1. INTRODUCCIÓN

Las dificultades de alimentación, nutrición y deglución son frecuentes en niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple asociada a discapacidad cognitiva o con autismo, las cuales influyen en su estado de salud, nutrición y en el óptimo desarrollo físico, psicológico y social de las personas con discapacidad y sus familias. Del mismo modo, la información disponible en la literatura sobre estrategias para aumentar la densidad de energía y nutrientes, aumento de la ingesta diaria, mejorar posicionamiento, información sobre recetas diversas y de sabores agradables con modificación de consistencias o alguna información referente al tema es escasa. Por ejemplo, la mayoría de información acerca de alimentación de consistencia líquida total, se refiere a las dietas suministradas de manera temporal o transitoria a pacientes con algún proceso quirúrgico o médico que requiere la disminución del consumo de alimentos sólidos, especialmente en ambientes clínicos/hospitalarios, como lo menciona Juana Rabat (2017)[1], quien aconseja no mantener dietas de consistencia líquida clara, total, semiblanda y blanda más tiempo de lo necesario, ya que «suelen ser dietas incompletas que no aseguran el aporte energético y de nutrientes».

La necesidad de elaborar un documento que permitan conocer y compartir nuevas recetas que involucran los gustos gastronómicos y las consistencias de alimentos más óptimas para cada uno de los niños, niñas y adolescentes en edades comprendidas entre los 6 y los 17 años, 11 meses o personas de diferentes edades con discapacidad múltiple asociada a discapacidad cognitiva o con autismo, se convierte en una apuesta primordial para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, a través de la recuperación y recopilación de la memoria alimentaria de los referentes familiares y cuidadores que desde sus conocimientos y experiencias aportan a otras personas. Asimismo, enseñar nuevas recetas para ampliar las opciones alimentarias, ofrecer estrategias con referencia a los momentos de la alimentación y fomentar el uso adecuado de las consistencias de los alimentos; que permitan evitar el deterioro en la salud de los participantes tanto a nivel deglutorio como nutricional, refuercen y amplíen el conocimiento de los referentes familiares y cuidadores.

Por lo anterior, se presentan en esta guía denominada «Diálogos de sabores: cocina con amor», los objetivos que lograrán los participantes de la actividad, así como un breve glosario de los términos que se encuentran en este documento y que se hace necesario aclarar antes de su lectura. También, se presenta el marco teórico que fundamenta el tema a tratar, tanto en la guía como en las herramientas, y las metodologías planteadas para la ejecución de las actividades y talleres estipulados. Todo lo anterior, buscando que otros profesionales y/o personas que puedan desarrollar la estrategia propuesta tanto para influir en personas con discapacidad, como para aplicar en todo tipo de población.

[1] Rabat, J., ¿Está actualizado el código de dietas en los hospitales?. Unidad de Nutrición Clínica y Dietética. UGC de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla. España.Nutr Clin Med 2017; XI (1): 9-25. Tomado de: http://www.aulamedica.es/nutricionclinicamedicina/pdf/5047.pdf

2. OBJETIVOS

Los referentes familiares de los niños, niñas y adolescentes lograrán:

Información

- Reconocer los saberes sobre alimentación y nutrición de las personas con discapacidad y sus familias, valorando el conocimiento y la experiencia de sus historias de vida como proceso de inclusión social.
- Informar a referentes familiares y cuidadores sobre adecuados procesos de alimentación y nutrición en niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple que requieren mejorar o mantener un estado nutricional óptimo sin presentar riesgo de microaspiración.

Educación

- Identificar los tres momentos de la alimentación que tienen lugar en el proceso de ingesta de los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, generando un ambiente saludable y amable para garantizar el consumo total de los alimentos ofrecidos.
- Comprender las consistencias de los alimentos que se pueden brindar a los niños, niñas y adolescentes con discapacidad múltiple, de acuerdo a su estado de salud, procesos deglutorios y masticatorios, estado nutricional y otras variables, que designen los profesionales encargados y favorezcan sus procesos alimentarios.
- Identificar las recetas con alto valor nutricional, económicas y de diferentes consistencias, que los referentes familiares conocen y preparan a diario a sus hijos e hijas con discapacidad múltiple.

Comunicación

- Implementar los procesos de ingesta de niños, niñas y adolescentes con alto riesgo de microaspiración, fomentando pautas seguras y el reconocimiento de las consistencias adecuadas para el proceso de alimentación.
- Practicar el uso de buenas prácticas de manufactura en la preparación de las recetas, promoviendo la seguridad alimentaria de niños, niñas y adolescentes con discapacidad.

3. GLOSARIO

Agua[2]: líquido transparente, incoloro, inodoro e insípido en estado puro, cuyas moléculas están formadas por dos átomos de hidrógeno y uno de oxígeno, y que constituye el componente más abundante de la superficie terrestre y el mayoritario de todos los organismos vivos. (Fórm. H2O).

Alimentos[3]: todo producto natural o artificial, elaborado o no, que ingerido aporta al organismo humano los nutrientes y la energía necesaria para el desarrollo de los procesos biológicos. Se entienden incluidas en la presente definición las bebidas no alcohólicas y

[2] Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. Edición del tricentenario. (2019). Recuperado de: https://dle.rae.es/agua.

[3] Resolución 2674/2013, de 22 de julio, Por la cual se reglamenta el artículo 126 del Decreto Ley 019 de 2012 y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social.

aquellas sustancias con que se sazonan algunos comestibles, y que se conocen con el nombre genérico de especias.

Alimentación[4]: es el proceso de ingerir o consumir los alimentos que se convertirán en los nutrientes que necesita el cuerpo para estar saludable. La alimentación no se reduce a un tema puramente biológico, a un asunto de nutrientes y grupos de alimentos, ya que se enmarca en la cultura, la sociedad y la historia. A través de los alimentos, desde el nacimiento, establecemos vínculos y relaciones con las personas y la cultura, fundamentales para el desarrollo[5].

Alimentación saludable[6]. es aquella que satisface las necesidades de energía y nutrientes en todas las etapas de la vida considerando su estado fisiológico y velocidad de crecimiento; promueve el suministro de nutrientes de la madre al feto, la práctica de la lactancia materna e incluye alimentos ricos en nutrientes en la alimentación complementaria y se caracteriza por ser una alimentación completa, equilibrada, suficiente, adecuada, diversificada e inocua que previene la aparición de enfermedades asociadas con una ingesta deficiente o excesiva de energía y nutrientes.

Autismo[7]: trastorno generalizado que se refleja en alguna de las siguientes características: en las relaciones sociales: alteración en las manifestaciones no verbales: expresión facial, mirada, incapacidad para desarrollar relaciones con iguales, ausencia de conductas espontaneas: señalar, mostrar interés en algo, etc. -En la comunicación: retraso o ausencia del desarrollo del lenguaje oral, personas con un lenguaje adecuado tienen problemas para iniciar o mantener una conversación, empleo estereotipado o repetitivo del lenguaje. -En patrones de conducta inadecuados: preocupación excesiva por un foco de interés, adhesión inflexible a rutinas específicas no funcionales, estereotipias motoras repetitivas: sacudidas de manos, retorcer los dedos, etc.

Azúcares simples[8]: son todos aquellos que se añaden a los alimentos (sacarosa o azúcar de mesa), así como los azúcares presentes de forma natural en algunos alimentos como las frutas (fructosa) o la leche (lactosa).

Barreras[9]: factores del entorno de una persona que, en su ausencia o presencia, limitan la funcionalidad y originan discapacidad. Las barreras pueden deberse a actitudes, lenguaje,

---

[4] Glosario de términos. Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura. Recuperado de: www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf.

[5] COMISIÓN INTERSECTORIAL PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE PRIMERA INFANCIA. Lineamiento Técnico de alimentación y Nutrición para la Primera Infancia. Recuperado el 28 de febrero de 2014 de: http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/ Documents/4.De-Alimentacion-y-nutricion-para-la-Primera-Infancia.pdf

[6] Resolución 3803/2016. De 22 de agosto. Por la cual se establecen las Recomendaciones de Ingesta de Energía y Nutrientes (RIEN) para la población colombiana y se dictan otras disposiciones. Ministerio de Salud y Protección Social.

[7] Glosario orientado al trabajo de personas con discapacidad. La Biblioteca de la Discapacidad Folleto No. 2. Fundación Derecho a la Desventaja. Bogotá, septiembre 2014. Recuperado de: https://www.javeriana.edu.co/documents/245769/2338340/Glosario-word-conCARATULA-Octubre+16-2014-DEF.pdf/061b158b-e465-4f2a-9677-114858652790

[8] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (2015). Manual para facilitadores Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Primera edición. Noviembre 2015.

[9] Op. Cit. Glosario orientado al trabajo de personas con discapacidad.

cultura, organización de servicios de apoyo, relaciones de poder y estructuras en la sociedad.

Capacidad[10]: aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo. Aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación. Aptitud legal para ser sujeto de derechos y obligaciones.

Capacitación[11]: proceso por el cual se obtienen conocimientos y experiencias útiles, para adquirir, adaptar o modificar comportamientos que beneficien la salud. La enseñanza es el arte de producir cambios favorables en el comportamiento del que aprende. La enseñanza ayuda al agente receptor a adquirir conocimientos (saber), a desarrollar su personalidad (saber ser), a comprender, analizar, reflexionar y adquirir competencias o habilidades prácticas (saber hacer). Afectar el comportamiento es lo que prioritariamente se propone el proceso educativo.

Comunicación[12]: es un proceso a través del cual se intercambia información, ideas, creencias, actitudes entre las personas. Establece vínculos de confianza entre los interlocutores y abre el camino a la participación. Por consiguiente, las herramientas pedagógicas de comunicación que aquí surjan son fruto de este proceso de comunicación participativo. Es en este componente donde se fortalecen las habilidades para generar transformaciones que conducen a la adopción de estilos de vida y prácticas saludables.

Deglución[13]: acción motora automática, en la que actúan músculos de la respiración y del aparato gastrointestinal. Acto de tragar.

Discapacidad[14]: concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.

Estado nutricional: es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto causado por los requerimientos nutricionales según la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física.

Fibra[15]: se conocen dos tipos de fibra: soluble o funcional e insoluble o fibra dietaría. La fibra soluble retiene el agua y se vuelve gel durante la digestión. Retarda la digestión y la absorción de nutrientes desde el estómago y el intestino. Son fuente, alimentos como algunas frutas y hortalizas, las nueces, las semillas, el salvado de avena, la cebada, los fríjoles y lentejas. Por otro lado, la fibra insoluble coadyuva en acelerar el paso de los

[10] Ibid.
[11] Secretaria Distrital de Integración Social. Procedimiento para capacitación en estilos de vida saludable.
[12] MSPS-FAO. Marco contextual, normativo, estratégico, conceptual y operativo. 2016.
[13] Martín M., Pardal J. (2016). Glosario de términos. Complejo Asistencial de Zamora. Sección de Endocrinología. 2 Servicio de Otorrinolaringología. Rev. ORL, 2016, 7, Supl. 2, pp. 85-87.
[14] Organización de Naciones Unidas- ONU. (2006) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
[15] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (2015). Manual para facilitadores Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Primera edición. Noviembre 2015.

alimentos a través del estómago y los intestinos agregando volumen a las heces. Los alimentos fuente son las hortalizas, frutas, el salvado de trigo y los granos enteros.

Grupo de alimentos[16]: conjunto de alimentos con características nutricionales similares. Bajo este criterio, el "Plato saludable de la familia colombiana" agrupa los alimentos, así: 1. Cereales, tubérculos, raíces, plátanos y derivados. 2. Frutas y Verduras. 3. Leche y productos lácteos. 4. Carnes, huevos, leguminosas secas, frutos secos y semillas. 5. Grasas. 6. Azúcares.

Inclusión[17]: la inclusión puede verse como un proceso de afrontar y responder a la diversidad de necesidades de todos los niños, jóvenes y adultos a través de la participación creciente en el aprendizaje, culturas y comunidades, y la reducción de la exclusión, en y de la educación. Involucra cambios y modificaciones en el contenido, enfoques, estructuras y estrategias, con una visión común que cobija a todos los niños del rango de edad apropiado y una convicción de que es responsabilidad del sistema regular y educar a todos los niños.

Medida casera[18]: forma de medir los alimentos, que puede ser expresado en unidades o utensilios de uso común en el hogar.

Nutriente[19]: conforme con el artículo 3° de la Resolución 333 de 2011, se entiende como cualquier sustancia química consumida normalmente como componente de un alimento que aporta energía, o es necesaria para el crecimiento, el desarrollo y/o el mantenimiento de la salud, o cuya carencia hará que se produzcan cambios químicos o fisiológicos característicos.

Nutrición[20]: es el proceso involuntario por el cual el organismo humano toma de los alimentos los nutrientes que necesita para su buen funcionamiento en las distintas etapas del ciclo vital, con el fin de promover el crecimiento y el desarrollo, y mantener la salud.

Persona con discapacidad[21]: la expresión «personas con discapacidad», incluye a las personas con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones.

---

[16] Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para Mujeres Gestantes, Madres en Periodo de Lactancia, Niños y Niñas Menores de 2 años para Colombia. Manual del Facilitador. (Julio de 2018). Recuperado de: https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/gabasmenor2anos_manualfacilitador_2018.pdf
[17] Secretaría de trabajo y Previsión social. Gobierno Federal. (2012) México. Uso de lenguaje incluyente de: Secretaría trabajo y Previsión social. Guía para la inclusión laboral de personas adultas mayores, personas con discapacidad y personas con VIH 2012.
[18] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (2015). Manual para facilitadores Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Primera edición. Noviembre 2015.
[19] Op. Cit. Resolución 3803/2016.
[20] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (2015). Manual para facilitadores Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Primera edición. Noviembre 2015.
[21] Organización de Naciones Unidas- ONU. (2006) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Porción[22]: cantidad o tamaño de los alimentos que deben ser consumidos en los diferentes tiempos de comida, con la finalidad de promover una alimentación saludable. Se expresa en medidas caseras con su equivalencia en gramos o centímetros cúbicos.

Tiempo de comida[23]: cada uno de los momentos principales dedicados por las personas a consumir alimentos. En el país, estos momentos reciben nombres diferentes según la región, aunque en general se reconocen principalmente: desayuno, refrigerio de la mañana, almuerzo, refrigerio de la tarde y cena.

Vulnerabilidad[24]: se aplica para identificar a aquellos núcleos de población y personas que por diferentes razones enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida.

4. DESCRIPCIÓN

a. Marco teórico o conceptual

A partir de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad firmada en el año 2007, se reconoció la discapacidad como un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, manifestando la preocupación frente a que las personas con discapacidad sigan encontrando barreras para participar en igualdad de condiciones con las demás en la vida social y que se siguen vulnerando sus derechos humanos en todas las partes del mundo, pese a los diversos instrumentos y actividades formulados y declarados para garantizar sus derechos.

Además, allí se expresa que los niños y las niñas con discapacidad deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas, y recordando las obligaciones que a este respecto asumieron los estados partes en la Convención sobre los Derechos del Niño. Por lo que, una de las obligaciones fundamentales de las personas que conviven, cuidan y aportan a la calidad de vida de niños, niñas y adolescentes con discapacidad, debe ser la generación de estrategias que conduzcan a la garantía de todos los derechos humanos que les corresponden, reconociendo que el beneficio se dirige hacia la población en general.

De acuerdo al Abecé de la Discapacidad del Ministerio de la Salud de Colombia, la definición de la discapacidad es compleja, controversial y cambiante según el enfoque y el momento histórico en que se enmarca. El enfoque «biopsicosocial» (CIF, 2001), define la discapacidad, desde el punto de vista relacional, como el resultado de interacciones

[22] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (2015). Manual para facilitadores Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Primera edición. Noviembre 2015.
[23] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF (2015). Manual para facilitadores Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años. Primera edición. Noviembre 2015.
[24] Comisión de política gubernamental en materia de Derechos Humanos. (S.f). Glosario de términos sobre discapacidad. México. (p: 4, 5).

complejas entre las limitaciones funcionales (físicas, intelectuales o mentales) de la persona y del ambiente social y físico que representan las circunstancias en las que vive esa persona; incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, denotando los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y la de los factores contextuales individuales (factores ambientales y personales)[25].

La Organización Mundial de la Salud (2001), considera la Discapacidad «como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales»[26].

En Colombia una de las definiciones de Discapacidad se encuentra contemplada en el documento de CONPES 166 de 2013, el cual cita: «El concepto de discapacidad ha evolucionado a través del tiempo, trascendiendo en diferentes modelos que han caracterizado y determinado visiones y marcos de actuación frente a la población con discapacidad. Es así como se identifica un primer modelo médico biológico, determinado por la consideración de la Persona con Discapacidad, como una persona con un problema individual centrado en una alteración corporal que requiere cuidados médicos y que la lleva a asumir un papel de paciente».

Desde la Política Pública de Discapacidad en la ciudad de Bogotá D.C. (2007), (PPDD en adelante), esta se asume como un elemento complejo y multicausal cuya comprensión requiere la adopción de diversas posturas científicas, puesto que es un concepto dinámico que resulta de la interacción entre la persona y el ambiente en que vive. Para definir la discapacidad, se debe tener en cuenta:

a. No responde a un único concepto.
b. En el momento actual no existe un consenso universal en su significado.
c. Como lo explica su definición no es un simple ejercicio semántico, sino que adquiere importantes implicaciones en investigación social económica y política.

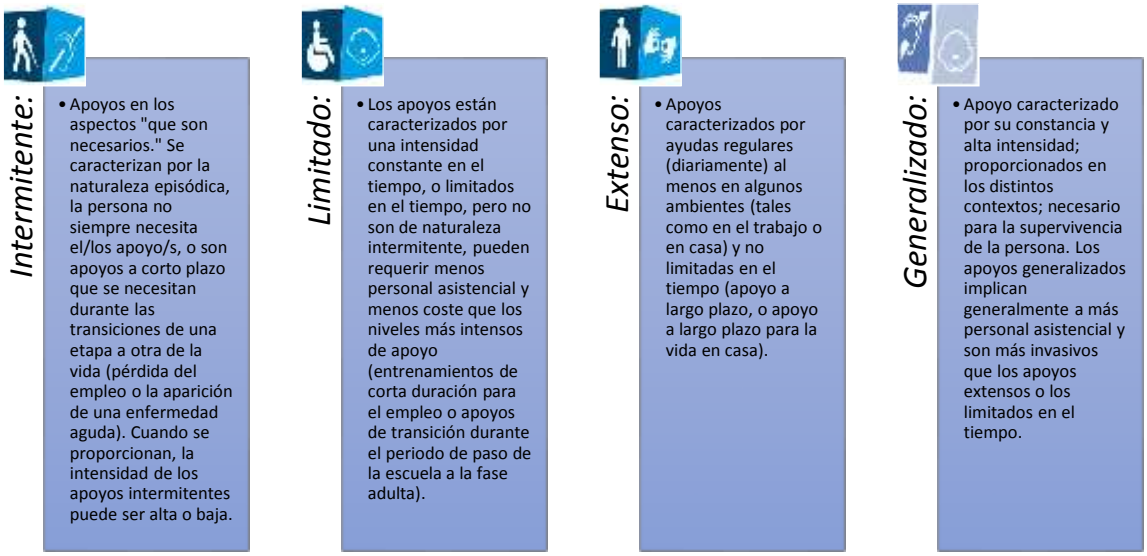
De acuerdo a los conceptos mencionados anteriormente, se exponen los siguientes tipos de Discapacidad:

➢ Sistemas de Apoyo

Según la Asociación Americana para el Retraso Mental (AAMR, 2002) citada por el Modelo de Atención para la Inclusión de Personas con Discapacidad-MAPIPCD (2018) de la

[25] CIF, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, desarrollada por la Organización Mundial de la Salud OMS, Ginebra, Suiza 2001.
[26] Discapacidades. Organización Mundial de la Salud. (2019). Recuperado de: https://www.who.int/topics/disabilities/es/

Secretaria Distrital de Integración Social se definen los sistemas de apoyo de la siguiente manera:



- Estado nutricional en niños con discapacidad

El estado nutricional es, en primer lugar, el resultado del balance entre las necesidades y el gasto de energía alimentaria y otros nutrientes esenciales, y en segundo lugar, el resultado de una gran cantidad de determinantes en un espacio dado representado por factores físicos, genéticos, biológicos, culturales, psico-socio-económicos y ambientales. Estos factores pueden dar lugar a una ingesta insuficiente o excesiva de nutrientes o impedir la utilización óptima de los mismos.

Son tres las causas básicas de los problemas nutricionales (desnutrición proteico - energética, carencias de micronutrientes y enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación).

- ✓ Alimentos: disponibilidad, acceso y consumo de alimentos inocuos y de buena calidad.
- ✓ Salud (utilización biológica): estado personal de salud, estilo de vida y utilización de los servicios de salud.
- ✓ Cuidados: capacidad de la familia y de la comunidad para cuidar de las personas vulnerables o dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades de estas personas.

Las personas con discapacidad deben tener una atención e intervención adecuada e integral, consistente con la última información disponible. La valoración del estado nutricional, como base de un adecuado plan de intervención dentro del manejo integral de la discapacidad, es indispensable en el logro de una mejor calidad de vida. Se debe mantener o restaurar el adecuado crecimiento de los participantes teniendo en cuenta sus

particularidades, es decir, dependiendo del tipo de alteración que se tenga es necesario adaptar el manejo alimentario y nutricional a realizar (ICBF, 2016).
La condición de las personas con discapacidad en nuestro país requiere evaluar la trascendencia que ésta genera en el desarrollo humano de los involucrados. Una persona y en especial un niño, niña o adolescentes - NNA, percibe en el entorno familiar atenciones y cuidados especiales que le facilitan el desarrollo de sus capacidades para la inclusión social o por el contrario un ambiente de rechazo. El supuesto de ser «inútil» suprime la posibilidad de interacción con los demás, los prejuicios externos dificultan en los NNA la aceptación personal y social, dando cabida a la autoexclusión (Pelechano, 2003). Puesto que, las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades básicas de amor, seguridad, recreación, estímulo y oportunidad de aprender del mundo que los rodea; teniendo en cuenta sus limitantes específicas. Por consiguiente, la conducta de la familia y de la comunidad durante el desarrollo de la personalidad y la imagen propia de la persona con discapacidad, determina en gran medida su desarrollo y la aceptación de su condición.

- Desnutrición[27]

La desnutrición como enfermedad de origen social es la expresión última de la situación de inseguridad alimentaria y nutricional de una población y afecta principalmente a los niños y a las niñas. Se caracteriza por el deterioro de la composición corporal y la alteración sistémica de las funciones orgánicas y psicosociales. Dichas alteraciones dependen de la edad de iniciación del déficit y de la calidad de la dieta consumida, que puede ser insuficiente en energía y nutrientes, o aportar mayor cantidad de energía pero ser deficiente en proteína y demás nutrientes.

Los casos de desnutrición aguda se presentan con mayor frecuencia en poblaciones afectadas por la pobreza, con bajo acceso a servicios básicos de salud, agua y saneamiento básico. Situaciones que aumentan el riesgo de muerte por desnutrición, especialmente en los niños y niñas más pequeños. El tipo y la severidad de la desnutrición en niños y niñas menores de 5 años se clasifican a través de indicadores antropométricos y signos clínicos descritos en la Resolución 2465 de 2016.

Es importante considerar que la desnutrición aguda, el retraso en talla y las deficiencias de micronutrientes pueden coexistir en un mismo niño o niña, como suele observarse en personas con algún tipo de discapacidad.

Asimismo, puede ser de origen primario o secundario. La desnutrición primaria es el resultado de una alimentación insuficiente causada principalmente por un consumo inadecuado de la energía de los alimentos sea o no, que se encuentre presente alguna deficiencia específica de nutrientes. La desnutrición primaria, llamada también desnutrición

[27] Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños y niñas de 0 a 59 meses de edad. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. Segunda edición, publicación virtual. Marzo de 2017. https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/lineamiento-desnutricion-aguda-minsalud-unicef-final.pdf

proteico-energética -DPE, aumenta la vulnerabilidad para las enfermedades infecciosas puesto que la energía, las proteínas y ciertas vitaminas y oligoelementos desempeñan un papel crucial en la función inmunológica. En contextos ambientales en los que las enfermedades infecciosas (especialmente la enfermedad diarreica y las infecciones del tracto respiratorio) son frecuentes, la combinación de DPE e infección puede provocar un rápido deterioro de la salud que puede incluso llevar a la muerte.

La desnutrición secundaria se debe a causas que limitan un aporte adecuado de nutrientes para el organismo. Estos incluyen trastornos que afectan la función gastrointestinal, trastornos por consumo y trastornos que aumentan las demandas metabólicas como infecciones, hipertiroidismo, otros trastornos endocrinos, quemaduras, traumatismos, cirugía y otras enfermedades graves. Las causas de la desnutrición primaria y secundaria son multidimensionales y sinérgicas, el factor secundario son la disponibilidad y la utilización inadecuada de los alimentos, o dificultades en el consumo de ellos, como sucede en casos de discapacidad.

- Parálisis cerebral y sus implicaciones desde la alimentación y nutrición

Los niños con parálisis cerebral, tienen un alto riesgo de presentar problemas nutricionales, la lesión neurológica puede alterar en mayor o menor grado la función neuromuscular lo cual ocasiona incoordinación en los procesos de succión, masticación, deglución y digestión, y a su vez lleva a una ingesta insuficiente y malnutrición en un porcentaje variable de estos individuos, lo que puede llevar a un deterioro significativo en la capacidad de alimentación y con el tiempo, a la desnutrición. Además de lo anterior se pueden generar problemas de aspiración de alimentos en los pulmones que pone en riesgo la vida del niño, lo expone a hospitalizaciones frecuentes y genera un aumento considerable del tiempo de alimentación, esto hace del momento de alimentación una experiencia angustiante tanto para el niño como para el cuidador.

Las dificultades para tener una ingesta nutricional suficiente para sostener una tasa normal de crecimiento se debe a problemas en la comunicación que impiden o distorsionan la solicitud de alimento, dificultad para expresar hambre o preferencias de alimentos, incapacidad para buscarlo, falta de habilidades de auto alimentación y grados severos de disfunción oromotora. Las complicaciones adicionales incluyen aspiración de alimento, disfagia y reflujo gastroesofágico.

Diferentes trabajos concluyen que las dificultades para la alimentación representan un predictor importante del inadecuado estado de salud, nutrición y una mala calidad de vida, estos aspectos generan preocupación y angustia a los encargados de brindar los cuidados y atenciones requeridas a estos niños, de los cuales sólo la mitad experimenta una calidad de vida similar a la de niños con desarrollo normal. Por lo anterior, los niños con con esta patología requieren de monitoreo de su crecimiento y desarrollo que permita a los cuidadores, familiares y personal de salud identificar sus limitaciones y riesgos de acuerdo al tipo de parálisis cerebral con el fin de favorecer el diseño e implementación de intervenciones contextualizadas y ajustadas a las necesidades individuales.

- Síndrome de Down[28]

Se ha asociado a retraso en el crecimiento, con estatura promedio entre 1,45 y 1,50 m en la edad adulta, relacionado en algunos casos con cardiopatía congénita severa y malnutrición por exceso debido a la limitada actividad física, retraso en el desarrollo de habilidades motoras y de crecimiento, anormalidades metabólicas, uso de fármacos, hábitos alimentarios inadecuados, y pocas relaciones interpersonales. Además, se presenta mayor precocidad en el inicio del estirón del crecimiento: a los 11 años en niños y a los 9½ años de edad en las niñas. Por lo tanto, la utilización de los estándares de crecimiento para la población general en niños con este síndrome es adecuado, ya que podrían diagnosticar de manera errónea el estado nutricional de los mismos, motivo por el cual se han desarrollado algunos estándares de crecimiento específicos, siendo de uso más extendido las tablas de Cronk basadas en población norteamericana, a las que siguieron los estándares de la Fundación Catalana Síndrome de Down y más recientemente los estándares para población sueca y del Reino Unido e Irlanda (Pinheiro, Urteaga, Cañete, & Atalah, 2003). En el 2004, la Fundación Catalana de Síndrome de Down, desarrolló las tablas Catalanas de valoración antropométrica para niños, niñas y adolescentes con Síndrome de Down, que permiten determinar el estado nutricional por medio de los percentiles 3, 10, 25, 50, 75, 90 y 97, se efectuaron 1.718 mediciones a niños y niñas de 0 a 15 años, excluyendo pacientes con patologías que afectan el crecimiento como: cardiopatías, hipotiroidismo, etc. (Vildoso., 2006).

En chile, se realizó un estudio que determinó que las curvas de crecimiento más acertadas para clasificar el estado nutricional de esta población eran las españolas, por tener mayor capacidad de identificar el exceso de peso por género y correlacionarse mejor con el patrón de crecimiento de la población chilena, razón por la cual serán utilizadas al interior de la Secretaría Distrital de Integración Social. Las curvas pueden ser descargadas completas y en alta resolución en la dirección web: http://www.fcsd.org/tablas-de-crecimiento-espec%C3%ADficas-para-ni%C3%B1os-con-elsd_21453.pdf

- Recomendaciones en el manejo alimentario y nutricional[29]

La American Dietetic Association – ADA, establece que todas las personas con discapacidad deberían beneficiarse de una atención nutricional como parte de su cuidado y su cuidador debe ser el protagonista de los procesos educativos en alimentación y nutrición para este grupo. Antes de cualquier prescripción dietética es necesario identificar el tipo de parálisis del individuo, grado de afectación de las habilidades relacionadas con la alimentación y cuáles son las estrategias cotidianas implementadas por el cuidador para alimentar al niño con parálisis cerebral.

La anamnesis alimentaria debe permitir la identificación de la ingesta de macro y micronutrientes, el número de comidas/día, el tiempo requerido para la alimentación, la calidad y variedad de la dieta y, en especial, las estrategias cotidianas generadas por el

[28] Instituto Colombiano de Bienestar Familiar – ICBF (2016). Guía técnica del componente de alimentación y nutrición para la población con discapacidad. Bogotá. Colombia.

[29] García Zapata, Luis Fernando, & Restrepo Mesa, Sandra Lucia. (2010). La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. Perspectivas desde una revisión. Perspectivas en Nutrición Humana, 12(1), 77-85. Retrieved July 30, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082010000100007&lng=en&tlng=es.

cuidador ante las dificultades en el momento de alimentación[30] algunas de ellas generadas por la incapacidad del niño para comunicarse y los problemas espásticos, que generan altos niveles de estrés tanto en el niño como en el cuidador.

Los objetivos de la alimentación de estas personas se deben centrar en satisfacer los requerimientos de calorías y nutrientes, disminuir los riesgos asociados a la alimentación como la broncoaspiración y utilizar la vía más fisiológica.

Siempre que sea posible la vía oral, esta será la principal elección, en caso de no cubrir los requerimientos con las comidas principales, se sugiere utilizar alimentos de alta densidad calórica como helados, dulces, aceites, margarinas. La selección de alimentos debe hacerse de acuerdo con las condiciones económicas y los alimentos disponibles en el hogar. Ante las dificultades para alcanzar las metas nutricionales los complementos alimentarios pueden ser una opción.

Ante los problemas de masticación y deglución, las modificaciones en la consistencia desempeñan un papel importante; preferir alimentos semisólidos, antes de los líquidos para disminuir riesgos de broncoaspiración y mantener la función masticatoria, acorde con el desarrollo motor del niño. En caso de trastornos graves de deglución, debe ofrecerse alimentación espesa, modificada en viscosidad y reducida en el volumen del bolo. Medidas posturales como la inclinación hacia atrás del plano de la silla y la flexión ventral de la cabeza pueden disminuir la posibilidad de broncoaspiración.

Los profesionales en nutrición y los cuidadores deben tener en cuenta la terapia deglutoria que comprende modificaciones en la alimentación tanto en consistencia como en volumen; maniobras facilitadoras como deglutir con fuerza para contraer la musculatura faríngea y cervical, detener la respiración antes y durante la deglución para provocar el cierre glótico y toser seguidamente para limpiar la faringe, entre otras. En las maniobras posturales, se recomienda mantener el mentón hacia abajo para conducir la base de la lengua y posteriormente la epiglotis, la cabeza hacia atrás para ayudar por gravedad a mantener limpia la cavidad oral y técnicas facilitadoras que comprenden estimulación térmica/táctil como estímulo frío o táctil de los pilares anteriores de la faringe y estimulación gustativa, donde el bolo agrio facilita la respuesta deglutoria.

De acuerdo con la terapia deglutoria las modificaciones en la alimentación son sólo una parte de ésta, por lo tanto se requiere de atención interdisciplinaria en la cual los profesionales en fonoaudiología o fisioterapia asesoren al cuidador en técnicas para que el paciente conserve unas mínimas funciones cognitivas y motoras.

Además de lo anterior, el profesional en nutrición, debe valorar con el equipo interdisciplinario el compromiso físico y motor del niño con parálisis cerebral - PC, antes de definir los objetivos y metas desde lo alimentario y nutricional y desarrollar propuestas

[30] García Zapata, Luis Fernando, & Restrepo Mesa, Sandra Lucia. (2010). La alimentación del niño con parálisis cerebral un reto para el nutricionista dietista. Perspectivas desde una revisión. *Perspectivas en Nutrición Humana*, *12*(1), 77-85. Retrieved November 12, 2019, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-41082010000100007&lng=en&tlng=es.

ajustadas a las necesidades individuales y contextualizadas a las posibilidades de las familias y cuidadores. Algunas de las estrategias más utilizadas son aquellas que no precisan colaboración por parte del paciente, como cambios en las características de la alimentación y el manejo adecuado de las maniobras posturales, porque en la práctica un gran porcentaje de las personas con PC no preservan una función cognitiva que favorezca la comprensión de las maniobras facilitadoras. Se debe tener en cuenta que algunos pacientes no avanzan más allá del consumo de alimentos triturados.

Cuando no es posible la alimentación por vía oral, como parte de la atención integral brindada por un equipo interdisciplinario (médico, pediatra, nutricionista dietista, médico especialista en medicina física y rehabilitación, neurólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, entre otros), se debe acudir a la alimentación por sonda o por gastrostomía, con indicaciones claras a los cuidadores, sobre el tipo de infusión y la forma de administración por bolos o continua.

Es importante considerar otros aspectos para mejorar el momento de la alimentación del niño como un ambiente agradable, la adecuada temperatura de los alimentos, la compañía de los familiares o cuidadores, la variedad en la alimentación y de manera especial, la acomodación del niño para consumir los alimentos, lo cual requiere de adaptaciones tanto para sentarlo, como en los utensilios con que se brinda la alimentación, dichas adaptaciones pueden ser asesoradas por un profesional en fonoaudiología.

Alcanzar las metas de alimentación y nutrición de los niños con PC requiere por pare del profesional en nutrición, el fonoaudiólogo y la familia y/o cuidador, el diseño de estrategias a corto, mediano y largo plazo, las cuales deben ser monitoreadas y adaptadas de manera permanente de acuerdo con el contexto alimentario y nutricional y con el desarrollo, estado de salud y nutrición del paciente.

- Estilos de vida saludable

Se entiende por la promoción de modos, condiciones y estilos de vida saludables como aquellas intervenciones poblacionales, colectivas e individuales, incluyentes y diferenciales, que se gestionan y promueven desde lo sectorial, transectorial y comunitario para propiciar entornos cotidianos que favorezcan una vida saludable. Los estilos son aquellas formas de pensar, sentir y actuar que impactan de manera positiva la salud personal, de los colectivos y del ambiente, las cuales están influenciadas por la historia particular de cada individuo, los grupos sociales y las características económicas, políticas y culturales de cada territorio[31].

Los modelos de cambio de conducta, tradicionalmente aplicados a la modificación de hábitos en el campo de la promoción de la salud se han centrado principalmente en la influencia de los factores personales y cognitivos sobre las conductas de salud. Sin embargo, la promoción de la salud contemporánea está tomando una perspectiva más ecológica con relación a los problemas de salud, que considera que la conducta es fruto de

[31] Dimensión vida saludable y condiciones no transmisibles. Plan Decenal de Salud Pública. Ministerio de Salud y Protección Social. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Documents/dimensiones/dimensionvidasaludable-condicionesno-transmisibles.pdf

la interacción de factores procedentes de múltiples niveles de influencia y además de los intra- e interpersonales, enfatiza la importancia del entorno físico, social y comunitario, para la promoción de estilos de vida saludables.

Si se reúne una alimentación saludable con incremento en el consumo de frutas y verduras, la realización de actividad física regularmente, el no consumo ni exposición a tabaco o sus derivados y la reducción del consumo nocivo de alcohol, la reducción en el consumo de sal y azúcares, tendremos una población más saludable. Entre otros aspectos se reduce la obesidad infantil, se aumenta la autoestima, contribuye a disminuir los riesgos de ansiedad y depresión, se retrasan enfermedades crónicas y se mejora el bienestar y la calidad de vida de las personas.

Los beneficios de una alimentación saludable son los siguientes:

- ✓ Favorece el metabolismo de las grasas.
- ✓ Aumentar el consumo de frutas y verduras reduce enfermedades del corazón, la probabilidad de cáncer de estómago, esófago, pulmón y de colon y de alteraciones coronarias.
- ✓ Reduce los niveles de colesterol.
- ✓ Mejora el tránsito intestinal.
- ✓ Disminuye los niéveles de azúcar en la sangre.
- ✓ Contribuye a la eliminación de las toxinas.
- ✓ Consumir alimentos ricos en calcio y la vitamina D ayuda a proteger a los huesos.
- ✓ Comer alimentos bajos en grasa que incluyan abundantes granos integrales, frutas, vegetales y productos lácteos bajos en grasa, reduce la probabilidad de enfermedad cardíaca, presión arterial alta, ataque cerebral y diabetes y ciertos tipos de cáncer.
- ✓ Reduce la enfermedad isquémica del corazón y accidentes cerebrovasculares.

Está demostrada la relación compleja y estrecha que existe entre la forma de vida y el estado de salud de las personas, condicionada principalmente por la alimentación y el tipo de actividad que desarrolla, entre otros factores determinantes. La alimentación sana se centra en el fomento del consumo de alimentos que garanticen una mayor esperanza de vida, de manera que haga posible retrasar la llegada de factores de riesgo que enferman al corazón, como la hipertensión, el colesterol alto, la diabetes, el sobrepeso y la obesidad (síndrome metabólico).

b. Metodología

- **Población y número de Integrantes**

30 referentes familiares o padres de familia de niños, niñas y adolescentes, preferiblemente que sean quienes cocinan en casa

- **Recurso físico y humano**

Recursos físicos

- Esferos de colores
- Impresiones de los alimentos
- Mesas de trabajo
- Salón
- Reproductor de sonidos
- Tela
- Impresiones pre test y pos test.
- Grabadora de audio y Cámara de video (Puede ser un celular de buena resolución)
- Trípode
- Luz de jardín
- Televisor o video beam
- Computador
- Impresora

Recursos humanos

- Profesional en fonoaudiología
- Profesional en nutrición.

- **Tiempo**

La actividad se desarrolla en 5 sesiones como se describe a continuación:

Sesión 1. Taller de pautas de ingesta segura (90 minutos)

No	Duración	Actividad
1	5 Minutos	Bienvenida y presentación de la actividad
2	10 Minutos	Aplicación test inicial
3	10 Minutos	Socialización sobre ¿Qué es la alimentación?
4	50 minutos	Contextualización
5	10 Minutos	Aplicación test final
6	5 Minutos	Cierre y despedida

Sesión 2. Taller de buenas prácticas de manufactura - BPM (60 minutos)

No	Duración	Actividad
1	5 minutos	Bienvenida y presentación de la actividad
2	10 minutos	Aplicación test inicial
3	30 minutos	Contextualización BPM
4	10 minutos	Aplicación test final
5	5 minutos	Cierre y despedida

Sesión 3. El mándala de la tierra. Taller de recuperación y recopilación de la memoria alimentaria (75 minutos)

No	Duración	Actividad
1	5 minutos	Bienvenida y presentación de la actividad
2	10 minutos	Aplicación test inicial
3	45 minutos	Taller
4	10 minutos	Aplicación test final
5	5 minutos	Cierre y despedida

Sesión 4: Taller sobre dietas liquidas y recomendaciones nutricionales (60 minutos)

No	Duración	Actividad
1	5 minutos	Bienvenida y presentación de la actividad
2	10 minutos	Aplicación Test inicial
3	30 minutos	Taller
4	10 minutos	Aplicación test final
5	5 minutos	Cierre y despedida

Sesión 5: Grabación de recetas estandarizadas. (120 minutos)

No	Duración	Actividad
1	Depende de la ubicación de la casa	Desplazamiento al hogar y presentación de la actividad
2	90 minutos	Grabación
3	5 minutos	Cierre y despedida

- **Desarrollo del Taller**

Sesión 1. Taller de pautas de ingesta segura (90 minutos)

Actividad No 1. Bienvenida y presentación de la actividad (duración 5 minutos)

- Realizar la bienvenida al grupo, utilizando un lenguaje claro y efusivo para motivar al auditorio.
- Presentarse con nombre y apellido y a los profesionales de apoyo, indicar el tiempo que durará el taller y ser lo más puntual en llevar a cabo dicho horario.
- Realizar la introducción, explicar los objetivos de la jornada educativa y los logros esperados al final de la misma.

Actividad No 2. Aplicación Test inicial (duración 10 minutos)

- El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test inicial, esfero o lápiz.
- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento, de acuerdo a las instrucciones dadas en el formato
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación

Actividad No 3. Socialización sobre ¿Qué es la alimentación? (duración 10 minutos)

- De forma previa al suministro de información se realiza un debate entre los asistentes con la pregunta ¿Para usted qué es alimentación? buscando conocer las opiniones de cada referente e ir induciendo sus respuestas hasta lograr un concepto en común, posterior a ello las profesionales en fonoaudiología y nutrición darán a conocer su punto de vista desde su ejercicio profesional.

Actividad No 4. Contextualización (duración 50 minutos)

- Se da inicio al taller explicando que es una ingesta de alimentos segura, explicando qué deglución, es el paso del alimento desde la boca a la faringe y luego hasta el esófago. Los alimentos masticados por los dientes, amasados por la lengua y humedecidos por la saliva, toman forma de una bola de consistencia pastosa y se denomina bolo alimenticio. Una vez formado, la lengua lo empuja hacia atrás y entonces ingresa en la faringe. El paso del bolo alimenticio desde la boca hacia la faringe se denomina deglución. A través de esta, el bolo continúa su camino hasta llegar al esófago (tubo de aproximadamente 25 cm de longitud aproximadamente que conecta la faringe con el estómago).
- Se solicita a los asistentes que inclinen su cabeza hacia atrás y realicen paso de saliva, luego ubicar la cabeza nuevamente hacia el frente y hacer la solicitud de pasar saliva con la boca abierta, posteriormente solicitar cuatro voluntarios dentro del grupo para efectuar un ejercicio de imitación del momento de la alimentación, en donde dos participantes son los cuidadores y los otros dos son las personas con discapacidad, acto seguido se le proporcionará a quienes tienen el papel de persona con discapacidad una compota previamente elaborada con apoyo del servicio de cocina, nuevamente se solicitará que pasen el alimento con la cabeza inclinada y con la boca abierta.
- Para finalizar, los participantes socializarán sus puntos de vista, a fin de conocer cuál fue su experiencia con relación al paso del alimento, comparando las estrategias que empleamos a la hora de brindar el alimento a la persona con discapacidad y cuáles son las técnicas que están empleando y que puedan afectar los procesos de alimentación y generar rechazo en vez de gusto a la hora de comer.
- Realizar la visualización de material de apoyo en donde se explica la mecánica deglutoria: https://www.youtube.com/watch?v=N17xvi4_nTY

Posterior a ello explicar sobre las consistencias del alimento:

- Sólida
- Semiblanda
- Blanda
- Líquida total

Una vez explicadas las consistencias, se describen brevemente las técnicas que se pueden emplear:

- Técnicas facilitadoras: son técnicas que se utilizan para mejorar fuerza, velocidad, coordinación y sensibilidad de las estructuras orales. Para lograrlo es necesario realizar estimulación sensitiva. Una técnica facilitadora es:

- Estimulación táctil, en donde se realizan movimientos circulares y de forma ascendente en músculos de la cara (mejillas, labios, mentón y frente con movimientos circulares)

- Técnicas compensatorias: intentan restablecer el equilibrio y permitir llevar a cabo una deglución funcional y sin riesgos. Algunas técnicas compensatorias son:
  - Cambios posturales de cuello: debe asegúrese que la cabeza y el cuello de su hijo esté completamente alineado con el tronco, para evitar ahogamiento o atragantamiento.
  - Modificación del alimento: son las encargadas de cambiar las características del alimento, tales como modificaciones en las consistencias según las características de cada participante.

Actividad No 5. Aplicación test final (duración 10 minutos)

El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test final, esfero o lápiz.

- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento tanto de la parte cuantitativa como cualitativa, de acuerdo con las instrucciones dadas en el formato.
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación.

Actividad No 6. Cierre y despedida (duración 5 minutos)

Cierre el taller con las conclusiones de las actividades y las opiniones de los asistentes. Agradecer la participación en la actividad y recordar la realización de la segunda sesión.

Sesión 2. Taller de buenas prácticas de manufactura - BPM (60 minutos)

Actividad No 1. Bienvenida y presentación de la actividad (duración 5 minutos)

Realizar la bienvenida al grupo, utilizando un lenguaje claro y efusivo para motivar al auditorio.

- Presentarse con nombre y apellido y a los profesionales de apoyo, indicar el tiempo que durará el taller y ser lo más puntual en llevar a cabo dicho horario.
- Realizar la introducción, explicar los objetivos de la jornada educativa y los logros esperados al final de la misma.

Actividad No 2. Aplicación Test inicial (Duración 10 minutos)

- El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test inicial, esfero o lápiz.
- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento, de acuerdo a las instrucciones dadas en el formato.
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación.

Actividad No 3. Contextualización BPM (Duración 30 minutos)
Con apoyo de un video beam se proyectará en pared el siguiente video:
https://www.youtube.com/watch?v=5-S-qh3Hphs

Relacionado con las buenas prácticas de manufactura, a fin de lograr que la información sea aprovechada lo mejor posible y permitir la apropiación de la información, a los referentes que no tienen acceso al código lecto-escrito. Luego de ello realizar preguntas sobre ¿cómo hacemos el proceso de descongelación de alimentos en casa?

Se explica a los familiares de los participantes la importancia de retirarse objetos de las manos como anillos, pulseras y relojes, la necesidad de lavarse las manos adecuadamente y los productos que se van a usar. Finalmente se explica la importancia de comprar alimentos que estén bien almacenados y refrigerados.

Actividad No 4. Aplicación test final (duración 10 minutos)

- El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test final, esfero o lápiz.
- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento tanto de la parte cuantitativa como cualitativa, de acuerdo con las instrucciones dadas en el formato.
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación

Actividad No 6. Cierre y despedida (duración 5 minutos)
Cierre el taller con las conclusiones de las actividades y las opiniones de los asistentes. Agradecer la participación en la actividad y recordar la realización de la tercera sesión.

Sesión 3. El mándala de la tierra. Taller de recuperación y recopilación de la memoria alimentaria (60 Minutos)

Actividad 0. Previo a la actividad. (30 minutos)

Se ambienta el espacio con música relajante, colchonetas en piso y se ubica una tela en el suelo de forma circular.

Actividad No 1. Bienvenida y presentación de la actividad (duración 5 minutos)
- Realizar la bienvenida al grupo, utilizando un lenguaje claro y efusivo para motivar al auditorio.
- Presentarse con nombre y apellido y a los profesionales de apoyo, indicar el tiempo que durará el taller y ser lo más puntual en llevar a cabo dicho horario.
- Realizar la introducción, explicar los objetivos de la jornada educativa y los logros esperados al final de la misma.

Actividad No 2. Aplicación test inicial (duración 10 minutos)

- El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test inicial, esfero o lápiz.
- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento, de acuerdo a las instrucciones dadas en el formato.
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación.

Actividad No 3. Taller (duración 45 minutos)

- Se solicita a los asistentes ubicarse sobre las colchonetas y sentarse
- Se realizar la lectura del consentimiento informado en voz alta,
- Se procede a grabar la voz de los referentes familiares, a fin de que no se pierda un solo detalle de la experiencia.
- Se le solicita a los asistentes cerrar los ojos y respirar profundamente, permitiendo relajarse, el profesional que lidera la actividad debe usar un tono suave y pausado en su voz, invitando a cada participante a pensar en la imagen, olor y sabor de su plato favorito de su infancia y la imagen de quien lo preparaba.
- Se ubicaran dibujos de diferentes frutas y verduras sobre la tela, a fin de permitir la evocación de la receta favorita de cada uno de sus hijos. Durante la escogencia de los alimentos se irá hablando de las propiedades de cada uno y de otras opciones de preparación.
- Se solicita a cada familiar escribir la receta favorita de cada uno de sus hijos colocando los ingredientes y la preparación.
- Se realiza socialización de las recetas junto con la descripción de los beneficios que trae para sus hijos.
- Se indaga a los referentes familiares sobre otra receta que haya llamado su atención y los beneficios que pueden generar para su hijo.
- Finalmente inicie la elaboración de un recetario recopilando la memoria de cada responsable del participante, este contendrá los ingredientes, preparación, nombre de quien lo elaboró (como respeto a su saber) y una frase que relacione al responsable con su hijo o hija con discapacidad (para ello puede usar las grabaciones de voz y transcribir la receta siendo cuidadoso de no omitir ningún detalle).

Actividad No 4. Aplicación test final (duración 10 minutos)

- El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test final, esfero o lápiz.
- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento tanto de la parte cuantitativa como cualitativa, de acuerdo con las instrucciones dadas en el formato.
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación.

Actividad No 6. Cierre y despedida (duración 5 minutos)

- Cierre el taller con las conclusiones de las actividades y las opiniones de los responsables de los participantes. Agradecer la participación en la actividad y recordar la realización de la cuarta sesión.

Sesión 4. Taller sobre dietas liquidas y recomendaciones nutricionales (60 minutos)

Actividad 0. Previo a la actividad. (30 minutos antes)
Se ambienta el espacio con música relajante, colchonetas en piso y se ubica una tela en el suelo de forma circular.

Actividad No 1. Bienvenida y presentación de la actividad (duración 5 minutos)
- Realizar la bienvenida al grupo, utilizando un lenguaje claro y efusivo para motivar al auditorio.
- Presentarse con nombre y apellido y a los profesionales de apoyo, indicar el tiempo que durará el taller y ser lo más puntual en llevar a cabo dicho horario.
- Realizar la introducción, explicar los objetivos de la jornada educativa y los logros esperados al final de la misma.

Actividad No 2. Aplicación test inicial (duración 10 minutos)
- El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test inicial, esfero o lápiz.
- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento, de acuerdo a las instrucciones dadas en el formato.
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación

Actividad No 3. Taller (duración 30 minutos)
- Para dar inicio a la primera parte del taller se ubican los responsables de los participantes en mesa redonda, inicialmente se realiza una reflexión con relación a la pregunta ¿qué pasaría si consumes los mismos alimentos todos los días?, promoviendo un intercambio de experiencias entre los cuidadores y guiando el mismo con apoyo de los profesionales, los profesionales en nutrición y fonoaudiología explican la relación entre la variedad de sabores y los alimentos elegidos para los procesos de ingesta, su influencia en la empatía o apatía para el momento de la alimentación.

- Para iniciar la segunda parte del taller, los profesionales indagaran con los asistentes, ¿qué tipos de recetas usan para suministrar el alimento de sus hijos en casa y qué estrategias emplean a fin de evitar que estas sean monótonas? Posteriormente, explicaran sobre los tipos de consistencia usando la cartilla o llevando como modelo un alimento asociado a la consistencia, (indagada en el test de la sesión 4), a fin de conocer cuántos familias brindan a los niños y niñas dieta sólida, semiblanda, blanda o liquida total.

- Finalmente los profesionales explicarán cómo aumentar el valor nutricional de las recetas brindadas a los niños en casa por ejemplo:
  - Utilizar leche entera pasteurizada en la preparación de las recetas que la contengan, a menos que la profesional en nutrición indique que haya restricción.

- Adicionar un trozo de queso doble crema (un cuadro de 8 cm x 4 cm) a cualquier preparación licuada de consumo en el día.
- Adicionar 2 cucharadas de aceite de oliva extra virgen a las sopas (licuadas o normales) que se ofrezcan en el almuerzo todos los días.
- Adicionar medio aguacate hass en las preparaciones del almuerzo y cena, antes de licuarlas.
- Adicionar 2 cucharadas de mantequilla de maní a las preparaciones licuadas del desayuno y refrigerios del día.
- Adicionar leche condensada, crema de leche, arequipe, queso crema o mermelada a las compotas que se preparen.
- Adicionar chocolate de bloque a las compotas (de cualquier sabor) que se ofrezcan.
- Brindar helado cremoso por lo menos dos veces por semana si el niño, niña o adolescente presenta tolerancia al frio.

Actividad No 4. Aplicación test final (duración 10 minutos)

- El líder de cada equipo debe entregar a los participantes el formato de test final, esfero o lápiz.
- Brindar las indicaciones correspondientes para su diligenciamiento tanto de la parte cuantitativa como cualitativa, de acuerdo con las instrucciones dadas en el formato.
- Dar el tiempo estimado para que lo respondan.
- Recoger la evaluación

Actividad No 5. Cierre y despedida (duración 5 minutos)

Cierre el taller con las conclusiones de las actividades y las opiniones de los asistentes. Agradecer la participación en la actividad y recordar la realización de la quinta sesión.

Sesión 5. Grabación de Recetas (120 minutos)

Actividad 0. Previo a la actividad. (30 minutos)

- Escoja 5 recetas según los criterios establecidos (cumplimiento de los valores nutricionales y de bajo costo), procurando que suplan las diferentes clases de preparaciones desde ensaladas, platos fuertes, postres, sopas y compotas.
- Comuníquese con los responsables de los participantes y acuerde una cita en donde el profesional deberá desplazarse hasta el hogar del participante, para conocer aspectos relacionados con el lugar en donde se preparan los alimentos y el acceso que cada referente tiene para los mismos.
- Imprima el consentimiento informado el cual se firmara previamente a la grabación, en donde el responsable del participante autoriza el tratamiento de su imagen con fines netamente educativos, explicando el proceso.
- Explique el proceso para la grabación, el responsable del participantes deberá tener listos los alimentos para la preparación, en lo posible solicite apoyo al personal manipulador del servicio de alimentación, a fin de poder llevar los alimentos y que el responsable solo deba cocinar.

Actividad No 1. Desplazamiento al hogar y presentación de la actividad (Depende de la ubicación de la casa)

- Realizar el desplazamiento al hogar seleccionado.
- Presentarse con nombre y apellido y presentar carné institucional.
- Realizar la introducción, explicar el proceso de grabación de la siguiente manera:
  - Breve historia del participante, si cursa con discapacidad describir su vida, desde el nacimiento y las causas de la discapacidad (con el objetivo de dar a conocer las situaciones que vive a diario cada responsable y las cuales suelen ser comunes entre los diversos núcleos familiares)
  -
  - Realice un ensayo previo de cómo se va a desarrollar la grabación, teniendo en cuenta:
    1. Exposición de los diferentes ingredientes.
    2. Elaboración de la preparación.
    3. Indague por qué esa receta es la favorita del participante.

Actividad No 2. Grabación (duración 90 minutos)

- Solicite al responsable del participante que se presente y relate brevemente la vida de su hijo, posterior a ello.
- Luego, grabe cada uno de los ingredientes de forma independiente, así como los utensilios a utilizar.
- Finalmente grabe la preparación, teniendo en cuenta el registro de la preparación paso a paso y en diferentes planos o posiciones, permitiendo observar diferentes ángulos del alimento y la cocción del mismo. Al finalizar la grabación recuerde llevar todos los formatos diligenciados así como el formato de intervención individual con el responsable del participante.

Actividad No 3. Cierre y despedida (duración 5 minutos)

Cierre la actividad agradeciendo la participación en la misma.

5. Administración de la guía

Dirección de Nutrición y Abastecimiento – Subdirección de Nutrición

6. Aprobación del documento

	Elaboró	Revisó	Aprobó
Nombre	Liseth Lorena Pava Saldaña Maribel Cortés Giraldo	Ana Julieta Pulido Serrano Patricia Andrea Aguiar Guzmán Omaida Ayala Cavanzo	Martha Liliana Huertas Moreno
Cargo/Rol	Nutricionista Dietista Proyecto Discapacidad	Nutricionistas Dietistas Subdirección de Nutrición	Subdirectora de Nutrición