acta de la correspondiente sesión.

Se expide esta certificación el 10 de mayo de 2022.

A handwritten signature in black ink, which appears to read 'J. Velásquez'.

JUAN CARLOS VELÁSQUEZ ROJAS
Presidente del Comité de Ética de la Investigación

ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fundación Universitaria Juan N CorpasMaestría en Salud Publica

Título del proyecto: **Influencia de las condiciones socioculturales en la nutrición de la primeria infancia del resguardo indígena Huila en el municipio de Íquira-Colombia, durante 2021.**

Lo invitamos a participar de este estudio, que busca conocer más acerca de la influencia de las condiciones socioculturales en la nutrición de la primeria infancia del resguardo indígena Huila y describir las percepciones comunitarias frente a la relación entre las condiciones socioculturales y clasificación nutricional de los menores del resguardo. Lo que aprendamos de este estudio va ayudarle a la comunidad y a las instituciones de afuera a mejorar la manera de cuidar mejor la salud de los niños y tratar de que no se enfermen.

Estamos haciendo este estudio junto con el Programa de modalidad propia de la comunidad, para que lo aprendido quede en la comunidad.

¿Cómo es el estudio?

- 1) Haremos grupos de dialogo para conocer cómo está la salud de los niños y pensar soluciones entre todos; entrevistas a algunas personas que sepan de este tema.
- 2) La información que salga de este estudio se usará solo para lo necesario en este estudio y será guardada por los investigadores en un lugar seguro. Al terminar el estudio el comité de ética puede pedir copias de la información, pero sin revelar los nombres de las personas que dieron la información, de manera que usted pueda decir tranquilamente lo que piensa sin miedo de que alguien más va a saber que usted lo dijo.
- 3) Usted puede decidir no dar información sino la quiere dar sobre algún tema en especial y se puede salir del estudio en cualquier momento.
- 4) Usted no va a recibir plata o algún elemento de los investigadores por participaren el estudio.
- 5) Lo que aprendamos al final del estudio se devolverá a la comunidad y a las organizaciones indígenas; también a las secretarias y otras instituciones de Salud, y demás personas interesadas en el tema. Se piensan escribir artículos para revistas científicas. Esto va a ayudar a que cada actor involucrado contribuya a tener niños más sanos y felices en la comunidad.

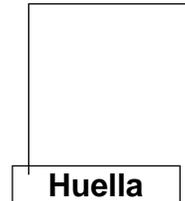
Si está confundido, no entiende algo o tiene alguna pregunta o queja por favor

se comunica con JUAN DAVID DUSÀN CHAUX al, celular 3168415722 e-mail juan.dussan@usco.edu.co o JUAN CAMILO CALDERÒN FARFÀN, al celular 3106499229 e-mail a juan.calderon@usco.edu.co.

Con la firma de este consentimiento, acepto libremente participar en este estudio sin ninguna presión y declaro que no estoy bajo los efectos de licor, drogas o medicamentos que no me permitan hacer las actividades que se me solicitan, o expresarme normalmente para responder preguntas o dialogar con los investigadores.

Se firma el día _ del mes de _____ del año

_____.



Firma del participante
(padre o acudiente en caso de menor de edad)
Nombres y apellidos *(en letra clara):*

No. de identificación: _____

ANEXO 3. FORMATO VALIDACIÓN GUIÓN ENTREVISTA

FORMATO PARA VALIDACIÓN DE GUIÓN DE ENTREVISTA DEL PROYECTO “INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES SOCIOCULTURALES EN LA NUTRICIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA DEL RESGUARDO INDÍGENA HUILA EN EL MUNICIPIO DE ÍQUIRA-COLOMBIA, DURANTE 2021”

Con el fin de dar cumplimiento a lo establecido en el objetivo de la investigación “Describir las percepciones comunitarias frente a la situación nutricional y su relación con las condiciones socioculturales de la primera infancia del Resguardo Indígena Nasa” se dispone del presente formato para medir la validez del instrumento creado en la investigación anteriormente enunciada.

Identificación del experto de la comunidad Nasa:

Nombre y apellidos	
Filiación (ocupación, grado académico y lugar de trabajo):	
e-mail	
Teléfono o celular	
Fecha de la validación (día, mes y año):	
Firma	

METODOLOGÍA: Solicitamos se revise cada ítem teniendo en cuenta su pertinencia, claridad y redacción, por favor asigne un valor de 0.0 a 5.0 a cada criterio teniendo en cuenta que 0.0 hace referencia a un valor mínimo de ese criterio en el ítem y 5.0 el valor máximo como característica relevante en el ítem.

Ítem	Pertinencia	Claridad	Redacción	Observaciones
1. ¿Cómo está la nutrición de la primera infancia en el Resguardo? ¿Considera que los resultados representan la				

realidad del Resguardo? ¿Porqué?				
2. ¿los datos sobre las condiciones socioculturales presentadas representan la realidad del Resguardo? ¿Porqué?				
3. ¿Cómo se relaciona la nutrición con las condiciones de socioculturales o modos de vida del Resguardo? ¿estos resultados mostrados representan la realidad del Resguardo? ¿Porqué?				
4. ¿Cómo mejorar la situación nutricional de la primera infancia según los datos y comprensiones del resguardo?				

ANEXO 4. GUIÓN DE ENTREVISTA

GUIA DE ENTREVISTA PARA GRUPO DE DISCUSION

Título del proyecto: Influencia de las condiciones socioculturales en la nutrición de la primera infancia del Resguardo indígena Huila en el municipio de Íquira-Colombia, durante 2021.

Objetivo: Describir las percepciones comunitarias frente a la situación nutricional y su relación con las condiciones socioculturales de la primera infancia del resguardo Indígena Nasa.

1. ¿Cómo está la nutrición de las semillas de vida en el Territorio? ¿Considera que los resultados representan la realidad del Territorio? ¿Porqué?
2. ¿Los datos obtenidos del territorio sobre las condiciones socioculturales presentadas representan la realidad del territorio? ¿Porqué?
3. ¿Cómo se relaciona la nutrición de las semillas de vida con las condiciones socioculturales? ¿Estos resultados mostrados representan la realidad del Territorio? ¿Porqué?
4. ¿Cómo mejorar la situación nutricional de las semillas de vida según los datos y comprensiones en el territorio?