



RESUMEN

Antecedentes

En la ciudad de Cuenca existen 7 Centros de Desarrollo Infantil Solidarios (CDI) que están conformadas aproximadamente por 74 niños cada una; las que fueron sometidas a un proceso de investigación para evaluar el estado nutricional de todos los niños que los conforman. Los objetivos que se plantearon para esta investigación son: evaluar el estado nutricional, aplicar encuestas alimentarias a los padres de familia para conocer las prácticas alimentarias de los niños, capacitar a sus padres con la finalidad de mejorar el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas con problemas.

Método

Para la evaluación nutricional se utilizó los indicadores P/T, T/E, P/E y comparamos los resultados obtenidos con el índice de masa corporal (IMC), y una encuesta dietética.

Resultados

Al aplicar los indicadores se obtuvo que un 55% de normalidad, 21% desnutrición crónica, 15% desnutrición crónica- aguda, 7% desnutrición aguda, 2% con desnutrición crónica con sobrepeso. El IMC refleja que el 64% de niños son normales, 24% con desnutrición leve, 2% con desnutrición moderada, 2% con desnutrición grave, 6% con sobrepeso y 2% de obesidad. Los resultados encontrados en la encuesta de consumo semanal y fin de semana nos demuestran que hay un exceso en la ingesta de proteínas y calorías; y, un déficit de grasas y carbohidratos. La capacitación permitió reforzar los conocimientos de los padres. Este estudio provee evidencias de que la desnutrición crónica es un mal que sigue afectando a nuestro país.

Palabras claves: estado nutricional, prácticas alimentarias, capacitación, niños, desnutrición



SUMMARY

BACKGROUND

In the city of Cuenca there are seven supportive childcare centers which are conformed by approximately 74 children each one. They were put into a research process to evaluate the nutritional status of all the children. The objectives of this research project were: to evaluate the nutritional status, to apply the nutrition surveys to the parents in order to know about the food handling of the children and also to train the parents in order to improve the growth and development of the boys and girls with problems.

METHOD

For the nutritional evaluation the following indicators were used P/T, T/E and P/E. We compared the results obtained with the body mass indicator (IMC) and a dietetics survey.

RESULTS

Applying the indicators, we obtained the following percentages: 55% are normal, 21% have chronic malnutrition, 15% have chronic and acute malnutrition, 6% have acute malnutrition and 2% have chronic malnutrition with overweight. The IMC reflects that 68% of the children are normal, 19% have mild malnutrition, 4% have moderate malnutrition, 7% are overweight and 2% have obesity. The results found in the weekly and weekend intakes demonstrate that there is an excess of proteins and calories and a deficit of fats and carbohydrates. This training allowed the parents to strengthen their knowledge. This study provides evidence which demonstrates that chronic malnutrition is still affecting our country.

Key words: nutritional status, food handling, training



INDICE

Resumen	1
Summary	2
CAPITULO I	8
INTRODUCCIÓN	8
CAPITULO II	12
MARCOTEORÍCO	12
Estado Nutricional	13
Encuesta Dietética	16
Desnutrición	22
Sobrepeso y Obesidad	24
Hábitos Alimentarios	32
Capacitación	37
CAPITULO III	
OBJETIVOS	44
CAPITULO IV	
METODOLOGÍA	45
CAPITULO V	
RESULTADOS	53
CAPITULO VI	
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES	75
CAPITULO VII	
RECOMENDACIONES	76



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE TECNOLOGÍA MÉDICA
AREA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**EVALUACIÓN NUTRICIONAL A NIÑOS(AS) DEL CENTRO DE
DESARROLLO INFANTIL SOLIDARIO 27 DE FEBRERO Y
CAPACITACIÓN A SUS PADRES
CUENCA 2010**

**TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DE LA
LICENCIATURA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**AUTORAS: DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
 NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA**

DIRECTORA: DRA. GICELA PALACIOS SANTANA

**CUENCA- ECUADOR
2010**



RESPONSABILIDAD

Mediante el presente certificamos que las ideas, criterios y opiniones, así como la estructura del presente trabajo de investigación son de absoluta responsabilidad y propiedad de las autoras.

Diana Gutiérrez C.

Nicolaza Pichazaca A.



DEDICATORIA

El presente trabajo lo dedico primeramente a Dios por permitirme tener las fuerzas necesarias para llegar a este momento de mi vida.

A mis padres Efraín y Zulema por haberme dado la vida y su apoyo incondicional en los momentos difíciles y alegres de mi vida. Además de haberme apoyado para la culminación de mi carrera.

A mi hermano Bernardo porque siempre he contado con su apoyo en las buenas y malas en todo momento.

“GRACIAS POR TODO QUERIDA FAMILIA”

Diana Gutiérrez Cortez

Quiero dedicar este trabajo primeramente a mí **Dios** por darme la fuerza e inteligencia y por permitir cumplir mi meta propuesta.

A mis queridos padres: Isidoro y Zoila por su amor, dedicación y sobre todo por el apoyo incondicional que me han brindado durante toda mi vida y especialmente durante mis estudios universitarios.

A mis hermanos: Samuel, José, Juan, Moisés y a mi hermana Narcisa por su apoyo moral y económico para culminar mi carrera profesional.

“Todo lo puedo en Cristo que me fortalece” Fil. 4:13



Nicolaza Pichazaca

AGRADECIMIENTO

Queremos expresar nuestro agradecimiento por la colaboración para la realización de este trabajo de investigación a la Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Cuenca, por la formación que nos brindo en sus aulas.

Agradecemos también a los doctores Gicela Palacios, Hugo Cañar, quienes de forma directa o indirecta, nos proporcionaron valiosas guías para la culminación de este trabajo de investigación.

De igual forma queremos agradecer a la Ilustre Municipalidad de Cuenca, de manera especial al CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL 27 DE FEBRERO, dirigido por la Lcda. María Augusta Torres y al demás personal por su colaboración y por las facilidades otorgadas durante la ejecución de esta



tesis, la misma que aporta en cierta medida al conocimiento de la realidad de nuestros niños y niñas.

Las Autoras



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La dificultad de acceso de la mayoría de la población a una alimentación básica aparece en forma mucho más clara cuando se observan criterios de tipo nutricional y de salud. La deficiencia nutricional afecta en el retraso del crecimiento de un gran número de la población infantil, esta deficiencia refleja los bajos niveles sociales y económicos en que se desenvuelven sectores marginados, urbanos y rurales. La desnutrición es uno de los problemas más importantes del mundo actual, debido a su magnitud y su efecto catastrófico sobre la supervivencia y desarrollo, porque a menudo es consecuencia de las crisis políticas y económicas internacionales a fin de resolver ese problema se deben movilizar recursos humanos y materiales a todos los niveles. Los últimos datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) muestran el fracaso de la lucha contra el hambre en el mundo. Según un informe, “a nivel mundial hay 842 millones de desnutridos”¹ y las perspectivas de reducir, de manera relevante, esta cifra en el futuro son sombrías.

Actualmente, “el 26 por ciento de la población infantil ecuatoriana de cero a cinco años sufre de desnutrición crónica, una situación que se agrava en las zonas rurales, donde alcanza al 35,7 por ciento de los menores, y es aún más crítica entre los niños indígenas, con índices de más del 40 por ciento.

Según información del Observatorio de la Niñez y Adolescencia, la desnutrición

¹ Aumenta la desnutrición mundial. disponible en: <http://www.webislam.com/?idn=380>



crónica afecta, en la Costa, al 21% de niños entre 0 y 5 años; en la Sierra, al 16%, y en la Amazonía, al 27%.²

La prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años en Ecuador en el sector urbano es de 371.856 y en el sector rural corresponde a 164.899. Siendo las tres provincias de mayor incidencia: Chimborazo con el 52,6%, Bolívar con 47,9% y Cotopaxi con 43,3% pertenecientes a la Región Sierra.³

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo más de 22 millones de menores de cinco años son obesos o padecen sobrepeso; de ellos más de 17 millones viven en países en desarrollo.

La obesidad, que es una enfermedad descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “Síndrome del Nuevo Mundo” o la “Epidemia del siglo XXI”, en Ecuador, hasta 2001, afectaba al 14% de los niños, según un estudio de la Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición (Secian), con el apoyo del Ministerio de Salud. De ellos, el 5,2% padecía de sobrepeso, y el 8,7% de obesidad. El estudio, que fue el primero de este tipo en el país, se hizo en ocho ciudades: Guayaquil, Quito, Cuenca, Santo Domingo de los Colorados, Manta, Ambato, Portoviejo y Machala. Se aplicó a 93.105 niños y niñas escolares, asistentes a planteles educativos matutinos y vespertinos, públicos y privados. Estas cifras ubican a la enfermedad como un problema de salud pública en

² ONU. Alerta por Desnutrición Infantil en el Ecuador. Disponible en www.eldiario.com.ec

³ Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador. Disponible en <http://ecuador.nutrinet.org/content/blogcategory/81/182/lang.es/>



Ecuador, según Raúl Egas, consultor en gestión del conocimiento del Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas y responsable del programa Nutrinet: “los niveles de sobrepeso existentes son comparables con los de EE.UU., no solo en niños, sino también en mujeres. Lo que quiere decir que estamos frente a un problema de salud pública”. Y así lo confirma Mariana Galarza, coordinadora nacional del programa Aliméntate Ecuador, del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). “En estos momentos ya se lo trata como tal porque en esa población están los futuros adultos infartados, diabéticos e hipertensos del país”.⁴

En Ecuador existen dos estudios realizados en 1986 y 1998, sobre la nutrición en niños menores de 5 años. Ambos tuvieron cobertura nacional y los resultados son comparables entre sí. Entre uno y otro estudio, la prevalencia de desnutrición crónica declinó de 34,0 a 26,4%, el bajo peso apenas se modificó (de 16,5 a 14,3%) y la desnutrición aguda aumentó ligeramente (de 1,78 a 2,4%). Los principales factores de riesgo fueron: el consumo insuficiente de alimentos, que estuvo asociado con la pobreza; el bajo nivel educacional de la madre; determinadas pautas culturales y dietéticas—alimentación a base de comidas ricas en carbohidratos con bajo contenido de proteínas, grasas y micronutrientes en las zonas rurales de la Sierra; y la pertenencia a determinados grupos étnicos.⁵

Por lo indicado anteriormente refleja que el problema de la nutrición inadecuada del niño puede llegar a convertirse un problema grave, sino se diseñan mecanismos de atención integral cuya meta principal sea la de mejorar el nivel

⁴ Aumenta índice de obesidad en niños. Disponible en: http://www.eltelegrafo.com.ec/diversidad/noticia/archive/diversidad/2009/03/05/Aumenta-ED00ndice-de-obesidad-en-ni_F100os.aspx

⁵ Larrea C, Freire W, Lutter C. Equidad desde el principio: situación nutricional de los niños ecuatorianos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2001.



nutricional de los niños, en especial de procedentes de familias con escasos recursos económicos quienes son los más afectados como consecuencia de una alimentación deficiente, lo que repercute en el desarrollo físico de los mismos, al manifestarse en muchos casos déficit de crecimiento, peso, talla.

Así pues, la presente investigación relacionada con el estado nutricional de los niños menores de 5 años que acuden al Centro de Desarrollo Infantil 27 de Febrero, tiene como principal objetivo evaluar el estado nutricional de los niños; con la evaluación se obtuvo que un 55% de normalidad, 21% desnutrición crónica, 15% desnutrición crónica- aguda, 7% desnutrición aguda, 2% con desnutrición crónica con sobrepeso. Con la encuesta dietética pudimos observar que en la gran mayoría de niños consumían en exceso calorías, proteínas y un déficit en los otros macro nutrientes. La capacitación a los padres de familia permitió que adquirieran conocimientos básicos sobre la alimentación de sus hijos.

Debido a la falta de estudios completos en el Centro de Desarrollo Infantil “27 de Febrero” que relacionen el estado nutricional de niños menores de 5 años con las prácticas alimentarias, consideramos importante realizar una investigación en dicha institución; haciendo énfasis en la necesidad de capacitar a los padres de familia con el afán de crear conciencia sobre la importancia de las buenas prácticas alimentarias para asegurar un saludable crecimiento y desarrollo de sus hijos.



CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. EVALUACIÓN NUTRICIONAL EN NIÑO

2.1.1 EVALUACION NUTRICIONAL

La evaluación del estado nutricional se define como la medición de indicadores alimentarios y nutricionales relacionados con el estado de salud, para identificar la posible ocurrencia, naturaleza y extensión de las alteraciones del estado nutricional, las cuales pueden ir de la deficiencia a la toxicidad. (Departamento de Salud de los Estados Unidos).

2.1.2 Métodos utilizados en la evaluación nutricional

- **2.1.2.1. Métodos antropométricos:** Se usan mediciones de las dimensiones físicas y composición del cuerpo.
- **2.1.2.2. Métodos Bioquímicos:** Incluyen la medición de un nutriente o sus metabolitos en sangre, heces u orina o medición de una variedad de compuestos en sangre y otros tejidos que tengan relación con el estado nutricional.
- **2.1.2.3. Métodos Clínicos:** Para obtener los signos y síntomas asociados a la malnutrición. Los síntomas y signos son con frecuencia no específicos y se desarrollan solamente en un estado avanzado de la depleción nutricional.



- **2.1.2.4. Métodos Dietéticos:** Incluyen encuestas para medir la cantidad de alimentos consumidos durante uno o varios días o la evaluación de los patrones de alimentación durante varios meses previos.⁶

2.2 ESTADO NUTRICIONAL

Se define como una condición del cuerpo humano determinada por la ingestión, utilización, gasto de los nutrientes. Es un estado dinámico en el cual el balance entre disponibilidad y requerimientos de nutrientes a nivel celular; se establece una condición satisfactoria que se manifiesta en una buena condición nutricional; en cambio situaciones de déficit o exceso de nutrientes en relación a los requerimientos, producen un desequilibrio del mismo. Estas situaciones de balance, déficit y exceso, se reflejan en la forma, tamaño, composición corporal, aspectos que se constituyen en indicadores de la valoración nutricional.

2.2.1 Objetivos:

Los objetivos más destacables son:

- a) Evaluación del estado nutricional(por ejemplo, déficit o exceso de las reservas corporales)
- b) Control del crecimiento y desarrollo en niños.
- c) Valoración del efecto de las intervenciones nutricionales⁷

2.2.2 Evaluación Antropométrica

El uso de la antropometría es una herramienta importante para la valoración de la forma, tamaño y composición corporal del niño y del adulto, tiene la ventaja de poseer técnicas y formas de análisis objetivos, las que pueden ser aplicadas por todos los trabajadores en el área de salud. Para realizar la evaluación

⁶ NUTRICION MATERNO INFANTIL. **EVALUACIÓN NUTRICIONAL.** Disponible en: <http://cuba.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/evaluacion-nutricional>

⁷ Mataix Verdú José, NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA TOMO II, ed. Océano/Ergon,,: 753
DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010



nutricional con indicadores antropométricos es necesario utilizar valores de referencia, indicadores y puntos de corte diversos; muchos autores plantean que esta diversidad induce divergencias significativas en la identificación y cuantificación del problema nutricional (Habicht et al, 1982; Hernández de la Valera et al, 1987). La medición del peso y talla para la edad, y el peso para la talla, constituyen los parámetros más fieles para evaluar crecimiento y estado nutricional en el niño.

En el preescolar y escolar en cambio, tiene mayor valor en la evaluación nutricional el parámetro talla para la edad asociado a la evaluación del peso para la talla, siendo este último más sensible a alteraciones agudas en el aporte de nutrientes, mientras que el compromiso de la talla es mejor reflejo de alteraciones nutricionales crónicas (además de manifestación de características genéticas.)

Además de la medición de los valores actuales de la antropometría, en el niño resulta especialmente valiosa la evaluación de la curva y velocidad de incremento de estos parámetros en el tiempo, ya que por ejemplo, una desaceleración de la talla de etiología nutricional será habitualmente precedida por menor incremento o baja de peso. En relación a los valores de referencia, estos son definidos como las representaciones de la distribución de frecuencias de una medida para una población dada a una serie de edades; para propósitos prácticos se considera válido el uso general de los valores de referencia de la NCHS (WHO Working Group, 1986).

Los valores antropométricos pueden expresarse como % del valor ideal, desviación estándar del promedio, o ubicación en determinado percentil. Tiene



importancia también la tabla de referencia a utilizar, siendo actualmente aceptado internacionalmente el patrón de N.C.H.S / O.M.S. Se considera como límites para definir desnutrición, valores por debajo del 80% del ideal, dos desviaciones estándar del promedio, o inferiores a percentil 5; se considera como "riesgo" de constituir desnutrición, valores entre -1 y -2 D.S., o entre percentiles 25 y 5, así como el deterioro en los incrementos, o cambio de desviación estándar o "canal" de crecimiento.⁸

Existe una selección de tres formas de distribución de la población de referencia, mediante las cuales se establece el rango "normal".

- Porcentajes de la media o mediana
- Desviaciones Estándar (valores Z)
- Percentiles

Se ha recomendado el uso de las desviaciones estándar para definir la dispersión en torno a la tendencia central, ya que éste es el mejor mecanismo para determinar normalidad, permitiendo comparar sujetos de diferente sexo y edad, y proporcionando los elementos necesarios para expresar las desviaciones de la mediana en términos de puntaje Z.⁹

2.2.3. Indicadores de dimensiones corporales:

2.2.3.1. Peso para la edad

En el menor de dos años, que no ha sido un recién nacido de pre término ni tiene una talla anormalmente baja (por razones genéticas), el peso para la edad refleja

⁸ **Dra. Silvia Ibáñez. DESNUTRICION INFANTIL. Disponible en:** <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/desnutric.html>

⁹ Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; EVALUACION ANTROPOMETRICA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo: 2-6
DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010



mejor el estado nutricional, ya que el deterioro ponderal puede determinar precozmente la reducción de la velocidad de crecimiento de la talla, y el parámetro peso para la talla se compromete en menor grado.

Es sensible, fácil de entender y susceptible de ser modificado en forma relativamente rápida en situaciones de malnutrición calórico proteica; pero, como indicador de masa corporal total sus variaciones también reflejan las de la talla, lo cual no permite diferenciar entre el déficit actual y el crónico.

2.2.3.2. Indicador talla para la edad

“Se utiliza en el diagnóstico de la evaluación pasada o crónica, pero no refleja desnutrición actual; es el que se modifica a más largo plazo en la historia natural de la desnutrición, ya que la talla se afecta cuando la agresión nutricional se prolonga en el tiempo o cuando es muy intensa en periodos críticos por la velocidad de crecimiento lineal.

2.2.3.3. Indicador peso para la talla

Refleja el estado nutricional actual. Un bajo peso para la talla implica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidas. Este estado deficiente es reversible, puede mejorarse con un tratamiento dietético adecuado, y el individuo puede lograr un peso para la talla normal.

2.2.3.4. IMC (índice de masa corporal)

Este índice está basado en el peso y la talla, se calcula dividiendo el peso en Kg para la talla al cuadrado en metros.

2.3. ENCUESTA DIETÉTICA



Las encuestas de consumo determinan el tipo, la cantidad y la combinación de alimentos dentro de la misma familia, en distintos tiempos de comida (desayuno, almuerzo, merienda, entre comidas) y por periodos de tiempo pre establecidos (1 día, 3 días y 7 días). La información de consumo de alimentos expresados en gramos se traduce posteriormente en ingesta de calorías y nutrientes, mediante el uso de las tablas de composición de alimentos.

2.3.1. OBJETIVOS:

Los objetivos de la encuesta dietética son:

- a) Conocer las prácticas alimentarias de la población estudiada y las razones que las determina.
- b) Conocer para diferentes grupos familiares y regiones de un país, el tipo y las cantidades de alimentos que se consumen.
- c) Conocer la forma y las razones que determinan la distribución intrafamiliar de los alimentos.
- d) Cuantificar la ingesta efectiva de calorías y nutrientes que aporta la dieta y en qué medida se satisfacen las necesidades calóricas y de nutrientes propuestos por los expertos.
- e) Identificar las diferencias regionales o familiares en la ingesta de calorías y nutrientes.

2.3.2. CLASIFICACIÓN POR MÉTODOS

- Recordatorio:
 - ❖ Frecuencia de consumo



❖ Anamnesis alimentaria¹⁰

Analizaremos cada uno de los métodos utilizados en la investigación:

2.3.2.1. CUESTIONARIO DE FRECUENCIA DE LOS ALIMENTOS: El uso de los cuestionarios sobre la frecuencia de los alimentos con objeto de medir la ingesta (habitual) de una persona en los estudios epidemiológicos de las relaciones entre dieta y salud ha experimentado una gran expansión. La ingesta habitual de alimentos a lo largo de un período de varios días (semanas o meses) es el dato más adecuado para valorar la relación entre nutrición y enfermedad crónica que la dieta de un día o semana recientes determinados. El método suele utilizarse para ordenar a los individuos según su ingesta de alimentos o nutrientes, de manera que puedan compararse las características incluidas las patologías, de los de ingestas altas y bajas.

Los cuestionarios cualitativos de frecuencia de alimentos recogen habitualmente solo la cantidad de veces que se consume cada alimento durante un período determinado, por ejemplo en el mes anterior; no se recoge información sobre el tamaño de la ración. Sin embargo, para calcular las ingestas de nutrientes sí es necesario disponer de información sobre el tamaño de las raciones, y a veces se calcula el tamaño medio de una porción para poder calcular las ingestas de nutrientes específicos.¹¹

¹⁰ Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; MANUAL DE CONSUMO DE ALIMENTOS; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; pág.1

¹¹ Ekhard. E. Ziegler y L. J. Filer, Jr. CONOCIMIENTOS ACTUALES SOBRE NUTRICIÓN. Ed. Publicación científica N° 565 OPS, OMS. 7ma edición. Págs. 532-536
DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010



2.3.2.2. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS CUESTIONARIOS DE FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

VENTAJAS	INCONVENIENTES
1. Indican la ingesta alimentaria habitual	1. Requiere el recuerdo de pautas de alimentación pasadas
2. No requiere entrevistadores especialmente formados	2. El período de recuerdo puede ser impreciso
3. El método puede ser administrado por un entrevistador o auto entrevistado	3. La cuantificación de la ingesta puede ser imprecisa por error de estimación o recuerdo de las porciones ingeridas o bien por el uso de medidas normalizadas
4. La administración puede ser sencilla y menos costosa	4. La carga de trabajo del participante depende de la cantidad y complejidad de los alimentos enumerados y del procedimiento de cuantificación
5. No influye en las pautas habituales de alimentación	5. El recuerdo de dietas pasadas puede estar sesgado por la dieta actual
6. Los individuos pueden ser ordenados o clasificados según su ingesta alimentaria	6. La heterogeneidad de la población influye en la
7. Las tasas de respuesta son elevadas	
8. El trabajo que representa para el participante suele ser escaso	
9. Puede estudiarse la relación	



<p>entre dieta y enfermedad en ensayos epidemiológicos</p> <p>10. Pueden obtenerse datos sobre dieta total o sobre determinados alimentos o nutrientes</p> <p>11. El procedimiento puede ser automatizado</p>	<p>fiabilidad del método</p> <p>7. La idoneidad es dudosa para ciertos segmentos de población que tal vez no consuman los alimentos de la lista.</p> <p>8. Tiende a sobrevalorar las ingestas en comparación con otros métodos</p> <p>9. No suelen obtenerse descripciones específicas de alimentos</p> <p>10. La validación del método es difícil</p>
---	--

2.3.2.3. ANAMNESIS ALIMENTARIA O HISTORIA DIETÉTICA: Burke fue el primero en desarrollar el método de la historia dietética con el fin de obtener información a intervalos regulares sobre los hábitos nutricionales y la dieta habitual que pudieran utilizarse en estudios longitudinales sobre el crecimiento y desarrollo humanos. El método consta de tres componentes: una entrevista sobre pautas habituales de alimentación, una lista de alimentos con cantidades y frecuencia habitual de consumo y un registro de alimentos de tres días. Más recientemente, los epidemiólogos han propuesto algunas modificaciones de la historia dietética para estudiar las asociaciones entre la dieta y la aparición de enfermedades crónicas.



La historia dietética suele proporcionar la ingesta habitual de alimentos de alimentos en términos de frecuencias y cantidades ingeridas y a menudo sus datos son similares a los de los cuestionarios cuantitativos de frecuencia de alimentos. Pueden proporcionar información sobre la preparación de alimentos y sobre las prácticas de consumo en las dietas habituales de las personas estudiadas. Suele centrarse en todos los alimentos de la dieta, pero algunos se centran en los componentes específicos.

2.3.2.4. VENTAJAS E INCONVENIENTES DE LOS MÉTODOS DE HISTORIA DIETÉTICA

VENTAJAS	INCONVENIENTES
<p>1. El método proporciona un patrón de ingesta habitual pasada más representativo que otros.</p> <p>2. La medición de la dieta habitual es útil en los estudios epidemiológicos de estados de enfermedad que se desarrollan lentamente.</p> <p>3. En los métodos administrativos por entrevistador, no es preciso que los participantes sepan leer.</p>	<p>1. Suele precisar entrevistadores muy bien formados.</p> <p>2. El período de recuerdo es difícil de conceptualizar con exactitud.</p> <p>3. La cooperación de los participantes debe ser alta.</p> <p>4. La carga de trabajo del participante y del entrevistador puede ser grande.</p> <p>5. El método puede requerir tiempo y dinero considerables.</p> <p>6. El método tiende a</p>



<p>4. En general, el método está diseñado para evaluar la dieta total.</p>	<p>sobrevalorar las ingestas en comparación con otros.</p> <p>7. El recuerdo de las dietas pasadas puede estar sesgado por las actuales.</p>
--	--

2.4. Desnutrición

Durante décadas, los investigadores han buscado, sin éxito, una única causa o un grupo de causas específicas de desnutrición, así como estrategias de intervención adecuadas para corregir tales causas. Los problemas y las causas de desnutrición que se debaten en la actualidad incluyen crecimiento inconsistente, bajo peso al nacer, desnutrición materna, deficiencias de nutrientes específicos (yodo, vitamina A, hierro y zinc), diarrea, infección por VIH y otras enfermedades infecciosas, prácticas de alimentación infantil inadecuadas, ingresos familiares limitados, producción agrícola limitada, inseguridad alimentaria, degradación medioambiental y urbanización.

2.4.1. EPIDEMIOLOGÍA

En el año 2000, se calculó que el 26,7% de los preescolares de los países en vías de desarrollo tenían un peso insuficiente, como así reflejaba un bajo peso para su edad, y que el 32,5% no crecía adecuadamente, basándose en una talla corta para su edad. Los datos procedentes de EE.UU. y otros países desarrollados indican que la prevalencia de desnutrición, manifiesta como un bajo peso o altura para la edad, es muy reducida. En contraste con la baja prevalencia de desnutrición entre la población general infantil de EE.UU. y otros países



desarrollados, la prevalencia en los niños hospitalizados es, a menudo, tan alta como la de las naciones en vías de desarrollo.¹²

2.4.2. Definición

Según la Dra. Silvia Ibáñez “Desnutrición puede definirse como un desbalance entre los aportes y requerimientos de uno o varios nutrientes, a la que el organismo responde con un proceso de adaptación, en la medida que ésta situación se prolongue en el tiempo. Un déficit de nutrientes de corta duración sólo compromete las reservas del organismo, sin alteraciones funcionales importantes; en cambio una desnutrición de larga duración puede llegar a comprometer funciones vitales”.

Según Dr. Bolívar Quito y Arturo Quizhpe “Se considera desnutrición primaria a la consecuencia de la ingestión insuficiente de calorías, proteínas y otros nutrientes esenciales, representa el 95 %; mientras que la desnutrición secundaria se da como consecuencia de una enfermedad primaria que provoca la ingestión o utilización inadecuada de nutrientes, o un aumento de los requerimientos nutricionales, representa el 5 %”¹³.

2.4.3. Causas de desnutrición:

Las causas de la desnutrición pueden ser agrupadas en:

2.4.3.1. Causas Primarias o Ambientales: son las más importantes:

- a) Donde la carencia y la deficiencia específica de nutrientes, sumadas a factores como analfabetismo, falta de infraestructura sanitaria,

¹² Richard E. Behrman. NELSON TRATADO DE PEDIATRIA. Vol. I. 18ª edición. Ed. Elsevier. España. Págs: 227-228

¹³ Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; Desnutrición infantil diagnostico y tratamiento, Editado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, Marzo 2002:1: 10-14



constituyen la causa del 85% de los casos de desnutrición.

- b) Alteraciones en el establecimiento del vínculo madre-hijo y en el desarrollo de la conducta alimentaria del niño. El proceso de creación de hábitos alimentarios se inicia en el periodo de total dependencia de recién nacido y se culmina en la autonomía de la adolescencia; en él, es determinante la actitud de los padres para que los niños desarrollen correctamente los mecanismos de control del apetito y, por tanto, de la aportación de energía, al ser capaces de reconocer sus sensaciones de hambre y saciedad. Los padres deberían enseñar al niño a comer variedad de alimentos sanos y dejarle en todo momento el control de la cantidad.
- c) La marginación social, la pobreza e ignorancia aseguran una alimentación insuficiente. Éste es un problema que se ha ido acrecentando en los últimos años con la inmigración de familias desde países pobres, con desastres naturales y políticos, que se incorporan a nuestra sociedad en condiciones precarias, y que requiere una implicación sanitaria y social prioritaria.¹⁴

2.4.3.2. Causas Secundarias: son aquellas que no dependen de la calidad o cantidad de los alimentos que ingiere el niño, sino de la incapacidad para utilizarlos adecuadamente, como: infecciones crónicas o agudas a repetición, anomalías congénitas, alteraciones gastrointestinales, enfermedades genético-hereditarias.

¹⁴ Cecilia Martínez Costa y Consuelo Pedrón Giner. Valoración del estado nutricional. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/9.pdf>



2.5. CLASES DE DESNUTRICIÓN

2.5.1. DESNUTRICIÓN CALÓRICO PROTEICA (MARASMO)

Se produce por una nutrición deficiente, crónica donde predomina especialmente el déficit calórico y cantidad insuficiente de todos los nutrientes. Se caracteriza por un consumo progresivo de las masas musculares y tejido adiposo, sin alteraciones importantes a nivel de vísceras excepto la disminución del número y tamaño de las células y compromiso de la velocidad de crecimiento. Se afecta principalmente la inmunidad celular. El marasmo nutricional no se asocia en forma importante a anemia ni a otras carencias, excepto en su periodo de recuperación, en que pueden manifestarse carencias de hierro, zinc, vitamina D, etc. La desnutrición calórico- proteica grave prolongada durante los primeros dos años de vida puede alterar el desarrollo neurológico del individuo, aunque en realidad es la deprivación socio afectiva que se le asocia con gran frecuencia y tiene mayor impacto en este aspecto.

La desnutrición se presenta de las siguientes formas clínicas:

Se observa por lo general en niños menores de 1 año de edad, presentan marcada deficiencia de peso respecto de la talla y son consecuencia de un aporte insuficiente de energía en la dieta.

2.5.1.1. Características:

- Cabello delgado fácilmente desprendible
- Fascias Volteriana (de viejo o simiesca)
- Piel: lesiones eritemato- escamosas, sobrance , signo de la tabaquera anatómica y signo del calzón
- No existe edema



- El hígado es generalmente normal

2.5.2. DESNUTRICIÓN PROTEICA O (KWASHIORKOR)

La desnutrición proteica, en países del tercer mundo, se produce en relación al destete durante el segundo y tercer año de vida, en situaciones de extrema miseria. La desnutrición de predominio proteico se produce en corto plazo (semanas), frente a las siguientes situaciones:

- Dieta carente de proteínas, pobre en lípidos y calorías, y compuesta casi exclusivamente de hidratos de carbono.
- Aportes restringidos en paciente hipercatabólico.
- Mala absorción intestinal por diarrea prolongada o enfermedad celíaca.
- Infección severa en paciente con desnutrición calórico proteica previa.
- Paciente crítico con reacción inflamatoria sistémica

La desnutrición de predominio proteico se caracteriza por una relativa conservación del tejido adiposo, moderado compromiso muscular, y compromiso importante de las proteínas viscerales, en especial la albúmina, y las proteínas transportadoras, anemia, hipocalcemia, hipofosfemia, hipomagnesemia, hipokalemia, hipoprotrombinemia, déficit de zinc y hierro, carencias vitamínicas y folato. Existe un grave compromiso de la inmunidad humoral y celular, y puede deteriorarse la capacidad absorptiva intestinal.

El niño con Kwashiorkor generalmente tiene entre 1 y 3 años y se origina por una deficiencia relativa de proteínas en la dieta.

2.5.2.1 Características



- Cabello : signo de la bandera, despigmentación
- Fascies de luna llena
- Piel: despigmentación, descamación
- Existe edema ocasionalmente en forma generalizada
- El hígado está a dos o tres centímetros debajo del reborde costal.

2.6. KWASHIORKOR-MARASMO

En la forma mixta Kwashiorkor-Marasmo, se observa una combinación de signos y síntomas de las dos clases anteriores.

2.6.1. Características:

- Comparten las manifestaciones anteriores
- Edema solo en pies

2.7. Sobrepeso y Obesidad

2.7.1 Definición

Definir la obesidad resulta difícil ya que hay muchos factores que la causan y varían entre poblaciones. “Incremento en el porcentaje de tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado del aumento de peso, cuya magnitud y distribución condiciona el estado de salud del individuo”¹⁵

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. En su origen se involucran factores genéticos y ambientales, que determinan un

¹⁵ Obesidad “Braguinskay J, y col El Ateneo. Bs. As



trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad.

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$). El sobrepeso infantil se establece a partir del percentil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del percentil 85. La obesidad infantil aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, como la diabetes mellitus.

La obesidad infantil es uno de los problemas de salud pública más graves del siglo XXI. El problema es mundial y está afectando progresivamente a muchos países de bajos y medianos ingresos, sobre todo en el medio urbano. La prevalencia ha aumentado a un ritmo alarmante. Se calcula que en 2007 había en todo el mundo 22 millones de menores de 5 años con sobrepeso. En la actualidad, más del 75% de los niños obesos o con sobrepeso viven en países de ingresos bajos y medianos.

Los niños obesos y con sobrepeso tienden a seguir siendo obesos en la edad adulta y tienen más probabilidades de padecer a edades más tempranas enfermedades no transmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.¹⁶

¹⁶Organización Mundial de la Salud. Artículo sobre Aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles, Causas del sobrepeso y la obesidad infantiles. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>



2.7.2. Causas

La causa fundamental del sobrepeso y la obesidad infantil es el desequilibrio entre la ingesta calórica y el gasto calórico; en cuanto a la ingesta, cuando la persona ingiere más calorías de las que consume, el exceso se almacena como grasa conduciendo paulatinamente a la obesidad. El aumento mundial del sobrepeso y la obesidad infantiles es atribuible a varios factores, tales como:

- El cambio dietético mundial hacia un aumento de la ingesta de alimentos hipocalóricos con abundantes grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes saludables.
- La tendencia a la disminución de la actividad física debido al aumento de la naturaleza sedentaria de muchas actividades recreativas, el cambio de los modos de transporte y la creciente urbanización.

2.7.2.1. Sobrealimentación es producida por:

- a. Aumento en el consumo de hidratos de carbono refinados y de grasas saturadas que se encuentran contenidos en refrescos, otras bebidas, aperitivos y golosinas.
- b. Falta de preparación de alimentos en el hogar, dando lugar al aumento desmedido del consumo de alimentos industrializados.
- c. Falta de supervisión por parte de los padres para controlar raciones y calidad de alimentos.
- d. Noción de cantidad y calidad de alimentos.



- e. Horarios alterados de alimentación y tiempo dedicado para sentarse a comer.
- f. No desayunar.
- g. Tipo de bebidas ingeridas (con alto contenido de azúcares: jugos, refrescos, etc.).
- h. Falta de conocimiento para decidir tipos y porciones adecuadas de alimentos y menor consumo de alimentos ricos en fibra como frutas y verduras.
- i. Aumento del consumo de sal.

2.7.2.2. Sedentarismo se debe a:

- a. Disminución de la actividad física
- b. Incremento en el tiempo destinado a la televisión, computadora y juegos electrónicos y de video, reduce actividades recreativas que implican actividad física.
- c. Aquellos que realizan actividades sedentarias por más de tres horas al día.

2.7.2.3. Factores hereditarios

Se sabe que los hijos de padres obesos tienen mayor probabilidad de ser obesos, especialmente si ambos padres lo son.

2.7.2.4. Situación hormonal

En menos del 5% de los casos la obesidad es secundaria a enfermedades endocrinas o genéticas específicas.



2.7.2.5. Situación psicosociales y ambientales

- a. Hijos de familias en las que ambos padres trabajan.
- b. Hogares de padres solteros.
- c. Niños con aislamiento social y problemas afectivos.
- d. Los que realizan ejercicio de gasto energético alto menos de tres veces a la semana.
- e. Padres con largas jornadas de trabajo o que están alejados de casa por periodos largos.

2.7.2.6. Otros

- a. Riesgo para niños de convertirse en adolescentes con sobrepeso u obesidad es mayor en mujeres que en hombres.
- b. Niños con peso alto o bajo al nacimiento.
- c. Niños que fueron ablactados tempranamente y/o que consumen alimentos industrializados con alta densidad calórica.
- d. Consumo de tabaco de manera activa o pasiva.”¹⁷

2.7.3. CLASIFICACIÓN

2.7.3.1. Obesidad hiperplásica

Se inicia en la infancia o en la adolescencia en la que hay un aumento de número de adipocitos. Correspondería a las obesidades “rebeldes”, con ingesta no desmesurada, y con escasas posibilidades de éxito en el tratamiento.

¹⁷ Sarah E. Barlow and William H. Dietz. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations Pediatrics, ed 29, 1998: 102
DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010



2.7.3.2. Obesidad hipertrófica

Cuando la obesidad aparece en la edad adulta, hay un aumento del contenido lipídico de las células del tejido adiposo, es decir el tamaño de los adipocitos.¹⁸

2.8. Hábitos Alimentarios

2.8.1. Definición.- se puede definir como las prácticas adquiridas a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación.

Una buena alimentación es uno de los aspectos más importantes en el crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente y en la edad adulta contribuye a la calidad de vida y prevención enfermedades relacionadas a la alimentación. La infancia es la etapa crucial para el aprendizaje de los hábitos alimentarios.

Los hábitos alimentarios son aprendidos en el seno familiar, pero se encuentran influenciados por varios factores. Generalmente (los hábitos) se sostienen sobre pautas colectivas, incorporadas en el individuo como costumbres. No es suficiente que un producto sea comestible para que acabe siendo comida por el hombre: esto ocurrirá si lo consienten los parámetros culturales.

2.8.2. LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS Y SUS ORÍGENES

Las personas tienen sus propias preferencias, rechazos y creencias respecto a los alimentos, y muchas son conservadoras en sus hábitos alimentarios. Se tiene la tendencia a aceptar lo que las madres preparaban, los alimentos que se servían en ocasiones festivas o los que consumían lejos de casa con amigos y

¹⁸ Cervera Pilar, Alimentación y Dietoterapia, 4ta ed. Editorial Mc Graw- Hill Interamericana. España, 2004: 303: 175
DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010



familiares durante la infancia. Los alimentos que los adultos comieron durante la infancia raramente son rechazados posteriormente.

Se dice con frecuencia que los hábitos alimentarios rara vez o nunca cambian y que son difíciles de modificar. Esto no es cierto; en muchos países los alimentos básicos actuales no son los mismos que se consumieron inclusive hace un siglo. Los hábitos y las costumbres alimentarias cambian y pueden ser influenciadas en formas diferentes. Las preferencias alimentarias no se establecen ni se eliminan por caprichos y aficiones. Frecuentemente los ajustes se originan en cambios sociales y económicos que se llevan a cabo en toda la comunidad o sociedad. El asunto importante no es qué tipo de alimentos se consume sino más bien, cuanto de cada alimento se come y como se distribuye el consumo dentro de la sociedad o de la familia.

La persona que controla las finanzas familiares influye (deliberadamente o sin intención) en la dieta de la familia y los alimentos que se dan a los niños. En general, si las madres tuviesen algún control sobre las finanzas, la dieta familiar sería mejor. Cuando la madre tiene poco control sobre los ingresos de la familia, los arreglos alimentarios pueden volverse casuales o inclusive peligrosos. La educación nutricional ha tenido una importante influencia en los hábitos alimentarios, pero no siempre ha sido positiva.¹⁹

¹⁹ FAO. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y Alimentación. Factores sociales y culturales en la nutrición. Disponible en: <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s08.htm>



2.8.3. FACTORES INFLUYENTES:

Los factores que influyen en la elección de los alimentos, y por ende, en la constitución de los hábitos alimentarios de cada individuo.

- ❖ Entre los más importantes se encuentran: la tradición, importante para mantener unos hábitos determinados ya que el individuo tiende a consumir aquellos alimentos con los que está familiarizado o habituado desde la infancia.
- ❖ Otros factores son: la disponibilidad del alimento, los avances tecnológicos en los sistemas de producción, conservación, transporte y distribución los alimentos; lo que ha ampliado la disponibilidad de los mismos en cualquier época del año, quedando superada la estacionalidad del producto.
- ❖ A medida que aumentan los ingresos (factor económico), si se parte de situaciones económicamente muy precarias se mejora la accesibilidad de los alimentos. Sin embargo una mayor capacidad económica para la compra de alimentos no es sinónimo de que exista una mayor calidad nutricional en la dieta.²⁰

2.8.4. LAS NECESIDADES FUNDAMENTALES EN EL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO

Comer es una necesidad fundamental para el mantenimiento de la vida en los países desarrollados estas necesidades están cubiertas sobradamente, existiendo

²⁰ Confederación (de ámbito estatal) de Consumidores y Usuarios (CECU). Hábitos alimentarios en niños. Disponible en: <http://www.cecuc.org/campanas/alimentacion/informehabitos.pdf>



más patologías ligadas al exceso que al déficit de la alimentación. Esta necesidad depende de ciertos factores:

- **2.8.4.1. Disponibilidad de alimentos:** la alimentación de una población está supeditada a los alimentos disponibles en su entorno, los cuales contribuyen necesariamente a marcar unos hábitos. Así, la alimentación en medios rurales suele ser algo diferente que en la ciudad, aunque en los países industrializados debido a la facilidad de transporte y conservación y a la gran emigración procedente de otras culturas, la alimentación tiende a uniformarse.
- **2.8.4.2. Factores económicos:** estos factores son decisivos a la hora de conseguir alimento. Es obvio que muchos alimentos no son asequibles para ciertos sectores y, por tanto, las familias con pocos ingresos se alimentaran de manera distinta a las de clases con más poder adquisitivo, sin que ello signifique que estas últimas estén mejor nutridas en lo que a equilibrio se refiere.

2.8.5. IMPORTANCIA DE LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS SALUDABLES EN LOS NIÑOS

2.8.5.1. Cambios en los hábitos alimentarios en los niños a partir del primer año

Los niños a partir del primer año cambian mucho su comportamiento alimentario. Hasta ese momento, los niños comen lo que se les ofrece, aproximadamente a partir de los dos años empiezan a comer solos. Progresivamente empiezan a utilizar los cubiertos: primero la cuchara, que normalmente está condicionado por



el cambio de textura de los alimentos, sopas, purés, etc., y poco a poco los demás. También dejan de utilizar el biberón y empiezan a beber en vaso.

2.8.5.2. Cambios en el número de alimentos

A medida que se van incluyendo diferentes alimentos en la dieta, se producen cambios en los sabores, se van mezclando sabores y texturas. Es conveniente ir incluyendo poco a poco frutas, verduras, pasta, cereales cocinados de diferente forma y con diferentes condimentos.

2.8.5.3. Cambios en el número de comidas diarias

Es importante distribuir las comidas en 4-5 tomas. Tres de ellas deben ser completas y equilibradas en cantidad y calidad, es decir deben contener todos los tipos de alimentos (energéticos, formadores y reguladores) en las proporciones adecuadas. Las otras dos comidas intermedias, ligeras pero no por ello menos nutritivas. No se deben utilizar para aportar alimentos no nutritivos. Son más apropiados los alimentos lácteos y derivados. Es importante acostumbrar a los niños a comidas para días especiales, incluso la posibilidad de "hacer algún exceso" en ellas, reservando los fritos, dulces etc. para estas situaciones, que se pueden asociar a fiestas familiares, infantiles o comidas fuera de casa.

2.8.5.4. Cambios en la forma de cocinar

Otro aspecto que se debe cuidar en las dietas infantiles es la técnica culinaria. Muchas comidas no son agradables por el olor o el sabor, a veces, también influye la textura. Puede ser imprudente y contraproducente introducir en la dieta



infantil alimentos de sabor intenso, como los picantes, en salazón, ahumados, etc. En cuanto a la textura, se deben ir eliminando los purés como alimento diario y pasar al número de veces que lo ingieren los adultos de la casa. A partir de los 3 años, deben aprender a saborear diferentes verduras y también la carne roja, el pescado y el pollo por separado. Es decir se debe introducir la idea de 1 a 2 platos en cada comida importante o empezar por platos combinados que se componen de diferentes alimentos y porciones o unidades. Se deben ir incluyendo a partir de los 3-4 años, las comidas en guisos, mezclar carne o pescado con verduras, patatas, pasta, o bien cereales con verdura pero no para servir en forma de purés sino en forma de comida conjunta. Este tipo de comida facilita la palatabilidad y desarrolla el gusto.²¹

2.9. CAPACITACIÓN

2.9.1. Definición: Se entiende por capacitación al conjunto de procesos organizados, relativos tanto a la educación formal, informal de acuerdo con lo establecido por la ley general de educación, dirigidos a prolongar y a complementar la educación inicial mediante la generación de conocimientos, el desarrollo de habilidades y el cambio de actitudes, con el fin de incrementar la capacidad individual y colectiva para contribuir al cumplimiento de la misión

²¹ Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada. UNED Facultad de Ciencias. Nutrición y Dietética. Hábitos alimentarios. Disponible en: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/infancia/numero.htm#top>



institucional, a la mejor prestación de servicios a la comunidad, al eficaz desempeño del cargo y al desarrollo personal integral.²²

2.9.2. TÉCNICAS PARTICIPATIVAS DE EDUCACIÓN

El componente educativo es un pilar fundamental para formar y/o modificar conocimientos actitudes y prácticas. Para su implementación, se ha venido usando metodologías tradicionales es decir, bastante formales, limitando la reflexión y participación de los educandos, que han sido entre otras el motivo para que no se cumplan con los objetivos y metas de enseñanza-aprendizaje.

Se ha demostrado que la capacitación a los adultos funciona mejor como un aprendizaje vivencial, activo, participante y practico-pro actividad, antes que como una enseñanza académica e intelectualista.

Las Técnicas Educativas se utilizan ampliamente en la actualidad, y dentro de estas suscitan mucho interés las técnicas participativas que no son más que un “pretexto” para facilitar que un grupo reflexione, dialogue, comparta y analice, partiendo de su propia experiencia y realidad con sus propios códigos de una forma amena y motivadora.

Toda técnica y material de apoyo deberán ser adaptados al medio donde se desarrolla la actividad educativa.

2.9.3. Definición

²² Alberto Figueroa web máster. Capacitación. Disponible en:
http://www.asodefensa.org/portal/?page_id=4



Las técnicas participativas son herramientas que se utilizan como recursos pedagógicos prácticos sobre todo en el desarrollo de talleres en donde el coordinador y los participantes aprenden a través de sus experiencias.

El coordinador integra y conduce el desarrollo del taller y propicia un ambiente adecuado para la participación grupal. Los participantes aprenden haciendo, compartiendo, analizando, discutiendo y ponen en juego su creatividad, conocimientos y responsabilidad.

Cada técnica se aplica de acuerdo al momento del proceso educativo, tomando en cuenta las características del grupo participante, las condiciones objetivas y materiales en que se desarrolla el o los temas y objetivos que se requiere alcanzar.

2.9.4. FASES DE LA TÉCNICA

2.9.4.1. FASE DE PRESENTACIÓN

Para esta fase momento se sugiere utilizar técnicas de ambientación, presentación y animación, y se realizan para despertar el interés y para formar grupos en una intervención educativa.

Objetivo: animar, cohesionar, crear un ambiente fraterno y participativo. Deben usarse:

- a) Al inicio de la jornada de capacitación para permitir la integración de los participantes.



- b) Después del momento intenso y de cansancio para integrar y hacer descansar a los participantes.

2.9.4.2. FASE DIAGNÓSTICA O MONITOREO

En la fase de diagnóstico se sugiere la utilización de técnicas de investigación y análisis que son útiles para identificar y priorizar problemas de salud y nutrición entre otros. También sirve para expresar, reflexionar, organizar y compartir conocimientos, experiencias, sentimientos, costumbres y creencias relacionadas con la alimentación y nutrición.

Objetivo: dar elementos simbólicos que permitan reflexionar sobre situaciones de la vida real.

Ejemplos: lluvia de ideas, lluvia de ideas por tarjetas, árbol social.

2.9.4.3. FASE DE APRENDIZAJE / CAPACITACIÓN

Para esta fase se requiere técnicas que estimulen el desarrollo de habilidades y la capacidad de actuar y comportarse frente a situaciones reales. Ejemplo de técnicas y dinámicas.

2.9.4.3.1. CHARLA

Objetivo: transmitir conocimientos básicos sobre el tema específico en forma de una exposición sencilla y clara.

Desarrollo: la charla requiere de dos fases:



1. Planificación

- Determinar el objetivo
- Conocer previamente al grupo (sexo, edad, escolaridad, etc.)
- Determinar fecha, horario, lugar y local.
- Preparar el contenido de la charla.
- Preparar los auxiliares de la enseñanzas que utiliza (diapositivas, rota folios, trípticos, etc.).

2. Ejecución

- Llegar a tiempo para preparar los materiales y recibir a los participantes.
- Una exposición no debe exceder de 30 minutos.
- Usar un lenguaje sencillo y claro.
- Al final de la charla dar un tiempo de 20 a30 minuto para preguntas y respuestas que servirá para aclarar cualquier duda.

2.9.4.3.2. DEMOSTRACIÓN PRÁCTICA

2.9.3.1. Objetivo: enseñar en forma clara la manera de realizar una actividad práctica y de ejercicio de ciertas destrezas.

2.9.3.2. Desarrollo

- Llegar con anticipación para preparar los materiales necesarios.
- Presentarse a los participantes diciendo nombre, institución, tema a tratarse.



- Realizar la demostración y durante ella receptar preguntas de los participantes.
- Concluida la demostración procurar que uno de los participantes repita el procedimiento.

2.9.3.4. Ventajas

- Es concreta y objetiva en la enseñanza.
- Aclara puntos importantes.
- Utiliza lenguaje sencillo.

2.9.3.5. Recomendaciones

- El educador debe dominar la materia.
- Seguir los pasos de la guía de trabajo.
- Enfatizar en el tema más importante.
- Explicar lo que debe hacerse y lo que no debe hacerse.
- No excederse del tiempo programado.
- Dejar un tiempo para la discusión después de la demostración.

2.9.4.4. FASE DE PLANIFICACIÓN O COMPROMISO

- En esta fase se utilizará técnicas que permiten la organización, ordenamiento y planificación del trabajo que va a desarrollar el equipo de salud.



- En función de los problemas nutricionales existentes es vital formular y planificar actividades que contribuyan a mejorar el estado nutricional de la población.
- Las actividades han servido para organizar el trabajo y planificar la ejecución de las actividades; también han permitido dirigir la proyección futura. Se han ejecutado varias técnicas.

Ejemplos: lluvia de ideas, grupos nominales, juegos de tarjetas.

2.9.4.5. EVALUACIÓN:

La evaluación educativa se entiende fundamentalmente como una función pedagógica, como parte intrínseca y central del proceso de enseñanza aprendizaje: contextualizada, estructural, asequible y realista, útil, afectan a los procesos y no solo a los resultados, sensibles a los valores.

La evaluación después de cada sesión educativa deberá considerar los siguientes aspectos: asistencia, participación, grado de consecución de los objetivos, contenidos, metodología educativa, adecuación de los recursos: local, duración de cada sesión, horario, recursos didácticos y facilitador. **Ejemplos:** cuestionarios, bingo loco, jurado 14.²³

²³ Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000). Manual de Capacitación y Alimentación y Nutrición para el personal de salud. **Saber alimentarse**. Módulo 13 Técnicas Participativas de Auxiliares de Enseñanza. Quito 2006:1-22.



CAPITULO III

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar el estado nutricional a los niños y niñas que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Solidario “27 de febrero” y capacitar a sus padres.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar el estado Nutricional de los niños y niñas que acuden diariamente a las guarderías municipales de la ciudad de Cuenca a través de peso y talla.
- Aplicar encuestas a los padres de familia para identificar las prácticas alimentarias de los niños evaluados.
- Establecer una relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias.
- Capacitar a los padres de familia sobre los hábitos higiénicos-dietéticos adecuados.



CAPITULO IV

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó un estudio descriptivo, prospectivo, que nos permitió conocer el estado nutricional de los niños y niñas menores de 5 años y sus prácticas alimentarias, y establecer una relación entre el estado nutricional y prácticas alimentarias; para, con estos resultados, capacitar a sus padres.

UNIVERSO Y MUESTRA

El presente estudio se realizará con la totalidad del universo y estará conformada por los 56 niños del Centro de Desarrollo Infantil Solidario "27 de Febrero".

CRITERIO DE INCLUSIÓN:

Todos los niños y niñas que se encuentren asistiendo regularmente a la guardería previo consentimiento informado de los padres.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

Se excluirá a los niños y niñas cuyos padres no autoricen que sus hijos sean parte del estudio.

Se excluyó a 2 niñas una por ser menor de 6 meses, y la otra por ser una niña abandonada de la cual no se conocían sus datos.

Se excluyó a los niños y niñas que tenían 5 años 1 mes en adelante.



VARIABLES

VARIABLES: estado nutricional, prácticas alimentarias y capacitación

Operacionalización de las variables (Ver anexo N°1)

ESTADO NUTRICIONAL

Es la condición del cuerpo humano, determinado por la ingestión, utilización y gasto de nutrientes.

VALORES DE REFERENCIA	
Desviaciones Estándar	
-1 +1 = normal	+1+2 = sobrepeso
-1-2 = desnutrición leve	+2+3 = obesidad I
-2 -3 =desnutrición moderada.	+3 = obesidad grave
-3= desnutrición grave.	

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

Conjunto de conocimientos, actitudes y prácticas que se manifiestan en la compra, preparación y consumo de los alimentos.



% de adecuación:

<95% = Déficit

95-105%= Normal

>105% = Exceso

MÉTODOS Y TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Determinación del Peso y Talla

Para medir el peso se utilizó una báscula y una balanza de lactantes, para este fin:

- Los niños/as estuvieron con la mínima cantidad de ropa, sin zapatos esto se realizó en los niños mayores de 24 meses.
- En los niños/as de 6 a 24 meses se realizó la toma del peso en una balanza de lactantes en la cual el niño(a) estuvo, con la mínima cantidad de ropa y con el pañal limpio.
- El peso fue tomado 2 veces.

Para obtener la talla utilizamos una cinta métrica adaptada a una pared:

- Se procedió a acostar a los niños sobre una superficie horizontal, con la ayuda de la persona encargada de Estimulación, en el caso de los niños/as de 6 a 24 meses.
- En los niños/as mayores de 24 meses se obtuvo la talla con una cinta métrica, descalzos y sin medias, en caso de las niñas que estuvieron con



el cabello recogido se procedió a retirar el lazo, una vez tomada la talla se le colocó nuevamente.

Determinación de la evaluación dietética:

Se utilizó el método de evaluación Dietético Cualitativo que comprende frecuencia de consumo de alimentos habituales y anamnesis alimentaria de fin de semana; con este método se obtuvo información retrospectiva de los patrones de alimentación usados por períodos largos, que son menos definidos que los asociados a los métodos cuantitativos; con el objetivo de recopilar datos de la ingestión habitual de nutrientes.

Determinación del requerimiento calórico:

Para obtener los requerimientos de los niños se procedió de la siguiente manera:

- Se multiplico el peso de cada niño por las calorías de acuerdo a las diferentes edades. Ejemplo: $14\text{kg} \times 120 \text{ Kcal} = 1428 \text{ Kcal}$. Luego con el requerimiento calórico se obtuvo la fórmula dietética: 12% proteína, 30% grasas, 58% carbohidratos. Esto sirvió para comparar con la ingesta de fin de semana.

La encuesta de frecuencia de consumo de alimentos habituales constó de:

una lista de alimentos extensa que nos permitió estimar el total de la ingestión de alimentos así como la diversidad dietética y cuantificar el tamaño de las porciones usuales de consumo y de esta manera determinar la cantidad de calorías provenientes de cada macro nutriente. Para conocer el aporte de nutrientes que el niño consumía en su casa de lunes a viernes se procedió a analizar el menú de



una semana que constaba de dos refrigerio y el almuerzo y se estableció el promedio del centro de desarrollo infantil solidario 27 de febrero.

Una vez obtenidas las encuestas se procedieron a transformar las medidas caseras a gramos, teniendo esta cantidad en gramos se multiplicó por el número de veces consumidas y por último, se dividió para (7) semanal y (20) mensual.

Luego obteniendo la cantidad de gramos procedimos a introducir en un programa (FP2), para conocer la cantidad de nutrientes que aportaba cada alimento.

Determinando la cantidad de calorías que requiere cada niño, se restó 793 calorías (60%) que aporta el centro (ver anexo N° 5), y con este resultado realizamos la formula dietética.

La diferencia fue comparada con los resultados del análisis de la encuesta de frecuencia de consumo y por ultimo clasificamos de la siguiente forma:

RANGO	PORCENTAJE DE ADECUACIÓN
< 95%	Déficit
95-105%	Normal
>105%	Exceso

La anamnesis alimentaria de fin de semana constó de: un cuestionario donde se recopiló la información habitual de su alimentación y número de veces que recibe alimentos el niño en su casa.

Conociendo el menú de estos días, realizamos el desglose de los alimentos y utilizamos las medidas caseras que obtuvimos en la frecuencia de consumo y las transformamos en gramos, luego introducimos estas cantidades en el programa



(FP2), para conocer la cantidad de nutrientes que aportaba cada alimento.

La diferencia fue comparada con los resultados del análisis y por último clasificamos en déficit, normal, y exceso.

Estos resultados fueron comparados con las recomendaciones de ingesta calórica establecidas por la FAO (ver anexo N°6). El método que aplicamos para la recopilación de la información fue una entrevista directa a los representantes de los niños. (Ver anexo N° 3)

Capacitación:

Consiste en una actividad planeada y basada en las necesidades reales de una población y orientada hacia un cambio en los conocimientos.

Desarrollo de la capacitación:

Para el momento educativo se cumplió con las siguientes fases:

1) PRESENTACIÓN DE LAS EXPOSITORAS:

Empezamos con un saludo y nos presentamos como egresadas de la carrera de Nutrición y Dietética de la Universidad de Cuenca a todos los padres de familia.

2) PRESENTACIÓN DE LOS PARTICIPANTES DE LA CHARLA(ANIMACIÓN O AMBIENTACIÓN)

Se utilizó animaciones en diapositivas sobre: los 10 alimentos para la longevidad y el eco de la vida.



3. PRESENTACIÓN DEL TEMA: “ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN EL PREESCOLAR” Y “ LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA”

La charla se llevó a cabo mediante la reproducción de diapositivas.

Objetivo de la charla: transmitir los conocimientos básicos sobre el tema específico en forma de una exposición sencilla y clara.

Tiempo: 30 minutos la exposición del tema y 10 a 20 minutos en preguntas y respuesta de los padres de familia.

3) FASE DE REFLEXIÓN O COMPROMISO

Se entregó una frase motivadora a los padres de familia con la finalidad de que tengan presente en la alimentación diaria de sus hijos.

4) FASE DE EVALUACIÓN

En esta fase se utilizó un cuestionario para evaluar el éxito de la capacitación. (Ver anexo N° 7).

Conocimientos de la población antes y después de la capacitación

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Adecuado• Inadecuado |
|---|

Objetivo: Evaluar los conocimientos antes y después de la sesión de la capacitación.

Participantes: todos los asistentes.



Materiales: Hojas impresas con preguntas diseñadas de acuerdo a los temas.

Tiempo: 10 minutos.

Desarrollo: los padres formaron grupos de cuatro personas a las cuales se les entregó un cuestionario para que las respondan.

PLAN DE TABULACIÓN, ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Tabulación

La tabulación de las encuestas de consumo se realizó con el programa FP2 y Excel.

Análisis

Se emplearon estadísticas descriptivas.

Presentación de datos

Se presentaron los resultados por medio de tablas y gráficos: en diagramas de barras simples, dobles, triples y diagrama de pastel.



CAPITULO V

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO

La investigación se desarrolló en el Centro de Desarrollo Infantil Solidario 27 de Febrero. Se tomaron en cuenta a todos los niños y niñas que se encontraban asistiendo normalmente.

Los niños del estudio se encontraron en edades de 6 meses a 5 años, y pertenecían al sexo masculino y femenino.



TABLA Nº 1

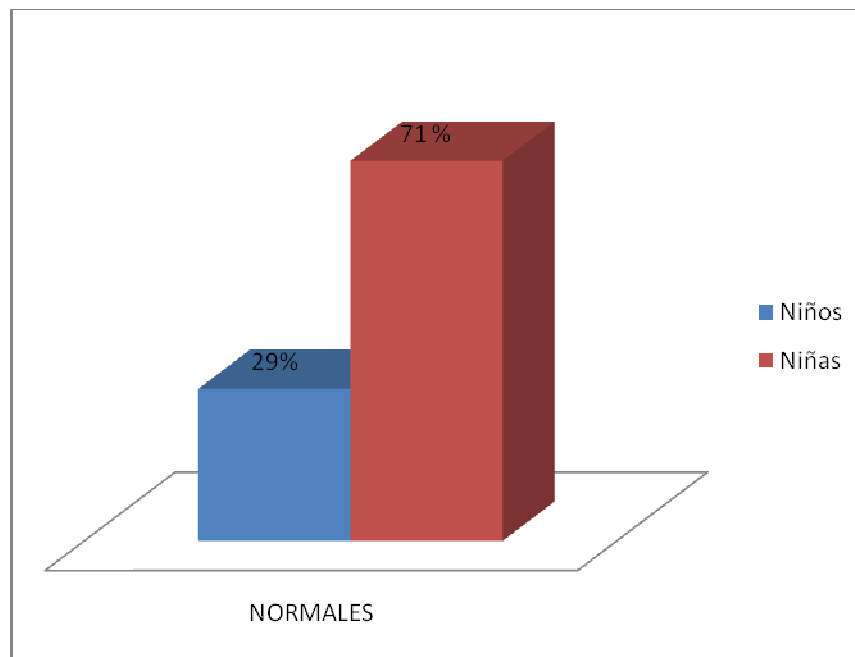
Distribución de 7 niños y niñas de Estimulación del Centro de Desarrollo Infantil Solidario 27 de Febrero Según Indicadores P/T, T/E, P/E. Cuenca, 2010

Estado Nutricional	Sexo	Número	Porcentaje
Normales	Niños	2	29
Normales	Niñas	5	71
TOTAL		7	100

Fuente: Tabla Nº 1

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 1



Fuente: tabla Nº 1

Elaborado por: las autoras

Basándonos en los datos antropométricos (peso y talla) de los niños se encontró que el 100% están normales, lo que demuestra que en su primer año de vida recibieron una buena alimentación.



TABLA Nº 2

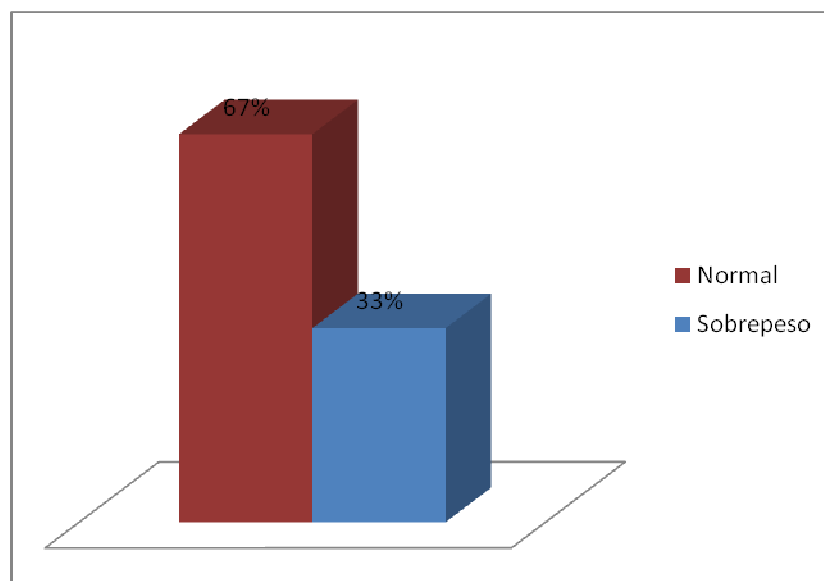
Distribución de 7 Niños y Niñas de Estimulación del Centro de Desarrollo Infantil Solidario 27 de Febrero Según Índice de Masa Corporal. Cuenca, 2010

Estado Nutricional	SEXO			
	NIÑOS		NIÑAS	
	Numero	Porcentaje	Numero	Porcentaje
Normal	4	100	2	67
Sobrepeso			1	33
TOTAL	4	100	3	100

Fuente: Tabla Nº 2

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 2



Fuente: Tabla Nº 2

Elaborado por: las autoras

De acuerdo al IMC se encontró un porcentaje mayor de normalidad, sin embargo se vio 1 caso con sobrepeso el cual probablemente tiene un ligero déficit de talla y el peso en el límite superior de la normalidad.



TABLA Nº 3

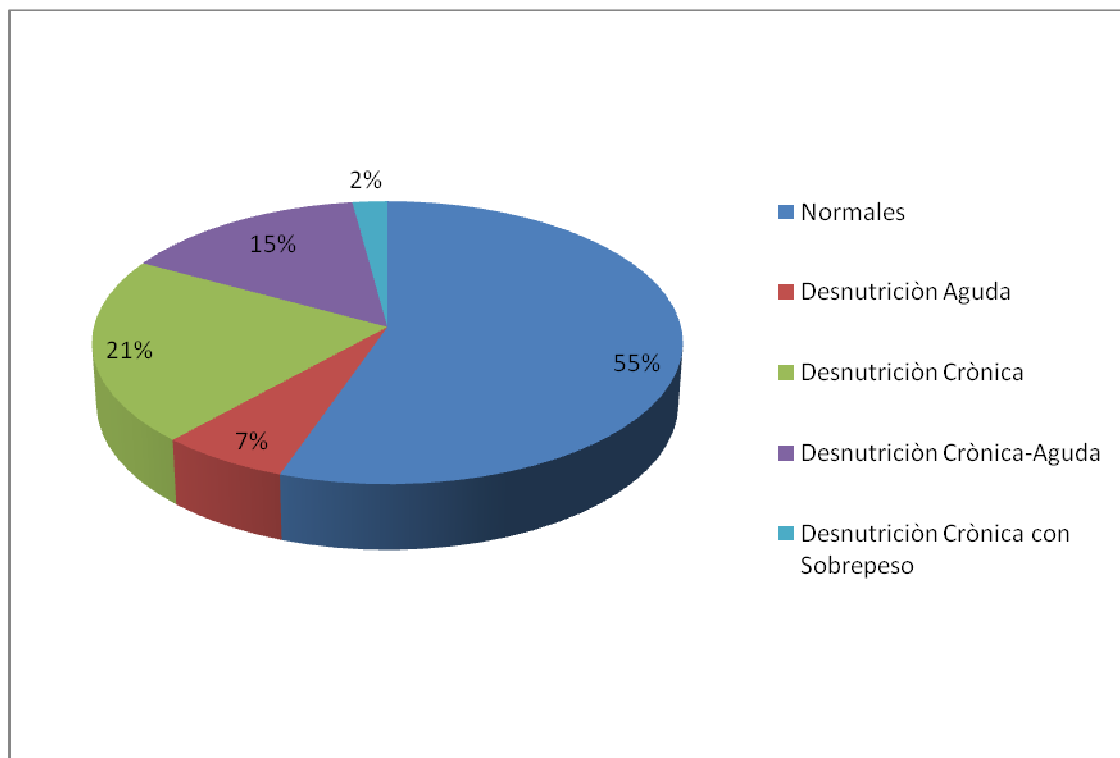
Distribución de 47 Niños y Niñas de Maternal 1, 2 y Pre básica del Centro de Desarrollo Infantil Solidario 27 de Febrero Según Indicadores P/T, T/E. Cuenca, 2010

Estado Nutricional (DS)	Número	Porcentaje	Niños	Niñas
Normales	26	55	13	13
Desnutrición Aguda	3	7	1	2
Desnutrición Crónica	10	21	5	5
Desnutrición Crónica-Aguda	7	15	3	4
Desnutrición Crónica con Sobrepeso	1	2	1	
TOTAL	47	100	23	24

Fuente: Tabla Nº 3

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 3



Fuente: Tabla Nº 3

Elaborado por: las autoras



Podemos observar que de los diferentes tipos de malnutrición, la desnutrición crónica es uno de los problemas más frecuentes que se presenta en niños menores de 5 años, lo que demuestra que la ingesta proteica ha sido deficiente en sus primeros años de vida.

TABLA Nº 4

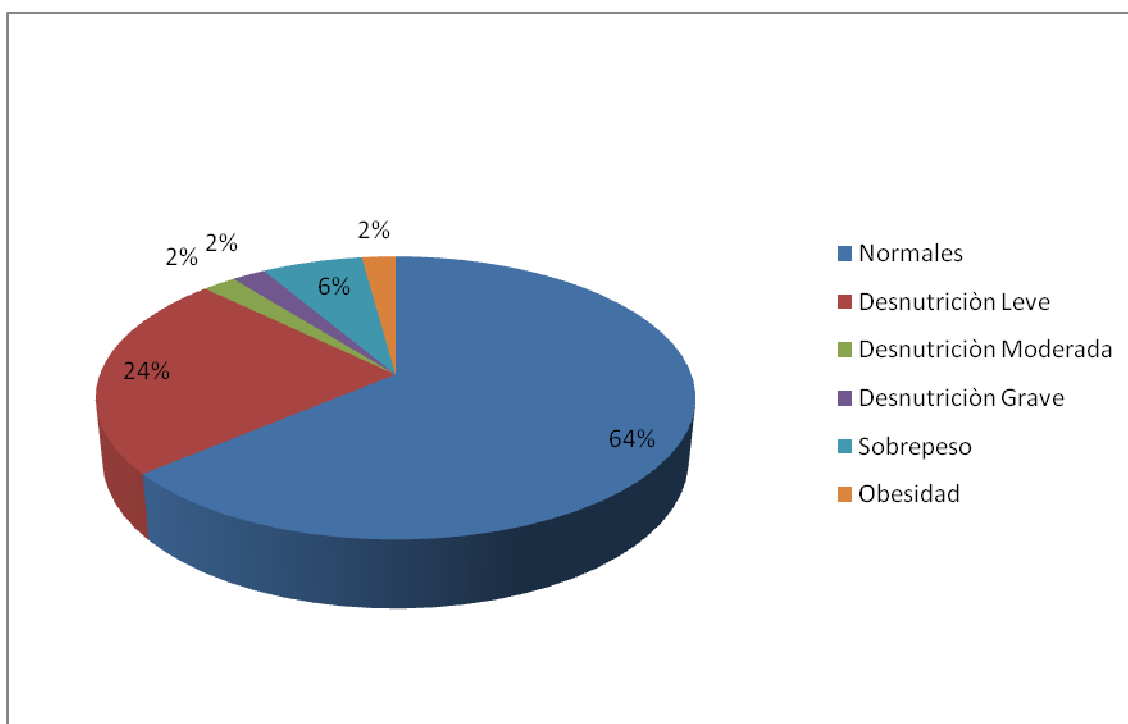
Distribución de 47 Niños y Niñas de Maternal 1, 2 y Pre básica del Centro de Desarrollo Infantil Solidario 27 de Febrero Según Índice de Masa Corporal. Cuenca, 2010

Estado Nutricional (IMC)	Número	Porcentaje	Niños	Niñas
Normales	30	64	14	16
Desnutrición Leve	11	24	6	5
Desnutrición Moderada	1	2	1	
Desnutrición Grave	1	2	1	
Sobrepeso	3	6		3
Obesidad	1	2	1	
TOTAL	47	100	23	24

Fuente: Tabla Nº 4

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 4



Fuente: Tabla Nº 4

Elaborado por: las autoras

DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ

NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010



Con el Índice de Masa Corporal se pudo cuantificar un alto porcentaje de desnutrición en más grados, la cual nos indica que estos niños tienen una baja ingesta de calorías lo que no les permite obtener un peso óptimo para su talla.



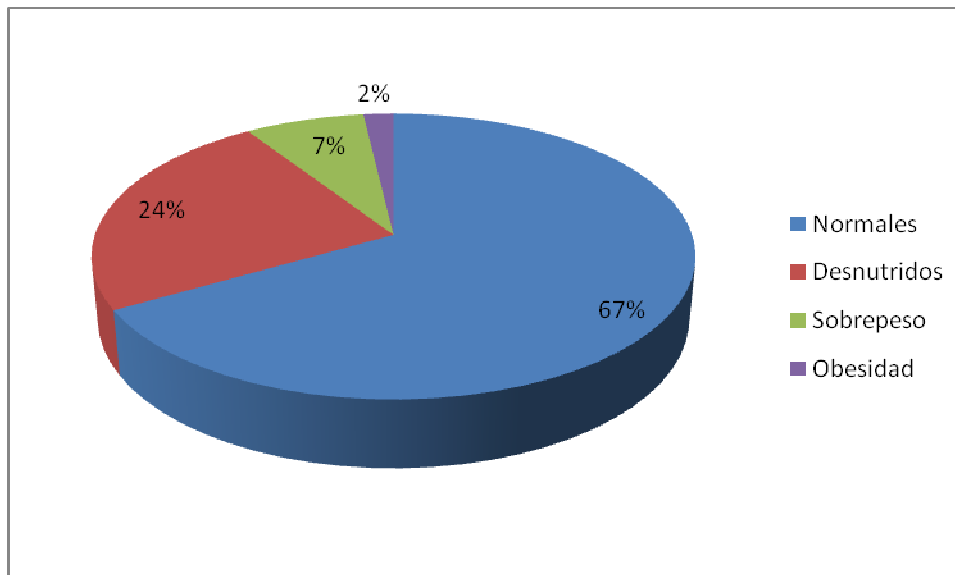
TABLA Nº 5

Distribución de 54 Niños y Niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario

27 de Febrero Según Estado Nutricional General (IMC). Cuenca, 2010

Estado Nutricional	Numero	Porcentaje
Normales	36	67
Desnutridos	13	24
Sobrepeso	4	7
Obesidad	1	2
Total	54	100

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Tabla Nº 4

Elaborado por: las autoras

En el centro de desarrollo infantil solidario 27 de febrero se observó que más de la cuarta parte de los niños/as, presentan problemas de malnutrición por déficit o exceso.



TABLA Nº 6

Distribución de 54 Niños y Niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario

27 de Febrero Según la Frecuencia de Consumo Semanal de Alimentos.

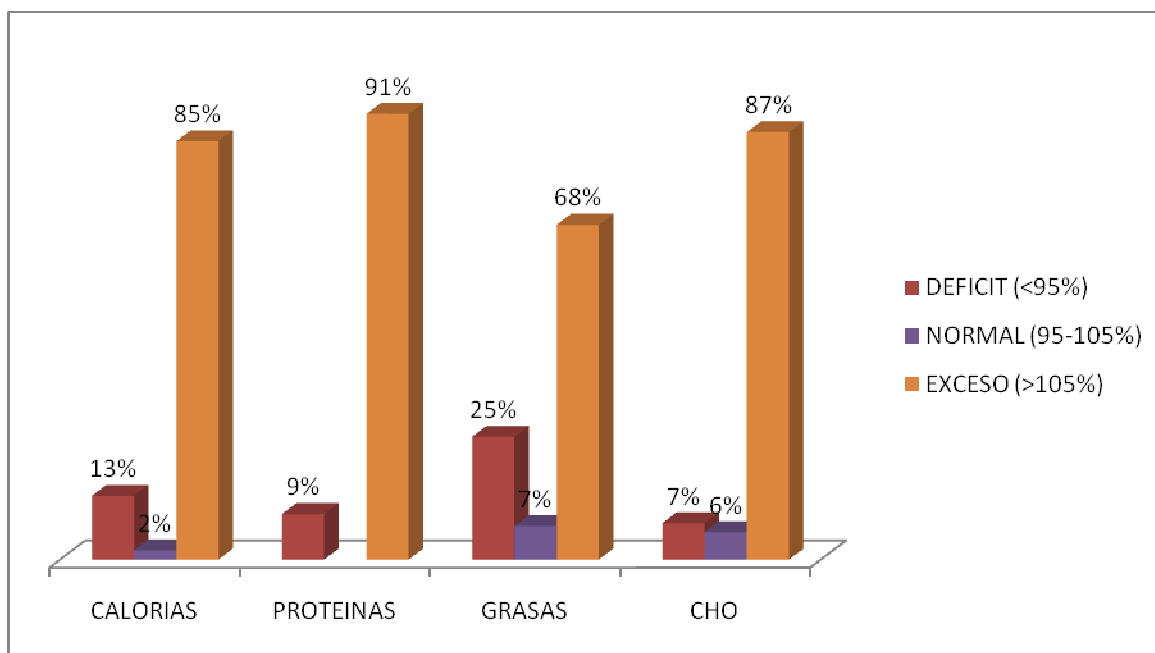
Cuenca, 2010

% DE ADECUACIÓN	CALORIAS	%	PROTEINAS	%	GRASAS	%	CHO	%
DEFICIT (<95%)	7	13	5	9	11	25	4	7
NORMAL (95-105%)	1	2			3	7	3	6
EXCESO (>105%)	46	85	49	91	30	68	47	87
TOTAL	54	100	54	100	44	100	54	100

Fuente: Encuestas de consumo semanal (frecuencia de consumo)

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 6



Fuente: Encuestas de consumo semanal (frecuencia de consumo)

Elaborado por: las autoras

Según la frecuencia de consumo de calorías y los macro nutrientes (proteínas, grasas, carbohidratos), se determinó: que 46 niños ingieren exceso de calorías en promedio (500 Kcal); esta se puede disminuir restando un tiempo de comida ya que la mayoría de los niños comen hasta 6 veces al día. El déficit en la ingesta



es en promedio (150 Kcal); para cubrir este requerimiento puede aumentar una porción de carbohidrato. En relación a la ingesta proteica está se excede en (50 gramos), para reducir esta cantidad se puede disminuir el tamaño de las porciones de alimentos fuentes de proteína. En 30 niños la ingesta de grasa es excesiva en aproximadamente (40 gramos); para restar este contenido extra debemos dar indicaciones básicas como: quitar la grasa visible de las carnes, consumir menos embutidos, etc.; 11 niños en déficit en la ingesta de (10 gramos); este valor se puede cubrir agregando una cucharadita de aceite a cualquier preparación. En 47 niños el consumo de carbohidratos es excesivo (100 gramos), con la disminución una ración de carbohidratos se cubre.



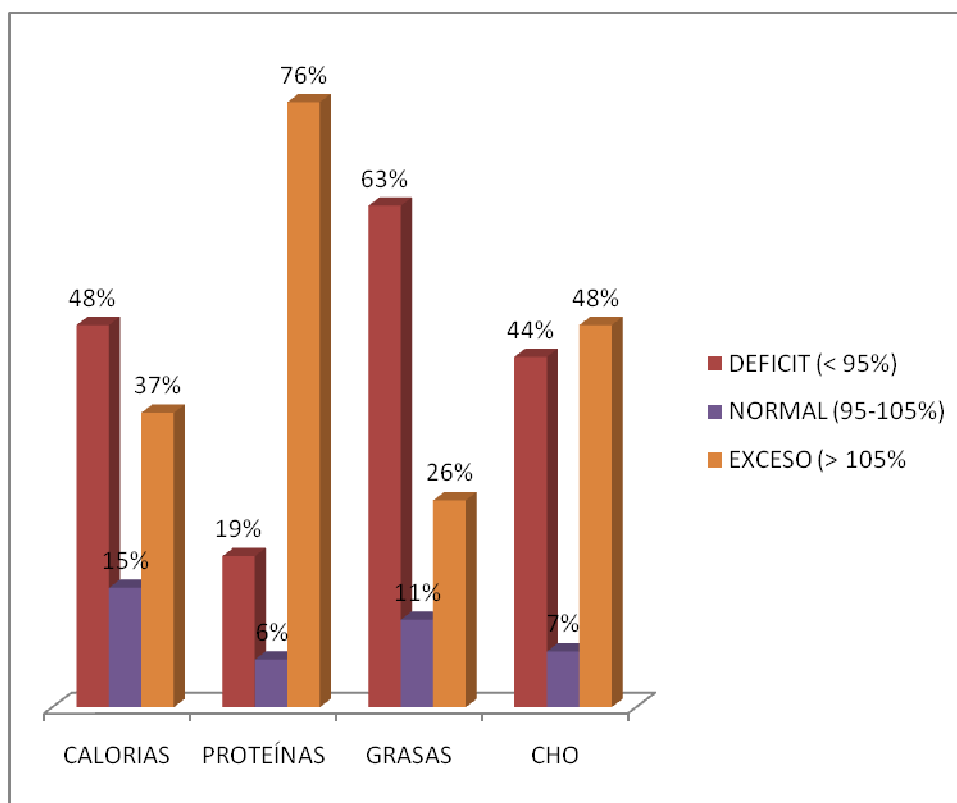
TABLA Nº 7

**Distribución de 54 Niños y Niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario
27 de Febrero Según la Anamnesis Alimentaria de Fin de Semana. Cuenca,
2010**

% DE ADECUACIÓN	CALORIAS	%	PROTEÍNAS	%	GRASAS	%	CHO	%
DEFICIT (< 95%)	26	48	10	19	34	63	24	44
NORMAL (95-105%)	8	15	3	6	6	11	4	7
EXCESO (> 105%)	20	37	41	76	14	26	26	48
TOTAL	54	100	54	100	54	100	54	100

Fuente: Encuestas de consumo de fin de semana (anamnesis alimentaria)
Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 7



Fuente: Encuestas de consumo de fin de semana (anamnesis alimentaria)
Elaborado por: las autoras



Para la anamnesis alimentaria de fin de semana, se identificó: que 20 niños tienen ingesta calórica que excede en (400 Kcal); esta se puede disminuir restando un tiempo de comida (colación); 26 niños con un déficit de (300 Kcal). En 41 niños la ingesta proteica se excedió en 20 gramos; 10 niños en déficit proteico de (10 gramos). En 14 niños la ingesta de grasa es excesiva (20 gramos); 34 niños ingieren 30 gramos menos, este valor se cubre agregando una cucharadita de aceite o mantequilla a cualquier preparación. En 26 niños el consumo de carbohidratos es excesivo en (50 gramos); y en 24 niños la ingesta deficitaria es de (40 gramos).

TABLA Nº 8

Distribución de 54 los Niños y Niñas del Centro de Desarrollo Infantil

Solidario 27 de Febrero Según el Consumo de Suplementos Dietéticos.

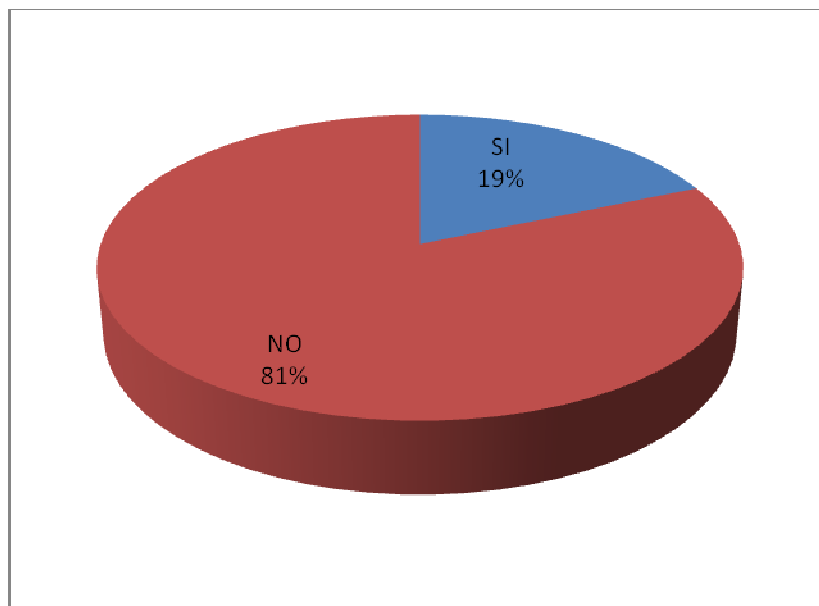
Cuenca, 2010

Consumo de Suplementos Dietéticos	Número	Porcentaje
SI	10	19
NO	44	81
TOTAL	54	100

Fuente: Encuestas de consumo

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 8



Fuente: Encuestas de consumo

Elaborado por: las autoras

En lo que respecta al consumo de suplementos dietéticos los más consumidos son: Ensure, leche nido, cerelac, emulsión de scott, hierro, los mismos son



prescritos por los pediatras y según los encuestados es para la ganancia de peso, crecimiento y aumento de apetito.



TABLA Nº 9

Distribución de 54 Niños y Niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario

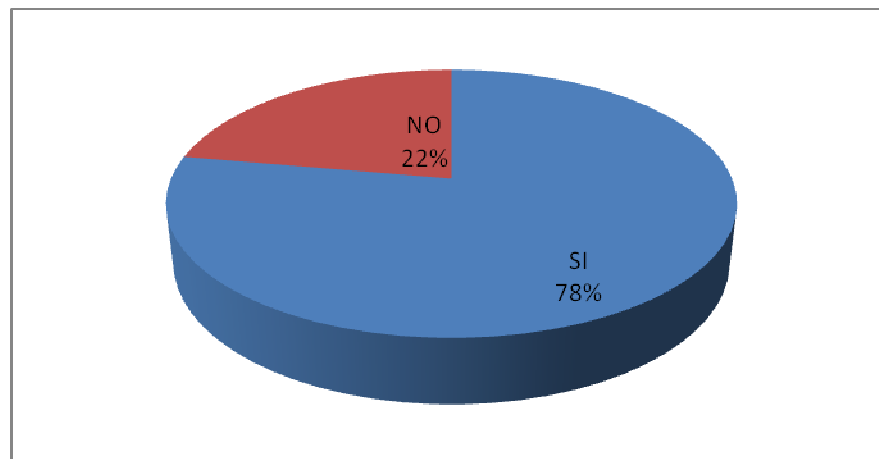
27 de Febrero Según el Consumo de Bebidas Azucaradas. Cuenca, 2010

Consumo de Bebidas Azucaradas	Número	Porcentaje
SI	42	78
NO	12	22
TOTAL	54	100

Fuente: Encuestas de consumo

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 9



Fuente: Encuestas de consumo

Elaborado por: las autoras

En cuanto al consumo de bebidas azucaradas los más consumidos son: coca cola, tampico, sunny y jugos pulp, la ingesta excesiva de estas bebidas con alto contenido de azúcares simples y otros compuestos dañinos para la salud; predispone a los niños a padecer diabetes y obesidad.

TABLA N° 10

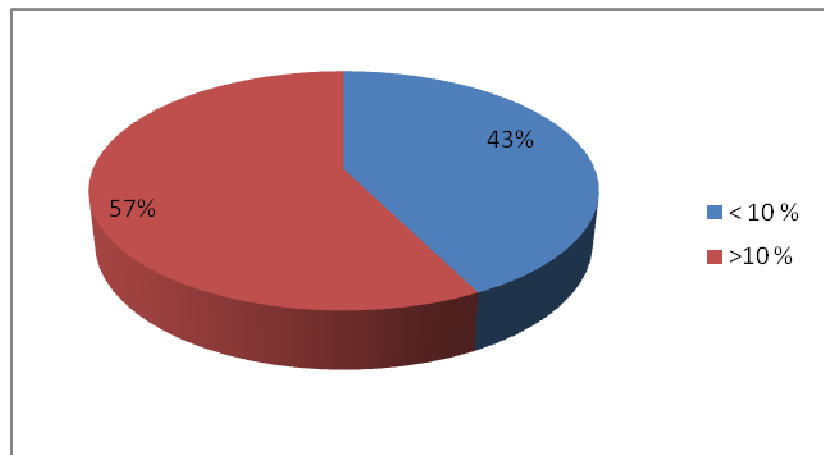
**Distribución de 54 Niños y Niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario
27 de Febrero Según el Consumo de Azúcar. Cuenca, 2010**

Consumo de azúcar	Numero	Porcentaje
< 10 %	23	43
>10 %	31	57
TOTAL	54	100

Fuente: Encuestas de consumo

Elaborado por: las autoras

GRÁFICO N° 10



Fuente: Encuestas de consumo

Elaborado por: las autoras

Con respecto al consumo de azúcar el 50% ingieren dentro de los límites normales (< 10%) y el otro 50% consumen más de lo normal (> 10%), para obtener estos resultados se consideró: el consumo de azúcar común, mermeladas, miel y panela. Una de las principales consecuencias de un consumo excesivo de azúcar en los niños son las caries dentales, seguido de la diabetes y obesidad.



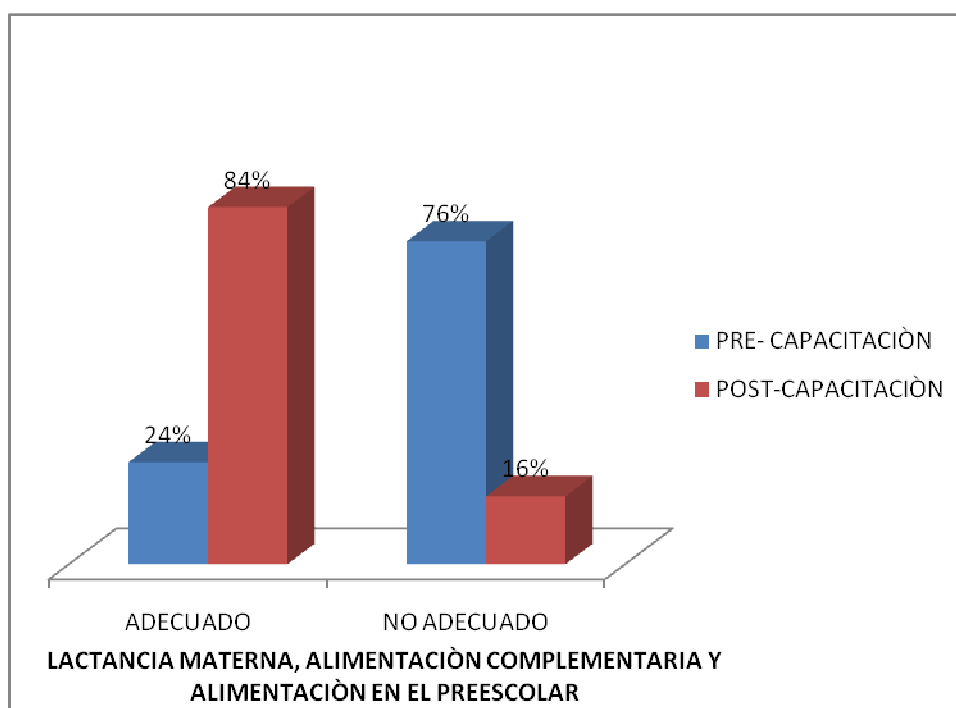
TABLA Nº 11

Distribución de 54 Niños y Niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario 27 de Febrero Según la Relación entre la Pre y Post Capacitación de los Padres de Familia. Cuenca, 2010

NIVEL DE CONOCIMIENTO	PRE- CAPACITACIÓN	%	POST-CAPACITACIÓN	%
ADECUADO	6	24	21	84
NO ADECUADO	19	76	4	16
TOTAL	25	100	25	100

Fuente: Encuestas de pre y post-capacitación
Elaborado por: las autoras

GRÁFICO Nº 11



Fuente: Encuestas de pre y post-capacitación
Elaborado por: las autoras

Al observar los porcentajes de el pre y post capacitación nos indica que en la pre-capacitación el 24% tenía conocimiento adecuado sobre el tema antes



mencionado y el 84% no conocía del tema. Luego de presentar la capacitación el 76% reforzó su nivel de conocimiento sobre el tema y el 16% mantuvo su bajo nivel de conocimiento sobre el tema. Esto permite que los conocimientos mejoren y la calidad nutricional, se espera que se pongan en práctica.



CAPITULO VI

DISCUSIÓN

Se estudiaron 54 niños del Centro de Desarrollo Infantil Solidario 27 de Febrero, sobre la Evaluación del Estado Nutricional y Capacitación a sus padres.

Se observa que la mayor frecuencia de los casos comprendidos entre las edades de 2 a 5 años corresponde a la desnutrición crónica con el 38%, de estos el 15% también presentan desnutrición aguda, comparando con un estudio realizado en 3 comunidades de la provincia de Chimborazo el 64,9% de los preescolares presentaron tallas pequeñas para su edad, lo cual refleja los largos períodos de enfermedad durante el crecimiento y períodos acumulativos de desnutrición en los preescolares. El porcentaje de desnutrición encontrado entre la población de preescolares de las tres comunidades es mayor al encontrado a nivel nacional, 49,9% (DANS, 1986). Analizando nuestra investigación, con el estudio realizado en la provincia de Chimborazo pudimos establecer, que la prevalencia de la desnutrición crónica es cada vez más significativa en las diferentes provincias de nuestro país. La causa de la alta prevalencia de desnutrición crónica puede ser la falta de recursos económicos, y desconocimiento sobre la alimentación en el primer año de vida y la presencia de enfermedades de larga duración.

Por otro lado en las comunidades de Chimborazo se presenta el 2,6% de desnutrición aguda²⁴, y en nuestro estudio el 7%; al relacionar con el consumo de

²⁴ TUSTÓN Raquel, docente del BENSON, Agriculture & Food Institute & Corporation. Estudio del Estado Alimentario Nutricional y de Salud de Tres Comunidades de la Provincia de Chimborazo, Ecuador. **ESTADO NUTRICIONAL. Disponible en:** <http://www.bensoninstitute.org/Publication/RELAN/V12/EstadoAlimentario.asp>



alimentos, vemos que es un porcentaje bajo, porque la mayoría de los niños del Centro de Desarrollo Infantil ingieren exceso de calorías.

El Índice de Masa Corporal, nos indica que el 6% están con sobrepeso y 2% con obesidad, comparado con un estudio realizado en dos cantones de Zamora y Yantzaza sobre: “Diagnóstico del Estado Nutricional y Factores de Riesgo de Desnutrición de la Población Infantil Menor de 5 años; se observa una prevalencia de sobrepeso del 19.4 %, y 4.6% con obesidad. Como se observa los resultados de nuestra investigación son inferiores a este estudio, esto podría resultar de la gran cantidad mas no de la calidad de alimentos ofertados a los niños.

Otro punto que consultamos es sobre las prácticas alimentarias, pues la alimentación es uno de los aspectos más importantes en el crecimiento y desarrollo del niño y la niña, y que en la edad adulta contribuye a la calidad de vida y prevención de enfermedades relacionadas con la alimentación.

Relacionando las prácticas alimentarias resultantes de nuestra investigación con el estudio realizado en las comunidades de la provincia del Chimborazo; la dieta de nuestros niños consta de 5 tiempos de comida, mientras que el patrón de consumo o dieta típica de las comunidades consta de 3 tiempos de comida. Las dietas analizadas están constituidas principalmente por alimentos fuentes de proteína como: (leche, yogurt, queso, huevos, pollo y carne de res); en cambio las dietas de estas comunidades esta constituida cereales y sus derivados (arroz, avena, fideo, harina y pan), los tubérculos (papas) y la harina de leguminosa



(frijol), especialmente en Tunshi San Nicolás. Probablemente la preferencia de dichos alimentos proteicos en nuestro estudio se debe a que son ofertados para el crecimiento y desarrollo de los niños; mientras que en las comunidades se debe a que son baratos, se obtienen durante todo el año, se almacenan fácilmente, llenan el estómago y sacian el hambre.

En nuestra investigación la gran mayoría de niños tienen dietas con exceso en el consumo de calorías y proteínas, en menor proporción grasas y carbohidratos, comparando el análisis del patrón de consumo o dieta típica de las tres comunidades demuestra la insuficiencia del aporte de calorías y nutrientes, lo cual obviamente no satisface las necesidades nutricionales de la familia y en especial de los niños.

La diferencia de estos estudios se debe a que nuestra investigación fue realizada en el área urbana donde hay más disponibilidad de alimentos para el consumo diario y el estudio comparativo es del área rural donde estos alimentos son menos consumidos ya que para muchas familia constituyen fuentes de ingreso o no son accesibles.

Los resultados obtenidos del estado nutricional de los niños y niñas no se asemejan con las prácticas alimentaria, posiblemente debido a que no recibieron una alimentación adecuada en sus primeros años de vida; es por ello que se encontró un gran número con talla baja, a pesar de tener una alimentación apropiada en la actualidad.



CONCLUSIONES

Una vez finalizado nuestro estudio sobre “evaluación nutricional a los niños y niñas del centro de desarrollo infantil solidario 27 de febrero y capacitación a sus padres”, hemos podido establecer mediante el estado nutricional que de los 54 niños evaluados, el 67% están normales, y el 24% presentan desnutrición, 7% sobrepeso y el 2% obesidad.

Es importante destacar el hecho de que en nuestra investigación sobre la evaluación nutricional dentro de la cual se incluye desnutrición aguda, crónica, crónica aguda, sobrepeso y obesidad, así como el estado nutricional normal, la mayor parte de los niños y niñas presentan este último en mayor porcentaje.

Al respecto las encuestas de consumo aplicadas a los padres de familia; hubo variantes en la veracidad de la información propinada; una vez analizadas las encuestas demuestran un alto consumo de calorías y macro nutrientes, lo que no concuerda con el estado nutricional de los niños y niñas.

Finalmente en lo que respecta a la capacitación los padres se sintieron satisfechos en obtener conocimientos básicos sobre la nutrición y alimentación de sus hijos, además algunos de los padres de familia conocían un poco del tema pero no lo aplican en el cuidado de sus hijos.



CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

Luego de concluir el trabajo hacemos las siguientes recomendaciones:

1. Hacer un seguimiento de estudios sobre el estado nutricional en el CDI y centros infantiles municipales, donde se pueda determinar el estado actual de la nutrición, pues con esto se obtendrían datos precisos acerca de la realidad y podríamos emprender acciones orientadas a mantener un buen crecimiento y desarrollo de los niños y niñas.
2. Promover en los niños y niñas buenos hábitos alimentarios a través de profesionales en nutrición que orienten en forma adecuada, segura y permanente de acuerdo a los requerimientos que necesitan los niños y niñas.
3. Realizar, continuamente, capacitaciones a los padres de familia sobre los temas de nutrición y alimentación en los niños.
4. Entregar materiales educativos respecto al valor nutritivo de los diferentes alimentos que estén disponibles en nuestro medio.
5. Designar una nutricionista que esté a cargo de las guarderías municipales, con la finalidad de que los niños y niñas reciban una alimentación saludable y nutritiva.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barlow Sarah E. and William H. Dietz. Obesity evaluation and treatment, Expert Committee Recommendations Pediatrics, 29 ed; 1998:102
2. Behrman Richard E. Capitulo 43 Desnutrición. Nelson tratado de pediatría Vol. 1, 18ava ed, España: Editorial Elsevier: 227-228
3. Braguinskay Obesidad "J, y col El Ateneo. Bs. As
4. Cervera Pilar. L. et. al. Capítulo 46 Dieta de la obesidad. Alimentación y dieto terapia, Cuarta ed, Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. España; 2004 :175:303
5. Confederación (de ámbito estatal) de Consumidores y Usuarios (CECU). Hábitos Alimentarios en Niños. Diciembre 2005. Disponible en: <http://www.cecu.es/campanas/alimentacion/informehabitos.pdf>
6. Cusminsky Marcos, L.et.al. Manual de Crecimiento y Desarrollo del Niño, OPS/OMS, Segunda ed, EEUU 1994: 23-27
7. Ekhard. E. Ziegler y L. J. Filer, Jr. Conocimientos actuales sobre nutrición, 7ma ed, Editorial Publicación científica Nº 565 OPS, OMS: 532-536
8. Figueroa Alberto web máster. Capacitación. Disponible en: http://www.asodefensa.org/portal/?page_id=4
9. Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara. Evaluación antropométrica como indicador del estado nutricional, Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo:2-6



10. Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara. Manual de consumo de alimentos, Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo:1
11. Ibáñez Silvia. Desnutrición Infantil. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/desnutric.html>
12. Larrea C. Freire W. Lutter C. Equidad desde el principio: situación nutricional de los niños ecuatorianos. Washington, D.C, Organización Panamericana de la Salud, 2001.
13. Martínez Costa Cecilia. Pedrón Giner Consuelo. Valoración del estado nutricional. **Disponible en:** <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/9.pdf>
14. Mataix Verdú José, Nutrición y alimentación humana, Tomo II, Editorial Océano/Ergon: 753
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000). Manual de Capacitación y Alimentación y Nutrición para el personal de salud. **SABER ALIMENTARSE**. Módulo 13 Técnicas Participativas de Auxiliares de Enseñanza. Quito 2006:1-22
16. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000). Manual de Capacitación y Alimentación y Nutrición para el personal de salud. **SABER ALIMENTARSE**. Módulo 3 Alimentación del Niño y Niña Menor de 2 años, Quito 2006:1-10
17. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP). Programa Nacional de Alimentación y Nutrición (PANN 2000). Manual de Capacitación y



Alimentación y Nutrición para el personal de salud. **SABER**

ALIMENTARSE. Módulo 5 Alimentación del Niño y Niña Preescolar de 2 a 5 años, Quito 2006:1-8

18. Nutrición materno infantil. Evaluación nutricional. Disponible en: <http://cuba.nutrinet.org/areas-tematicas/materno-infantil/evaluacion-nutricional>

19. Organización Mundial de la Salud (OMS). Artículo sobre: Aumento del sobrepeso y la obesidad infantiles, Causas del sobrepeso y la obesidad infantiles. Disponible en: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/es/>

20. Organización Mundial de la Salud (OMS). Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Ginebra, OMS, 2008.

21. Organización de las Naciones Unidas (ONU), Alerta por Desnutrición Infantil en el Ecuador. Disponible en www.eldiario.com.ec

22. Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador. Disponible en <http://ecuador.nutrinet.org/content/blogcategory/81/182/lang.es/>

23. Quito R. Bolívar, Quizhpe P Arturo. Desnutrición infantil diagnóstico y tratamiento. Editado por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, Marzo 2002:1:10-14.



24. Sociedad Española de Nutrición Básica y Aplicada. UNED Facultad de Ciencias. Nutrición y Dietética. Hábitos alimentarios. Disponible en: <http://www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/infancia/numero.htm#top>
25. Tustòn Raquel, docente del BENSON, Agriculture & Food Institute & Corporation, Estudio del Estado Alimentario Nutricional y de Salud de Tres Comunidades de la Provincia de Chimborazo, Ecuador, Estado Nutricional **Disponible en:** <http://www.bensoninstitute.org/Publication/RELAN/V12/EstadoAlimentario.a>
SP
26. FAO. Nutrición Humana en el Mundo en Desarrollo. Capítulo 4 Factores y culturales en la nutrición. **Disponible en:** <http://www.fao.org/DOCREP/006/W0073S/w0073s08.htm>
27. FAO. Aumenta la desnutrición mundial. **Disponible en:** <http://www.webislam.com/?idn=380>
28. Aumenta índice de obesidad en niños. Disponible en: http://www.eltelegrafo.com.ec/diversidad/noticia/archive/diversidad/2009/03/05/Aumenta-ED00ndice-de-obesidad-en-ni_F100os.aspx



ANEXOS

ANEXO Nº 1

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento	Años y meses. Años: periodo comprendido desde el primer día de nacido. Y el año se compone de 12 meses. Meses: es un periodo comprendido por días.	Años y meses cumplidos	6-12 meses 13-19 meses 20-26 meses 27-33 meses 34-40 meses 41-47 meses 48-54 meses 55-61 meses
Sexo	Condición biológica que	Condición biológica: Es una variante	Condición biológica	M: Masculino



	define el género	que puede ser masculina o femenina.		F: Femenino
Estado Nutricional	Es la condición del cuerpo humano, determinado por la ingestión, utilización y gasto de nutrientes	<p>Antropometría: es la determinación de las medidas de:</p> <p>Talla: medida vertical de una persona en centímetros.</p> <p>Peso: fuerza que por gravitación ejerce sobre un cuerpo la tierra en Kg.</p> <p>IMC= Peso Kg/Talla m²</p>	<p>Es la relación de:</p> <p>T/E } P/E } 6-24</p> <p>P/T</p> <p>P/T → 25-61 meses</p> <p>T/E → 25-61 meses</p> <p>IMC</p>	<p>Desviación estándar:</p> <p>-1 +1 = normal</p> <p>-1-2 = desnutrición leve</p> <p>-2 -3 = desnutrición moderada.</p> <p>-3= desnutrición grave.</p> <p>+1+2 = sobrepeso</p> <p>+2+3 = obesidad I</p> <p>+3 = obesidad II</p> <p>IMC para varones y mujeres:</p> <p>-1 +1 = normal</p>



				<p>-1-2 = desnutrición leve</p> <p>-2 -3 =desnutrición moderada.</p> <p>-3= desnutrición grave.</p> <p>+1+2 = sobrepeso</p> <p>+2+3 = obesidad I</p> <p>+3 = obesidad II</p>
Prácticas alimentarias	<p>Conjunto de conocimientos y actitudes que se manifiestan en la compra, preparación y consumo de los alimentos.</p>	<p>Frecuencia de consumo</p> <p>Anamnesis alimentaria</p> <p>Cantidad de nutrientes consumidos</p>	<p>Fórmula de adecuación:</p> $\% \text{ adecuación} = \frac{\text{Cant. ingerida}}{\text{Cant. Requerida}}$ <p>Fórmula dietética</p> <p>3-6 meses</p> <p>Kcal: 100cal/kg</p>	<p>% de adecuación:</p> <p><95% = Déficit</p> <p>95-105%= Normal</p> <p>>105% = Exceso</p>



			<p>Proteína: 12%</p> <p>Grasas: 30%</p> <p>Carbohidratos: 58%</p> <p>6-9 meses</p> <p>Kcal: 95 cal/kg</p> <p>Proteína: 12%</p> <p>Grasas: 30%</p> <p>Carbohidratos: 58%</p> <p>9-12 meses</p> <p>Kcal: 100cal/kg</p> <p>Proteína: 12%</p> <p>Grasas: 30%</p> <p>Carbohidratos: 58%</p> <p>1-3 años</p> <p>Kcal: 102cal/kg</p> <p>Proteína: 12%</p> <p>Grasas: 30%</p> <p>Carbohidratos: 58%</p> <p>4-6 años</p> <p>Kcal: 90 cal/kg</p>	
--	--	--	--	--



<p>Capacitación</p>	<p>Consiste en una actividad planeada y basada en las necesidades reales de una población y orientada hacia un cambio en los conocimientos.</p>	<p>Talleres teórico-prácticos. Evento educativo en donde se realizan diversas actividades dirigidas a la adquisición de conocimientos basadas en información científica que puede ser llevada a la práctica para comprobación.</p>	<p>Proteína: 12% Grasas: 30% Carbohidratos: 58%</p> <p>Talleres teórico-práctico</p>	<p>Conocimientos de la población antes y después de la capacitación. Adecuado Inadecuado</p>
----------------------------	---	---	--	--

ANEXO Nº 2



EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A NIÑOS(AS) DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL SOLIDARIO 27 DE FEBRERO Y CAPACITACIÓN A SUS PADRES CUENCA. NOVIEMBRE- ABRIL 2010.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras, Diana Zulema Gutiérrez Cortez y María Nicolaza Pichazaca Aguayza, egresadas de la Escuela de Tecnología Médica en el área de Nutrición y Dietética de la Universidad de Cuenca, pedimos comedidamente a ustedes señores padres de familia del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “27 de febrero”, nos autoricen evaluar el Estado Nutricional de su hijo(a) mediante la toma de medidas antropométricas de peso y talla y la realización de una Encuesta Alimentaria dirigida a su persona, y una vez obtenidos los resultados se les dará la correspondiente capacitación.

Para obtener el peso de los niños(as) de 6 a 24 meses se realizara en una balanza de lactantes en la cual el niño(a) estará sentado o acostado y para niños(as) mayores de 24 meses se utilizará una balanza de pie o bascula, para la toma de esta medida el niño(a) debe encontrarse con la mínima cantidad de ropa (ropa interior o pañal limpio) y para obtener la talla de niños(as) de 6 a 24 meses se procederá a acostarlos sobre una superficie horizontal y para niños(as) mayores de 24 meses se utilizará un tallímetro, y se medirá al niño(a) descalzo y sin medias, ya que estas pueden ocultar un levantamiento ligero de los talones, en caso de que su niña este con el cabello recogido e impida la toma exacta de la talla se procederá a retirar el lazo, una vez tomada la talla se le colocará nuevamente.

La encuesta alimentaria se realizará a los padres de familia, que comprende una frecuencia de consumo de alimentos habituales y anamnesis alimentaria del fin de semana con el objetivo de recopilar datos de la ingestión habitual de nutrientes de su hijo(a). Para la obtención de esta información se tendrá en cuenta el tiempo disponible de cada uno.

La capacitación se realizara con talleres teórico-prácticos con los padres de familia divididos en dos grupos: el primero de ellos conformado por los padres de los niños(as) menores de 2 años, enfocándonos en “Lactancia materna y alimentación complementaria”, el segundo grupo estará conformado por los padres de familia de los niños(as) mayores de 2 años tratando el tema de alimentación saludable en pre-escolares.

Para evaluar el éxito de la capacitación llevada a cabo se hará un cuestionario de diagnóstico previo al evento educativo y posterior al mismo.

Esta evaluación de especialidad no tiene ningún riesgo sobre la integridad física de su hijo(a) o (representado) y no tendrá costo alguno. Así mismo, toda la información obtenida de esta, será utilizada únicamente con fines académicos y luego archivada con carácter de confidencial de tal forma que no atentara a los derechos sobre la privacidad de ustedes y su hijo(a).



La realización de esta evaluación se sujetará, a todas las normas en vigencia y de hecho se cumplirá en apego a los procedimientos especificados por los especialistas. El beneficio que significara la realización de esta evaluación no va mas allá de la consideración de tener un diagnostico nutricional correcto.

Finalmente, los resultados de este estudio serán dados en una reunión a docentes y estudiantes del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “27 de febrero” y de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de Cuenca. En caso necesario la confiabilidad de las evaluaciones podrá ser verificada de manera respetuosa pero rigurosa, por cualquier especialista y sin revelar el nombre del niño/a que participare en la realización de la evaluación confirmatoria.

Nosotros,.....y
.....padres
de Alumno (a)
del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “27 de febrero”, hemos sido informados y nos comprometemos a colaborar con la información requerida con la finalidad exclusiva de cumplir el requisito de su tesis de graduación para obtener el título de Licenciadas en Nutrición y Dietética.

Por todo lo señalado, con nuestra firma y número de documento de identidad expresamos libre e incondicionalmente el consentimiento para que las mencionadas investigadoras realicen la evaluación nutricional a nuestro hijo (a)

Cuenca,..... de..... 200...

Padre o Madre de familia.....
ID.....

ANEXO Nº 3



ENCUESTAS DE CONSUMO

HISTORIA DIETETICA Y NUTRICIONAL PARA NIÑOS DE 6 MESES A 1 AÑO

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD: años meses días

SEXO: masculino femenino

2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: Kg

TALLA: cm

IMC:

INDICADORES: P/T T/E P/E

3. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

5. ALIMENTACION LACTEA EXCLUSIVA

TIPO	CANTIDAD	EDAD	HORARIO

6. A QUE EDAD INICIO LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA:

7. CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS:

TIPO	CANTIDAD	RAZON

12. INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN

CEREALES, DERIVADOS Y TUBERCULOS

Mote					
Arroz					



Fideos					
Pan Blanco					
Pan Integral					
Avena					
Cereal de desayuno o Corn Flakes					
Papa					
Plátano cocido					
Otros					

ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN
-----------	------------------	--------	------------------	-------------	---------

LACTEOS Y HUEVOS

Leche					
Yogurt					
Queso - Quesillo					
Huevo					

FRUTAS

VERDURAS:

Verduras y hortalizas cocidas					
Verduras y hortalizas crudas					

CARNES Y LEGUMINOSAS:

Pollo					
Carne de res					
Carne de chancho					
Jamón					
Chorizo, salchicha					
Pescado					
Mariscos					
Vísceras					
Porotos					
Arvejas					
Lentejas					
Habas					



ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN
-----------	------------------	--------	------------------	-------------	---------

AZUCARES Y GRASAS:

Azúcar					
Miel					
Mermelada					
Mayonesa, margarina o mantequilla					
Aceite					
Manteca (vegetal, cerdo)					
Crema o nata					
Manteca o aceite de color					

ANAMNESIS ALIMENTARIA DE FIN DE SEMANA

1. ¿Cuántas veces come su hijo/hija en el día?

2. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en el desayuno?

3. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la media mañana?

4. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en el almuerzo?

5. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la media tarde?

6. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la merienda?

7. ¿Cuántos biberones, en qué cantidad y de qué tipo toma su hijo/hija al día?



HISTORIA DIETETICA Y NUTRICIONAL PARA NIÑOS DE 1 AÑO EN ADELANTE

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD: años meses días

SEXO: masculino femenino

2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS:

PESO: Kg

TALLA: cm

IMC:

INDICADORES: P/T T/E P/E

3. DIAGNOSTICO NUTRICIONAL:

4. ANTECEDENTES PATOLOGICOS:

5. CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS:

TIPO	CANTIDAD	RAZON

6. INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN
-----------	------------------	--------	------------------	-------------	---------

CEREALES, DERIVADOS Y TUBERCULOS

Mote					
Arroz					
Fideos					
Pan Blanco					
Pan Integral					
Avena					



Cereal de desayuno o Corn Flakes					
Papa					
Plátano cocido					
Otros					

LACTEOS Y HUEVOS

Leche					
Yogurt					
Queso – Quesillo					
Huevo					

FRUTAS

ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN
-----------	------------------	--------	------------------	-------------	---------

VERDURAS:

Verduras y hortalizas cocidas					
Verduras y hortalizas crudas					

CARNES Y LEGUMINOSAS:

Pollo					
Carne de res					
Carne de chancho					
Jamón					
Chorizo, salchicha					
Pescado					
Mariscos					
Vísceras					
Porotos					
Arvejas					
Lentejas					
Habas					

AZUCARES Y GRASAS:

Azúcar					
Miel					
Mermelada					
Mayonesa, margarina o					



mantequilla					
Aceite					
Manteca (vegetal, cerdo)					
Crema o nata					
Manteca o aceite de color					
ALIMENTOS	NUNCA O RARA VEZ	DIARIO	DIAS A LA SEMANA	DIAS AL MES	PORCIÓN

BEBIDAS CALÓRICAS:

Bebidas refrescantes azucaradas						
---------------------------------------	--	--	--	--	--	--

ANAMNESIS ALIMENTARIA DE FIN DE SEMANA

1. ¿Cuántas veces su hijo/hija come en el día?

2. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en el desayuno?

3. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la media mañana?

4. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en el almuerzo?

5. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la media tarde?

6. ¿Que consume normalmente su hijo/hija en la merienda?

7. ¿Cuántos biberones, en qué cantidad y de qué tipo toma su hijo/hija al día?



ANEXO Nº4

PORCIONES PARA PREESCOLARES		
ALIMENTO	MEDIDA CASERA	PORCION EN GRAMOS
CEREALES, DERIVADOS Y TÚBERCULOS		
Mote	1/4 taza	20 gr
Arroz	1/2 taza	30 gr
Fideos	1/4 taza	6 gr
Pan blanco	1 unidad	50 gr
Pan integral	1 unidad	50 gr
Cereal de desayuno	3/4 taza	30 gr
Papa	1 unid. Mediana	95 gr
Plátano cocido	1/2 unid. Grande	130 gr
LÁCTEOS Y HUEVOS		
Leche	1 taza	200 ml
Yogurt	1 taza	200 ml
Queso-quesillo	1 tajada	30 gr
Huevo	1 unidad	50 gr
FRUTAS		
Manzana	1 unidad	120 gr
Guineo	1 unidad	90 gr
Tomate de árbol	1 unidad	100 gr
Uvas	10 unidades	80 gr
Pera	1 unidad grande	120 gr
Durazno	1 unidad	30 gr
Mandarina	1 unidad	70 gr
Papaya, sandía, piña	1/4 taza	50 gr
Frutillas	1 taza	80 gr
Granadilla	1 unidad	50 gr
VERDURAS Y HORTALIZAS		
Verduras cocidas		
Acelga, espinaca	2 cucharadas	20 gr
Zanahoria amarilla	2 cucharadas	30 gr
Coliflor, brócoli	1 cucharada	15 gr
Verduras crudas		
Lechuga	1 hoja	20 gr
CARNES Y LEGUMINOSAS		
Pollo	1 presa	60 gr
Carne de res	1/2 palma de la mano	60 gr
Carne de cerdo	1/2 palma de la mano	60 gr
Jamón	1 rodaja	20 gr
Chorizo	1 unidad	50 gr



Salchicha	1/2 unidad	25 gr
Pescado	1/2 palma de la mano	60 gr
Mariscos (camarones)	5 unidades medianas	50 gr
Vísceras	1/2 palma de la mano	60 gr
Porotos	1/4 taza	45 gr
Arvejas	1/4 taza	35 gr
Lentejas	1/4 taza	45 gr
Habas	1/4 taza	30 gr
AZUCARES Y GRASAS		
Azúcar	1 cucharada	15 gr
Miel	1 cucharadita	7 gr
Mermelada	1 cucharadita	7 gr
Mayonesa	1 cucharadita	7 gr
Margarina o mantequilla	1 cucharadita	7 gr
Aceite	1 cucharadita	7 gr
Manteca vegetal, cerdo	1 cucharadita	7 gr
Crema o nata	1 cucharadita	7 gr

ANEXO Nº 5

APORTE PROMEDIO DE CALORÍAS Y NUTRIENTES QUE CUBRE EL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL SOLIDARIO 27 DE FEBRERO

DIAS	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES	TOTAL	PROMEDIO DIARIO
CALORIAS	771	900	575	1060	658	3964	792,8
PROTEINAS	119	134	82,3	116	67,9	519,2	103,84
GRASAS	25,5	23,3	14,4	24,4	21	108,6	21,72
CHO	129	164	102	218	107	720	144



ANEXO Nº 6

Requerimientos individuales promedio de energía y niveles seguros de ingesta para proteína y hierro (valores redondeados)

Grupo por sexo y edad	Peso (kg)	Energía (Kcal)	Proteína		Grasa ^d (g)	Hierro	
			Dieta A (g)	Dieta B (g)		Dieta 1 (mg)	Dieta 2 (mg)
Niños							
6 a 12 meses	8,5	950	14	14	-	21	11
1 a 3 años	11,5	1350	22	13	23-52	13	7
3 a 5 años	15,5	1600	26	16	27-62	14	7
5 a 7 años	19,0	1820	30	19	30-71	19	10
7 a 10 años	25,0	1900	34	25	32-74	23	12
Varones							
10 a 12 años	32,5	2120	48	33	35-82	23	12
12 a 14 años	41,0	2250	59	41	38-88	36	18
14 a 16 años	52,5	2650	70	49	44-103	36	18
16 a 18 años	61,5	2770	81	55	46-108	23	11
Niñas							
10 a 12 años	33,5	1905	49	34	32-74	23	11
12 a 14 años	42,0	1955	59	40	33-76	40	20
14 a 16 años	49,5	2030	64	45	34-79	40	20
16 a 18 años	52,5	2060	63	44	34-80	48	24
Varones activos							
18 a 60 años	63,0	2895	55	47	48-113	23	11
>60 años	63,0	2020	55	47	34-79	23	11
Mujeres activas							
No embarazada o amamantando	55,0	2210	49	41	37-86	48	24
Embarazada	55,0	2410	56	47	40-94	(76)	(38)
Amamantando	55,0	2710	69	59	45-105	26	13
>60 años	55,0	1835	49	41	31-71	19	9

Fuentes: Para cifras de energía: FAO, 1990b. Para cifras de proteína: OMS. 1985. Para cifras de hierro: FAO. 1988.



ANEXO Nº 7

FORMULARIO DE LA PRE Y POST CAPACITACIÓN

TEST DE LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

1) ¿CUÁNTO TIEMPO EL NIÑO DEBE RECIBIR LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA?

2) ESCRIBA UN BENEFICIO PARA EL NIÑO QUE TOMA LECHE MATERNA

3) ¿QUÉ ALIMENTOS PUEDE COMER EL NIÑO A LOS 7 MESES?

4) DE LOS 9 A 11 MESES, ¿CUÁNTAS VECES DEBE COMER EL NIÑO AL DÍA?

TEST DE ALIMENTACIÓN EN EL PREESCOLAR

1) CUANTAS VECES DEBE COMER UN NIÑO/A AL DÍA?

2) ¿QUÉ ALIMENTOS DEBEN COMER LOS NIÑOS PARA AYUDAR EN SU CRECIMIENTO?

3) ¿CUÁNTAS PORCIONES DE LECHE DEBE TOMAR UN NIÑO EN EL DÍA?

4) PONGA 2 EJEMPLOS DE REFRIGERIOS SALUDABLES





LECHE MATERNA O LACTANCIA MATERNA

Es la alimentación con leche de madre.

VENTAJAS DE LACTANCIA MATERNA

EL CALOSTRO

Es la primera leche; se trata de una sustancia líquida de color amarillo claro rica en proteínas y pobre en hidrato de carbono

El recién nacido debe tomar el calostro en los primeros 30 minutos después del parto; favorece la digestión y es especialmente rico en anticuerpos que defienden al recién nacido de las enfermedades



LECHE MATERNA

Comienza a producirse al cuarto día después del calostro. Es fuente perfecta de alimentación para los niños y niñas, porque, contiene cantidades apropiadas de **carbohidrato, proteínas, grasas y enzimas digestivas, minerales, vitaminas y hormonas.**

También contiene valiosos anticuerpos (IgA, IgM, IgG)

immunoglobulinas de la madre que ayudan al niño niña a combatir las infecciones



BENEFICIOS DE LA LECHE MATERNA PARA EL NIÑO O NIÑA

- Es el alimento mas completo durante los primeros seis meses de vida
- Proporciona anticuerpo(defensas) que lo protegen contra las enfermedades infecciosas
- Protege de las alergias
- Puede proteger de algunas enfermedades crónicas como diabetes tipo I e hipertensión arteria
- Favorece un adecuado desarrollo cognitivo y psicomotor
- Promueve un desarrollo y crecimiento optimo
- La leche materna siempre esta lista: a la temperatura ideal; es de fácil digestión .Hacen que los niños sufran menos cólicos y estreñimiento.
- Ayudan ala economía familiar evitando la compra de formulas especiales de alto costo.

BENEFICIOS PARA LA MADRE

- Contrae el útero
- Evita hemorragia luego del parto
- Retarda la menstruación
- Favorece la conservación de reservas de hierro en el organismo
- Puede proteger contra el cáncer de ovario y seno
- La recuperación física ,luego del parto ,es mas rápida
- Es recomendable que el niño reciba leche materna como su único alimento durante los primeros seis meses de vida .A partir de esta edad necesitara ,a mas de la leche materna, otros alimentos que complementarán su alimentación



RECOMENDACIONES GENERALES PARA UNA ADECUADA LACTANCIA MATERNA

- Lávese las manos antes de dar el seno



- Los senos no necesitan ninguna limpieza especial, continúe con su higiene normal
- Si presenta algún problema de salud o en sus mamas, tales como dolor en l.ops pezones, consulte con sui medico/a y no se auto medique ya que puede afectar al bebe.

UNIVERSIDAD DE CUENCA

LECHE MATERNA O LACTANCIA MATERNA

REALIZADO POR:

**NICOLAZA PICHAZACA
DIANA GUTIERREZ**

CUENCA -ECUADOR



ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Es el periodo en el cual se introduce alimentos sólidos o líquidos conjuntamente con la lactancia materna

Es conveniente iniciarla a los 6 meses de edad ya que la leche materna, por si sola, es insuficiente para cubrir los requerimientos de ciertos minerales y vitamina



- El inicio de una adecuada alimentación complementaria en esta etapa de la vida ,es

DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010

fundamental para la formación de buenos hábitos alimentarios que van a influir en forma definitiva en la salud y bienestar

- Alimente al niño o niña pacientemente, respetando sus ritmos, animándolos a servirse alimentos sin forzar, castigar o amenazar.
- Es conveniente que el niño o niña se acostumbre a comer sentado ,descansar entre los bocados de comida y dejar de comer cuando esté lleno
- No es necesario ni conveniente agregar sal y azúcar a los alimentos complementarios, porque los alimentos ya le proporcionan estos ingredientes.

ALIMENTACIÓN A PARTIR DE LOS 6 A 8 MESES

1. **Cereales:** bien cocidos y en forma de papilla: arroz, avena, quinua.



2. **Tubérculos:** bien cocidos en forma de puré: papa, melloco, camote, zanahoria



3. **Vegetales :** bien cocidos en forma de purés ,sopas espesas de: espinaca ,zapallo, acelga ,zanahoria



4. **Yema de huevo:** bien cocida y aplastada, debe darse progresivamente, comenzando con

una cucharadita hasta llegar a la yema entera.



5. **Frutas** :guineo ,manzana ,pera, papaya, melón, granadilla



6. **Grasas**: añadir a la papilla ½ cucharadita de aceite vegetal (soya ,maíz ,girasol ,olivo)



Frecuencia: se sugiere comenzar con una comida y progresar a tres comidas y continuar con la lactancia materna

DIANA GUTIÉRREZ CORTEZ
NICOLAZA PICHAZACA AGUAYZA/2010

Porciones recomendables

- Es recomendable introducir cada nuevo alimento por separado, dejando que el niño lo pruebe y consuma por 7 días antes de darle otro alimento. Si el niño presenta alguna reacción alérgica o intolerancia, tiene la ventaja de facilitar la identificación del alimento que lo produce.
- Cada alimento nuevo se debe iniciar con 1 a 2 cucharadita, incrementando a libre demanda

ALIMENTOS QUE DEBE CONSUMIR A PARTIR DE 9 A 11 MESES

Continuar recibiendo la leche materna .Además, se recomienda servir los alimentos picados finamente o aplastados

- **Hortalizas y verduras** :todas
- **Fruta crudas o cocinadas en papilla o puré**: todas
- **Cereales mas leguminosas**: por ejemplo ,arroz con frejol o lenteja aplastados

- ✓ Sopa o colada de avena con choclo

- ✓ Sopa de quinua con arvejas

- **Carnes**: carnes bien cocidas y picadas finas de res ,pollo

A partir de este momento es necesario proporcionar alimentos en trocitos para que el niño aprenda a masticar.

- **Frecuencia** : se recomienda tres comidas ,además de la lactancia materna a libre demanda

- **Porciones recomendadas**: ofrecer al niño o niña 3-4 cucharaditas de alimento variada ,3 veces al día .**CONTINUAMOS CON EL SENO MATERNO**



ALIMENTOS A PARTIR DE 12 MESES

Continuar con la lactancia materna



- Empiece a darle poco la comida de la familia en pequeñas cantidades a partir del año puede comer el huevo entero, leche de vaca, frutilla, chocolate.
- No debe dar alimentos fritos enlatados ,embutidos ,colas ,caramelos ,gelatinas ,grasas animales ,sal ,azúcar ,café , kachitos



UNIVERSIDAD DE CUENCA

**ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA**

REALIZADO POR

**NICOLAZA PICHAZACA
DIANA GUTIERREZ**

CUENCA –ECUADOR