



RESUMEN

Objetivos

Evaluar el estado nutricional, identificar a los niños y niñas con déficit y exceso de peso, aplicar encuestas alimentarias a los padres de familia para conocer las prácticas alimentarias de los niños y establecer una relación entre el estado nutricional y las prácticas alimentarias; con estos resultados capacitar a sus padres.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo en el periodo Enero a Julio del 2010. La muestra fue representativa y aleatoria. Se trabajó con 47 casos del Centro de Desarrollo Infantil Solidario "El Arenal".

Resultados

El 67% de niños de 1 a 2 años son bien nutridos y 33% tienen desnutrición; sin variación alguna según el Índice de Masa Corporal. Entre los niños de 2 a 5 años 41% tienen un estado nutricional normal, 34% Desnutrición Crónica, 11% sobrepeso, 7% desnutrición aguda y 7% desnutrición crónico-aguda. Según el Índice de Masa Corporal 75% normal, 11% desnutrición leve, 3% desnutrición moderada y 11% sobrepeso.

Los niños consumen de lunes a viernes en casa, una fórmula dietética inadecuada donde las calorías, proteínas y carbohidratos son excesivas y las grasas deficientes. En los fines de semana las calorías, carbohidratos, grasas son deficientes y las proteínas excesivas.



Durante la pre-capacitación el 70% de los padres tenían escasos conocimientos de nutrición y en la post-capacitación el 90% obtuvo conocimientos.

Conclusión

Se ha logrado identificar factores que influyen en el estado nutricional como las practicas alimentarias (formula dietética), conocimientos de nutrición por parte de sus madres que juntos conllevan a determinar casos de desnutrición o sobrepeso en los niños.

PALABRAS CLAVES: Evaluación nutricional, valoración nutricional, desnutrición, sobrepeso, obesidad, hábitos alimentarios, desarrollo infantil, Capacitación.



ÍNDICE

Contenido	Pág.
Resumen	1
Índice	3
Carátula	6
Responsabilidad	7
Agradecimiento	8
Dedicatoria	9
CAPÍTULO I	
1.1 Introducción	11
1.2 Justificación	14
CAPÍTULO II	
2. Fundamento Teórico	
2.1 Evaluación Nutricional	15
2.1.2 Componentes de la valoración nutricional	15
2.2. Desnutrición	21
2.2.1. Definición	21
2.2.2. Causas de Desnutrición	22
2.2.3. Clases de Desnutrición	22
2.3. Sobrepeso y Obesidad	29
2.3.1 Definición	29
2.3.2 Epidemiología	30
2.3.3. Etiopatología	30
2.3.4. Clasificación de la obesidad	34
2.4. <i>Hábitos Alimentarios</i>	34



2.4.1. Definición	34
2.5. Capacitación	40
2.5.1. Concepto	40
2.5.2. Técnicas participativas	40
2.5.3. Fases del proceso	41
2.5.4. Auxiliares de enseñanza y materiales pedagógicos	43

CAPÍTULO III

3. Objetivos

3.1 Objetivo general	45
3.2 Objetivos específicos	45

CAPÍTULO IV

4. Metodología

4.1. Hipótesis	46
4.2. Técnicas e instrumental usadas para el registro antropométrico	46
4.3. Técnica para el registro de la evaluación dietética	48
4.4. Técnica para la capacitación a los padres de familia	49
4.5. Tipo de estudio	50
4.6. Área de estudio	50
4.7. Universo	50
4.8. Muestra	50
4.9. Unidad de análisis	50
4.10. Criterios de inclusión y de exclusión	51
4.11. Técnicas e instrumentos de investigación	51
4.12. Fuente de información	52
4.13. Implicaciones éticas	52



4.14. Consentimiento informado	52
4.15. Asociación de variables	53
CAPÍTULO V	
5. Análisis de la información	54
CAPÍTULO VI	
Discusión	73
Conclusiones	76
Recomendaciones	76
Referencias Bibliográficas	80
Anexos	82



Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas.

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 EL ARENAL Y CAPACITACIÓN A
SUS PADRES
CUENCA. ENERO – JULIO 2010.**

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

AUTORAS:

**MARITZA CONTRERAS GUEVARA
LORENA MURILLO ORTEGA**

DIRECTORA:

DRA. GICELA PALACIOS SANTANA

ASESORA:

DRA. GICELA PALACIOS SANTANA

CUENCA- ECUADOR

OCTUBRE 2010

Autor: Maritza Contreras
Lorena Murillo



RESPONSABILIDAD

La presente investigación es de total confianza y responsabilidad de las autoras.

Maritza Fernanda Contreras Guevara
C.I. 030222063-7

Jessica Lorena Murillo Ortega
C.I. 010576629-9



AGRADECIMIENTO

A Dios por habernos permitido llegar a esta etapa de nuestras vidas, a la Dra. Gisela Palacios quien con su sabiduría, esfuerzo y paciencia nos ha guiado a lo largo de nuestra carrera universitaria y a la culminación de este trabajo. Al personal docente quienes compartieron sus conocimientos académicos y experiencias profesionales



DEDICATORIA

La realización de esta tesis la dedico a Dios por darme la oportunidad de tener salud y vida.

A mi esposo e hijos por apoyarme y compartir conmigo todos los sacrificios y satisfacciones que ha traído la realización del presente trabajo; a mis padres y hermanos, por sus consejos, que me permitieron enfrentarme a cada uno de los desafíos que se presentaban, para así culminar con éxito mi carrera.

Maritza



DEDICATORIA

Dedico esta tesis a Dios por haberme dado fuerza, paciencia, inteligencia y todo lo necesario para concluir nuestro trabajo investigativo, el cual necesitó de mucho esmero y dedicación.

A mis padres por el apoyo incondicional tanto económico como intelectual, la confianza que siempre tuvieron y el deseo de verme como triunfadora, hace aún más valiosa su cooperación.

Aquella persona que de una u otra manera me apoyó en pequeños pero muy significativos detalles en el transcurso de realización de este trabajo.

Lorena



CAPITULO I

1. INTRODUCCION

“En la sociedad actual, los objetivos de la alimentación infantil se han ampliado y ya no sólo se pretende conseguir un crecimiento óptimo y evitar la malnutrición y la aparición de enfermedades carenciales, sino también, a través de la misma, optimizar el desarrollo madurativo, instaurar hábitos saludables y prevenir la aparición de enfermedades de base nutricional.

En la etapa preescolar es cuando se crean los hábitos alimentarios que persistirán a lo largo de la vida por ello es fundamental el establecimiento adecuado de los mismos.

Pasado el primer año, y en cierto modo el segundo, el niño comienza a integrarse socialmente en diversos aspectos y especialmente en el alimentario. En primer lugar se producen influencias evidentes por parte de otros componentes de la familia, familias de amigos y sus propios amigos, que ofrecen alimentos al niño, en muchas ocasiones lejos de los patrones alimentarios recomendados (como dulces, helados, golosinas diversas, etc.), pudiendo afectar significativamente el comportamiento alimentario.

El comedor de la guardería constituye otro elemento incidente en la alimentación infantil. En este caso concreto la importancia es grande no solo porque puede afectar al establecimiento de hábitos alimentarios, sino también porque puede hacerlo al estado nutricional del niño, al constituir una parte importante de la dieta diaria que se repite cinco días a la semana, durante muchas semanas al año. Esto



habla de la enorme importancia que debe tener el comedor de la guardería en la alimentación y educación alimentaria de los niños.

Los problemas nutricionales, de carácter general o específicos pueden deberse a causas diversas, como falta de preparación nutricional de los padres, nivel económico bajo, dieta desequilibrada. Las situaciones más comunes pueden ser: Obesidad, Sobrepeso y Desnutrición.”¹

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. Según un informe, “a nivel mundial hay 842 millones de desnutridos”² y las perspectivas de reducir, de manera relevante, esta cifra en el futuro son sombrías.

“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

“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.

¹ Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:860,862,863

² Aumenta la desnutrición mundial. Disponible en: <http://www.webislam.com/?idn=380>

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



De ellos, 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.”⁴

En el estudio se aplicó el método del registro de peso y talla que nos permitió realizar un diagnóstico del estado nutricional. En donde el 67% de niños de 1 a 2 años son niños bien nutridos y el 33% tienen desnutrición. Entre los niños de 2 a 5 años el 41% tienen un estado nutricional normal, mientras que el 34% tienen Desnutrición Crónica, pero debemos tener en cuenta que aún en menor porcentaje se hace presente problemas como el sobrepeso en 11%, desnutrición aguda en 7% y desnutrición crónico-aguda en 7%.

De acuerdo con las prácticas alimentarias los niños consumen de lunes a viernes en casa, una fórmula dietética inadecuada en donde las calorías, proteínas y carbohidratos son excesivas mientras que las grasas son deficientes. En cambio los fines de semana la fórmula dietética varía en la cual las calorías, carbohidratos y grasas tienen un aporte deficiente, mientras que las proteínas tienen un aporte excesivo.

En el estudio se ha identificado factores que influyen en el estado nutricional de los niños como las prácticas alimentarias, conocimientos de nutrición por parte de

⁴ Aumenta índice de obesidad en niños. Disponible en:
http://www.eltelegrafo.com.ec/diversidad/noticia/archive/diversidad/2009/03/05/Aumenta-_ED00_ndice-de-obesidad-en-ni_F100_os.aspx.



sus madres que juntos conllevan a determinar casos de desnutrición o sobrepeso en los niños.

Durante las charlas al realizar la evaluación de pre-capacitación a los padres de familia el 70% de ellos tenía escasos conocimientos de nutrición y en la evaluación de post-capacitación el 90% obtuvo conocimientos los cuales servirían para mejorar el estado nutricional de los niños.

1.2. JUSTIFICACIÓN

Debido a la falta de estudios completos en el Centro de Desarrollo Infantil “El Arenal” 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

2. FUNDAMENTO TEORICO

2.1 Evaluación Nutricional

El estado nutricional expresa el grado al cual se satisface las necesidades fisiológicas de nutrientes.

Las técnicas de valoración apropiadas detectan carencias nutricionales en las primeras etapas del desarrollo, de manera que pueda mejorarse la ingestión dietética mediante el apoyo y asesoría nutricionales antes que se presenten lesiones más graves. Estas técnicas incluyen exámenes del estado físico, crecimiento y desarrollo, función de diversos sistemas de órganos, conducta, valores de nutrientes en orina, sangre o tejidos y calidad y cantidad de su ingestión. También es útil la información sobre fármacos, estrés o enfermedades crónicas, situación económica, conocimiento sobre nutrición, patrones culturales y condiciones de vida, porque estos factores influyen en la ingestión y en ocasiones en las necesidades nutricionales.

2.1.2 Componentes de la valoración nutricional

Una valoración completa del estado nutricional incluye:

1. Historia dietética o informes de la ingestión
2. Datos bioquímicos



3. Examen clínico e historia de salud

4. Datos antropométricos”⁵

2.1.2.1. Historia Dietética o informes de la ingestión

“Prácticamente en todos los casos en que se desea establecer la evaluación del estado nutricional, se necesita conocer la ingesta de nutrientes. Habitualmente, para llegar a esto, hay que determinar previamente la ingesta de alimentos, para posteriormente mediante las tablas de composición de alimentos, estimar aquella ingesta nutricional. Respecto a esto se puede estimar dos matizaciones.

- a) En diversas ocasiones es interesante conocer los alimentos ingeridos en el pasado, sobre todo en estudios de epidemiología nutricional, para poder establecer relaciones entre el consumo de un alimento o un grupo de alimentos o determinados nutrientes, y algún aspecto positivo o negativo del estado de salud del individuo.
- b) Para determinar la ingesta de nutrientes a través de alimentos consumidos, lo más exacto sería el análisis químico de los alimentos, pero el costo que esto representa limitaría la realización de casi todos los estudios, por ello lo habitual es determinar los nutrientes a través de tablas de composición de alimentos.

En este sentido genérico, el cálculo de ingesta de alimentos se lleva a cabo por

⁵ Mahan Kathleen, Arlin Marian; KRAUSE. NUTRICION Y DIETOTERAPIA, ed. nueva editorial interamericana, edición: 8ava 1995, pag:298



diversos procedimientos, como las encuestas alimentarias.”⁶

2.1.2.1.1. Encuestas de Consumo

“Las encuestas de consumo determinan el tipo, 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 tiempos preestablecidos (un día, tres días, siete 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.

- **Frecuencia de consumo**

Un cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos se diseña para obtener información descriptiva cualitativa o semi-cuantitativa, a cerca del patrón de consumo habitual (en días, semanas, meses o años).

El cuestionario tiene principalmente dos componentes: a) listado de los alimentos b) un set de diferentes categorías para las respuestas relacionadas con la frecuencia.

- **Recordatorio de 24 horas**

El propósito de esta metodología dietética es recoger la información exacta de la ingestión de alimentos durante el día precedente.

Esta encuesta se realiza en cuatro etapas utilizando un protocolo estandarizado.

⁶ Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:774



En la primera etapa se obtiene un listado completo de todos los alimentos y bebidas consumidos. En la segunda etapa se describe detalladamente todos los alimentos y bebidas consumidas incluyendo los métodos de cocción, conjuntamente con la hora y lugar de consumo. En la tercera etapa se estima las cantidades de todos los alimentos y bebidas consumidas. Finalmente en la cuarta etapa el recordatorio es revisado para asegurar que todos los renglones han sido correctamente registrados.”⁷

2.1.2.2. Evaluación Antropométrica

El uso de la antropometría física 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 cuales pueden ser aplicadas por todo el recurso humano que trabaja en el área de salud.

Para realizar la evaluación nutricional con indicadores antropométricos es necesario utilizar valores de referencia, indicadores y puntos de corte diversos; muchos autores plantean que esta diversidad induce diferencias significativas en la identificación y cuantificación del problema nutricional (Habicht et al, 1982; Hernández de la Valera et al, 1987)

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

⁷ Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; MANUAL DE CONSUMO DE ALIMENTOS; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; pág.: 1-2



válido el uso general de los valores de referencia de la NCHS (WHO Working Group, 1986)

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 estándares para definir la dispersión en torno a la tendencia central, ya que éste es el mejor mecanismo para definir 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.⁸

2.1.2.2.1. Indicadores de dimensiones corporales:

- **Peso para la edad**

Es sensible, fácil de entender y susceptible de ser modificado en forma relativamente rápida, en situaciones de malnutrición calórico proteica. Sin embargo, 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.

- **Indicador talla para la edad**

⁸ Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; págs.: 2-6



“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.

- **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.

- **IMC (Índice de Masa Corporal)**

“Una forma práctica de establecer si un niño se encuentra dentro del peso normal es a través del IMC. Este índice de masa corporal infantil es de suma utilidad a la hora de establecer una evaluación antropométrica y nutricional, que permita tomar medidas preventivas en caso de que un niño se encuentre en sobrepeso o bajo peso.

El **IMC** es un índice muy útil para prevenir algún tipo de carencia o exceso nutricional.

Este índice está basado en el peso y la talla, se calcula dividiendo el peso en



Kilogramos para la talla en metros al cuadrado. Su resultado puede establecer si el niño se encuentra en un **peso normal**, en **sobrepeso** o **bajo peso**.⁹

2.2. Desnutrición:

2.2.1. Definición

“La **desnutrición infantil** es consecuencia de la poca ingesta de alimentos en la infancia, etapa donde se necesita de nutrientes para poder desarrollarse en forma adecuada.

Esta poca ingesta de alimentos puede deberse a la falta de alimento en lugares muy pobres del planeta, en los cuales no pueden acceder a una canasta básica de alimentos.

Los que más sufren ésta falta de alimentos son los niños, esta situación se ve agravada por infecciones oportunistas que pueden producir entre otras cosas: **diarrea y deshidratación**.¹⁰

“La desnutrición es definida como la condición patológica derivada de la subutilización de los nutrientes esenciales en las células del cuerpo”¹¹

“Se considera desnutrición primaria a la consecuencia de la ingestión insuficiente

⁹ IMC: Índice de masa corporal en los niños. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-indice-masa-corporal-nino.html>

¹⁰ Que es la desnutrición infantil. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-dsnuetricon-infantil-es.html>

¹¹ Desnutrición Infantil. Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/noticias/nocitia45.htm>



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%”¹²

2.2.2 Causas de desnutrición:

“Las causas de la desnutrición pueden ser agrupadas en:

- Causas Primarias: son las más importantes, donde la carencia y la deficiencia específica de nutrientes, sumadas a factores como analfabetismo, falta de infraestructuras sanitarias, constituyen la causa del 85% de los casos de desnutrición.
- 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, anormalidades congénitas, alteraciones gastrointestinales, enfermedades genético-hereditarias.”¹³

2.2.3. Clases de Desnutrición:

La desnutrición se presenta de las siguientes formas clínicas:

¹² Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:1

¹³ Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:2



- a. **“Marasmo:** 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”¹⁴

Signos Clínicos:

- **“Peso:** El peso es menor al 60% del que cabría esperar para un niño de la misma edad. La delgadez es extrema, aunque, en contraste con el resto del cuerpo, el vientre en algunos casos relativamente prominente.
- **Talla:** Lo mismo que en el caso del peso, la talla del niño es menor que la correspondiente a la del valor de referencia.
- **Tejido Adiposo:** Hay una gran depleción de los depósitos grasos.
- **Masa Muscular:** Asimismo, se produce una severa reducción de la masa muscular en general, que en muchas ocasiones impide estar de pie a no ser que con ayuda.
- **Piel:** La piel es seca y delgada, con escasa elasticidad y presencia de arrugas. Concretamente presenta numerosos pliegues especialmente en la zona de las nalgas.
- **Pelo:** Las alteraciones del pelo pueden ser de muy diversos tipos. En el caso del niño marasmático se presenta un pelo fino, sedoso, lanugo, el cual reaparece sobre los hombros y la periferia de la cara.

¹⁴ Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:10



Las pestañas son largas, curvadas y sedosas. Tanto el niño con marasmo como con kwashiorkor, el pelo de la cabeza es escaso y seco, frecuentemente fino, recto, quebradizo y de débil fijación, de tal manera puede ser arrancado sin dificultad y sin causar dolor. Asimismo el pelo pierde su color característico empalideciendo, volviéndose a veces blanco, en otras ocasiones rojo. Esto puede conducir a un pelo tipo “bosque” y posteriormente tipo “bandera”. Se denomina tipo bosque porque recuerda a un bosque cuando se le contempla lateralmente; el pelo de un niño bien nutrido es negro ensortijado “boscoso”, mientras que en el del mal nutrido ha perdido su lustre y es como formado por “troncos” rectos. El tipo bandera se denomina así porque en el pelo aparece una banda de pelo blanco, pálido, que se formó en una época de desnutrición previa.

- **Cara:** Las alteraciones faciales confieren en ocasiones un aspecto simiesco con mandíbulas prominentes, consecuencia de las severas pérdidas subcutáneas de grasa y músculo, especialmente en mejillas.

En cuanto a los ojos, estos aparecen hundidos, lo que se debe también a las pérdidas de los tejidos circundantes. Esta característica es lo que hace que algunos niños marasmáticos tengan “mirada u ojos de viejo”. Otra razón que puede explicar los ojos hundidos puede estar en un fallo ventricular izquierdo en situación edematosa de kwashiorkor, en donde existe una situación de gran



hiperhidratación.

Puede aparecer palidez conjuntival en situación de fallo ventricular izquierdo y cuando exista anemia.

- **Vísceras:** Generalmente tienen un tamaño reducido. Los nódulos linfáticos son palpables fácilmente.
- **Apetito:** Puede ser bueno, aunque puede presentarse también anorexia. Incluso cuando están hambrientos, raramente toleran gran cantidad de alimento, vomitando con gran facilidad.
- **Carácter:** El niño puede manifestar ansiedad, inquietud, pero no irritabilidad.
- **Temperatura corporal:** Puede ser baja, excepto cuando existe infección.
- **Otros signos:** Pueden aparecer debido a deficiencias nutricionales diversas, por ejemplo, xeroftalmia (deficiencia de vitamina A), anemia (deficiencia de hierro), etc.

Asimismo es posible observar presencia de diarrea, baja presión sanguínea, temperatura corporal, y frecuencia cardíaca, aunque puede aparecer taquicardia.”¹⁵

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

¹⁵ Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:1448-1449



concomitancia con infecciones.”¹⁶

Signos Clínicos:

- **“Peso:** El peso se sitúa entre 60 – 80% del peso de referencia para su edad
- **Altura:** También está disminuida, dependiendo de esto la cronicidad de la escasez alimentaria.
- **Masa muscular y tejido adiposo:** Las pérdidas de ambos tejidos son menos severas que en el marasmo nutricional. No obstante, el tono y la resistencia musculares están disminuidos.
- **Piel:** Pueden no aparecer alteraciones cutáneas, pero en ocasiones se desarrolla una dermatosis en áreas de roce como la ingle y en la parte posterior de la rodilla, conocida vulgarmente con el término de dermatosis de “pintura escamosa” debido a que aparecen unos parches oscuros que pueden descamarse como cascarillas de pintura vieja, exponiendo los tejidos subcutáneos a infecciones diversas.

A veces aparece palidez palmar y plantar lo que es consecuencia de anemia o mala circulación. Asimismo púrpura o múltiples contusiones diminutas e ictericia apuntan a un fallo hepático, aunque su aparición suele ser tardía.

Por último puede también presentarse estomatitis por Cándida

¹⁶ Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:11



albicans, con cierta frecuencia.

- **Pelo:** El pelo es seco, quebradizo y sin lustre, pudiendo arrancarse fácilmente y sin dolor. El pelo rizado desaparece adquiriendo formas rectas. La pigmentación cambia desde negro a marrón mate, rojo e incluso blanco amarillento.

El cambio de color puede ser generalizado, pero en ocasiones puede no ser así, presentándose, por ejemplo, el pelo tipo “bandera”.

- **Apetito:** en la mayoría de los casos hay una anorexia manifiesta, lo que a veces obliga a la práctica de nutrición artificial el tratamiento de recuperación alimentaría.

Una disminución reciente del apetito en un niño malnutrido es, a menudo, la evidencia principal de una infección, y normalmente la inapetencia se mantiene mientras prosiga la citada infección. En estas condiciones, forzar al niño para que coma puede provocar episodios de vómito, complicando la situación nutricional.

Por otra parte, el vómito puede indicar la presencia de una enfermedad latente. Asimismo se acompaña de rumiación lo que es frecuente en niños malnutridos.

- **Carácter:** El niño con kwashiorkor es apático e irritable. La desaparición de este mal carácter es uno de los primeros signos de recuperación de la malnutrición.
- **Hepatomegalia:** Por infiltración grasa en el hígado. Por otra parte, en niños con distensión abdominal debido a sobrecrecimiento



bacteriano en intestino delgado, el hígado es empujado hacia arriba, lo que, unido a su mayor tamaño, puede limitar la capacidad respiratoria.

- **Edema:** Es junto a la hepatomegalia la característica clínica más evidente, apareciendo en piernas y abdomen, aunque puede afectar a todo el cuerpo incluyendo tronco y cara. El edema, al aplicar una presión moderada y constante, da lugar a una ligera depresión que se mantiene durante 30 segundos aproximadamente.
- **Otros Signos:** Lo mismo que ocurre con el marasmo, puede existir signos clínicos y bioquímicos por diversas deficiencias nutricionales. Destaca de una manera especial la anemia, y puede deberse a varias causas:
 - Fundamentalmente a deficiencias proteicas más que a falta de hierro y folato.
 - También es posible la existencia de anemia ferropénica.
 - Menos frecuente pero más severa, la anemia se debe a anquilomatosis, malaria y hemoglobinopatías.
 - Así mismo septicemias con hemólisis puede conducir a una seria condición anémica.
- **Infecciones:** Tanto en marasmo como en kwashiorkor son frecuentes las infecciones. Las intestinales, unidas a la hipotrofia



intestinal por desnutrición, son causa de muchas diarreas.”¹⁷

c. Kwashiorkor-Marasmo: “En la forma mixta Marasmo- Kwashiorkor, se observa una combinación de signos y síntomas de las dos formas anteriores.”¹⁸

“En ocasiones, en una malnutrición energético-proteica muy severa, ciertos niños pueden presentar unas características clínicas que identifican el marasmo nutricional, junto a edema. En otros casos los signos son del tipo kwashiorkor con edema manifiesto, modificaciones de piel y pelo, anorexia, alteraciones mentales, etc., pero con emaciación corporal de tal grado que el peso corporal es inferior al 60% del que correspondería para su edad.

Al tipo de niños que presentan características clínicas son diferenciales de ambas entidades patológicas, kwashiorkor y marasmo nutricional, se les identifica como pacientes kwashiorkor marásmico. Cuando después de cierto período de tratamiento desaparece el edema, se puede hablar únicamente de marasmo nutricional.

Aunque se han descrito los signos comunes y más diferenciales de las tres grandes entidades clínicas de la malnutrición, no hay que olvidar que pueden aparecer otras muchas relacionadas con deficiencias específicas de micronutrientes fundamentalmente, como ocurre cuando hay raquitismo

¹⁷ Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pag:1449

¹⁸ Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pag:13



por déficit de vitamina D o calcio, o escorbuto en el caso de vitamina C, y así sucesivamente.”¹⁹

2.3. Sobrepeso y Obesidad:

2.3.1 Definición

“El término sobrepeso se utiliza en los seres humanos para indicar un exceso de peso en relación con la estatura. Concretamente se refiere a las células preadiposas, en contraposición a las células adiposas, es decir, la obesidad”.²⁰

Definir la obesidad resulta difícil ya que hay muchos factores que la causan y varían entre poblaciones.

Pero se la puede definir como un “Incremento en el porcentaje de tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado del aumento de peso, cuya magnitud y distribución condiciona el salud del individuo”²¹

La obesidad se define como el exceso de grasa corporal secundaria a una alteración de la ecuación ingesta energética (incrementada) y gasto energético (disminuido)²².

2.3.2 Epidemiología

¹⁹ Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:1451

²⁰ Sobrepeso. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sobrepeso>

²¹ Obesidad “Braguinskay J, y col El Ateneo. Bs.As

²² Nelson; TRATADO DE PEDIATRIA, ed.elsevier España, edición18,2009, pág.:715



“La prevalencia de obesidad en los niños y niñas ha aumentado considerablemente en las últimas dos a tres décadas. Aproximadamente en el mundo entero existen 22 millones de niños y niñas menores de 5 años con sobrepeso. En los Estados Unidos de América, la cantidad de niños, niñas y adolescentes con sobrepeso se ha duplicado en las últimas dos a tres décadas; asimismo, en todo el mundo se han registrado índices similares, incluso en los países en vías de desarrollo y en aquellas regiones en las que se observa un incremento de las conductas occidentales y del tipo de alimentación vinculado a ellas.

»23

2.3.3. Etiopatología

“En la mayor parte de los casos su etiología es multifactorial en la que se involucra factores genéticos, y ambientales, psicológicos, conductuales.

- **Factores ambientales**

“Son capaces de influir en el determinismo de la obesidad, además del estilo de vida, aspectos relacionados con el estado socio –económico, tamaño familiar y ambiente físico.

²³ Obesidad infantil y Prevención. Disponible en : [Bhttp://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A2N79.htm](http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A2N79.htm)



El estilo de vida sedentaria es un componente importante del incremento de la prevalencia de la obesidad en países occidentales.”²⁴

- **Factores conductuales**

Sobrealimentación

- a. El aumento en el consumo de hidratos de carbono refinados y de grasas saturadas que se encuentran contenidos en refrescos, otras bebidas, golosinas y comida chatarra como salchipapas, hamburguesas, etc.
- b. La 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. Horarios alterados de alimentación y tiempo dedicado para sentarse a comer.
- e. No desayunar.
- f. Falta de conocimiento para decidir tipos y porciones adecuadas de alimentos. Menor consumo de alimentos altos en fibra como frutas y verduras.
- g. Horarios de comida no establecidos; con largos periodos de ayuno y/o unión de comidas.

²⁴ Nelson; TRATADO DE PEDIATRIA, ed.elsevier España, edición18,2009, pág.: 716



- h. Hábitos alimentarios inadecuados (dietas altas en lípidos, hidratos de carbono refinados) y aumento en el consumo de alimentos industrializados.
- i. Familias en las cuales ambos padres trabajan.

Sedentarismo

- a. Disminución de la actividad física
- b. El incremento en el tiempo destinado a la televisión, computadora y juegos electrónicos y de video, reduce actividades recreativas que implican actividad física.

• Factores biológicos

a. Factores hereditarios

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

b. Situación hormonal

En menos del 5% de los casos la obesidad es secundaria a enfermedades endócrinas o genéticas específicas.”²⁵

• Situaciones psicosociales y ambientales

“Existe un gran número de factores que pueden estar implicados en la patogénesis de la obesidad en la infancia, como son el exceso de alimentación durante el período prenatal y de lactancia, la malnutrición materna, el tipo de estructura

²⁵ Sarah E. Barlow and William H. Dietz. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations Pediatrics 1998; 102: e29.



familiar (hijo único, hijos adoptados, el último hijo de una gran familia, padres separados, familia monoparental, madre mayor de 35 años, familia numerosa), el nivel socioeconómico (clase social baja en los países desarrollados y clase social alta en países en vías de desarrollo), factores relacionados con el clima, la falta de ejercicio físico y el fácil acceso a la comida.

Un factor ambiental que ha provocado un aumento de la obesidad en nuestra sociedad, es el ver la televisión (TV) durante muchas horas. Pueden encontrarse varias explicaciones a este hecho ya que la TV anuncia alimentos con alto contenido calórico (aperitivos), los personajes de la TV en general muestran unos hábitos alimentarios malos, los niños tienen más posibilidad de tomar aperitivos mientras ven la TV, y además la TV reemplaza otras actividades al aire libre que consumen más energía, como los juegos o deportes. No obstante, si es imposible evitar este hábito es conveniente buscar la forma de realizar actividad física al mismo tiempo que se ve la televisión.”

- **Antecedentes en la infancia.**

Peso elevado al nacimiento.

Los datos van a favor de una asociación positiva entre macrosomía (Peso superior a 4 kg al nacimiento) y padecer obesidad en la infancia.”²⁶

2.3.4. Clasificación de la obesidad

La obesidad infantil puede ser clasificada en:

²⁶ Prevención de la obesidad infantil. Disponible en:
http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_obesidad.



- **“Obesidad nutricional:** (simple o exógena) La mayoría de los niños que presentan obesidad es a causa de una ingesta energética excesiva y/o un gasto calórico reducido, corresponden al 95% de los casos de obesidad.
- **Obesidad orgánica:** (intrínseca o endógena) El 5% restante corresponde a síndromes dismórficos, endocrinopatías, y lesiones del sistema nervioso central.”²⁷

2.4. Hábitos Alimentarios

2.4.1. Definición.- *se puede definir como los hábitos adquiridos a lo largo de la vida que influyen en nuestra alimentación.*

“Los hábitos alimenticios de las familias se transmiten de padres a hijos y están influidos por varios factores entre los que destacan: el lugar geográfico, el clima, la vegetación, la disponibilidad de la región, costumbres y experiencias, por supuesto que también tienen que ver la capacidad de adquisición, la forma de selección y preparación de los alimentos y la forma de consumirlos (horarios, compañía).

Hay que tomar en cuenta que los alimentos son lo único que proporciona energía y diversos nutrimentos necesarios para crecer sanos y fuertes y poder realizar las actividades diarias. Ninguna persona logra sobrevivir sin alimento y la falta de alguno de los nutrimentos ocasiona diversos problemas en la salud.

²⁷ PME Obesidad Infantil. Disponible en:
http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_14.pdf.



Sin embargo, no se trata de comer por comer, con el único fin de saciar el hambre, sino de obtener por medio de los alimentos, los nutrimentos necesarios para poder realizar todas las actividades según la actividad física que se desarrolle, el sexo, la edad y el estado de salud.

Consumir pocos o demasiados alimentos y de forma desbalanceada, tiene consecuencias que pueden ser muy graves: por un lado si faltan algunos nutrimentos en el organismo, hay desnutrición, que es muy grave y frecuente en niños de todos los ámbitos sociales, y por otro si se comen cantidades excesivas se puede desarrollar obesidad.

Por ello, la alimentación de los niños y niñas debe ser: **Completa:** Incluyendo en las tres comidas principales del día: desayuno, almuerzo y cena, alimentos de todos los grupos:

- Cereales y tubérculos que proporcionan la energía para poder realizar las actividades físicas, mentales, intelectuales y sociales diarias.
- Leguminosas y alimentos de origen animal que proporcionan proteínas para poder crecer y reparar los tejidos del cuerpo.
- Grasas proporcionan energía.
- Frutas y verduras, que contienen vitaminas y minerales para conservar la salud y que el cuerpo funcione adecuadamente.



- Agua, para ayudar a que todos los procesos del cuerpo se realicen adecuadamente y porque ella forma parte de nuestro cuerpo en forma importante.

Todos los alimentos contienen nutrimentos, pero es importante conocer cuáles contiene cada uno de ellos, para combinarlos en cada comida y evitar que alguno de ellos falte.

Los alimentos naturales obviamente tienen mayor cantidad y calidad en sus nutrimentos, por lo que la comida no nutritiva, no debe ocupar el primer lugar de consumo, aunque facilite las tareas de quienes preparan la comida.

Equilibrada: Es decir cada comida debe contener en igual cantidad alimentos de los tres grupos. En nuestra cultura, se exagera del consumo de carne y se dejan a un lado los cereales, verduras y frutas, favoreciendo así la obesidad y muchos problemas por la falta de vitaminas y minerales.

Higiénica: Para prevenir enfermedades infecciosas se debe cuidar mucho la calidad, frescura y forma de preparación de los alimentos. El lavado de manos antes de prepararlos y comerlos es un hábito que debe fomentarse en los niños desde muy pequeños.

Suficiente: Esto con relación a cubrir las necesidades de nutrimentos, más que a comer mucho. Cada niño tiene capacidad diferente para comer y no se debe imponer la misma cantidad a todos, esto en lugar de beneficiar, ocasiona muchos problemas en las comidas familiares.



Variada: Es importante que los niños aprendan a comer de todo y si hay algo que no les gusta, tratar de no darlo y buscar un alimento sustituto de los nutrimentos que contiene.”²⁸

“Diversas influencias, algunas obvias y otras sutiles, determinan la ingesta de alimentos y los hábitos de los niños. Se sabe con certeza que los hábitos, gustos se establecen bien en los primeros años y se llevan durante toda la vida adulta, donde es frecuente que haya resistencia o dificultad para cambiar.

Las mayores influencias en la ingestión de alimentos en los años de desarrollo incluyen el ambiente familiar, los medios de comunicación, los compañeros, las enfermedades o afecciones.

Ambiente Familiar: la familia es la principal influencia en el desarrollo de los hábitos alimentarios.

Los padres y hermanos mayores pues son modelos importantes pues imitan a todas las personas que se encuentran en su ambiente inmediato.

Medios de Comunicación: los mensajes publicitarios que emiten durante los programas de niños, en su mayoría son de alimentos que no siempre son los más nutritivos a todos.

²⁸ Hábitos alimenticios. Disponible en : <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/ninosyninas/435791.html>



Influencia de los compañeros: esto suele presentarse en niños que asisten a centros infantiles. Va aumentando con la edad y se extiende a las actitudes y elecciones de alimentos.”²⁹

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.

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. Son las más apropiadas para 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.

Cambios en la forma de cocinar

²⁹ Gicela Palacios Santana; NUTRICIÓN BÁSICA , edición: Cuenca- Ecuador 2005, pág:165-166



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, en escabeche, ahumados, etc.

En cuanto a la textura, se deben ir eliminando los purés como alimento diario y pasar al número de veces que lo toman los adultos de la casa. A partir de los 3 años, deben aprender a saborear diferentes verduras por separado, separar también la carne roja, el pescado y el pollo. Es decir se debe introducir la idea de 1-2 platos en cada comida importante o empezar por platos combinados que se componen de diferentes alimentos en diferentes 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.”³⁰

2.5. Capacitación

2.5.1. Concepto

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

³⁰ Hábitos Alimentarios. Disponible en :
<http://www.prensa.com/Actualidad/Psicología/2005/08/10/index.htm>



2.5.2. Técnicas participativas

“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, sus conocimientos y su responsabilidad.

Finalmente entre todos encuentran alternativas de solución, estrategias para tratar los problemas y logros de los objetivos planteados.

Cada técnica se aplica de acuerdo al momento de proceso educativo, tomando en cuenta las características del grupo participante, las condiciones objetivas y materiales en que se desarrolló, el o los tema (s) y los objetivos que se quieren alcanzar.

Las técnicas como toda herramienta tiene sus características, alcances y limitaciones y para utilizarlas hay que conocerlas y saberlas manejar, ya que refleja la realidad en sus diversos aspectos y sus correspondientes interpretaciones.

Para que una técnica sirva de instrumento educativo, debe de ser utilizada en función del tema específico, con un objetivo concreto e implementarla de acuerdo a los participantes con los que se estará trabajando.

Las técnicas son participativas cuando permiten:



- Hacer más sencilla, simple y entretenida la reflexión sobre un tema, fomentando la discusión.
- Colectivizar el conocimiento individual, enriquecer éste y potenciar realmente el conocimiento colectivo.
- La elaboración colectiva de conclusiones y resultados, que deriven en tareas y acciones organizadas sobre la realidad, que es el objeto del programa.

2.5.3. Fases del proceso

- **Fase de presentación**

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

Ejemplo de dinámicas de presentación, ambientación y animación: presentación por pareja, el correo, identificación con alimentos, canasta revuelta, el aviso clasificado.

- **Fase de diagnóstico 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.



Ejemplo de técnica y dinámica: lluvia de ideas, lluvia de ideas por tarjetas, árbol social, juego de roles, títeres, socio drama.

- **Fase de aprendizaje – capacitación**

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

Ejemplo de técnicas y dinámicas: charla, demostración práctica, refranes, estudio de casos, lectura y discusión por grupos.

- **Fase de planificación o compromisos**

En esta fase se utiliza 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 segura.

Ejemplo de técnica y dinámica: lluvia de ideas, grupo nominal, juego de tarjetas, miremos más allá, la baraja de la planificación y reconstrucción.

- **Fase de 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 sólo a los resultados, sensible 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 de técnicas y dinámicas de evaluación: jurado 14, bingo loco, cuestionarios.

2.5.4. Auxiliares de enseñanza y materiales pedagógicos

Tales como:

- Franelógrafo
- Rotafolio
- Afiche
- Técnicas auditivas
- Grabaciones
- **Técnicas audiovisuales:** esta técnica combina la proyección de imágenes con estímulos auditivos, por lo tanto tiene una ventaja de que los mensajes son captados a través de dos sentidos: vista y oído.”³¹

³¹Ministerio de Salud Pública; MANUAL DE CAPACITACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD; Dirección Nacional de Nutrición; Módulo 13 págs:5-26



CAPITULO III

3 OBJETIVOS

3.1. GENERAL

Determinar el estado nutricional a los niños(as) que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal” y capacitar a sus padres.

3.2. ESPECIFICOS

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



CAPITULO IV

4 METODOLOGÍA

El registro del peso y la talla constituye el método más apropiado a nivel de la atención primaria para detectar desviaciones del crecimiento, a la vez que permite realizar un diagnóstico del estado nutricional.

4.1 HIPÓTESIS

Las malas prácticas alimentarias, los conocimientos nutricionales inadecuados, son los causantes del mal estado nutricional de los niños de 2 a 5 años de edad.

4.2 TECNICAS E INSTRUMENTAL USADAS PARA EL REGISTRO ANTROPOMÉTRICO

El personal a cargo del examen antropométrico debe estar bien capacitado. Es conveniente constatar periódicamente que las mediciones se efectúan en forma correcta.

Las técnicas que se aplicaron se encuentran normatizadas y se describen a continuación.

4.2.1 Peso

Instrumento.- Para la toma del peso se utilizó una balanza, ésta se situó sobre un plano rígido o piso plano, calibrada en cero. Cada vez que se pesó a un niño se calibró la balanza nuevamente.

Técnica.- La toma del peso se realizó de la siguiente manera: sin zapatos y con la menor cantidad de ropa posible, para de esta manera obtener un peso real.



Se situó al niño de pie con el cuerpo erecto, con los talones unidos, las plantas de los pies separadas y los brazos relajados a los lados del cuerpo.

Se leyó cuidadosamente la cantidad señalada en la balanza, antes de hacer bajar al niño.

Esta actividad se realizó tres veces por niño para mayor exactitud de los datos.

4.2.2. Longitud Corporal (acostado)

Se ejecutó esta posición a los niños de 12 a 24 meses.

Instrumento.- Para la toma de la talla se utilizó una cinta graduada en centímetros y milímetros pegada a lo largo de una mesa de madera común.

Técnica.- Se situó al niño acostado sobre la superficie horizontal. Una de nosotras mantuvo la cabeza del niño en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie, mientras la otra persona se encargó de efectuar la medición, extendiendo las piernas del niño y apoyando una mano sobre las rodillas y manteniendo los pies en ángulo recto, se efectuó entonces la lectura correspondiente.

4.2.3. Estatura o talla (altura corporal en posición de pie)

Instrumento.- Se utilizó una superficie vertical rígida con una escala en centímetros fijada a ella y se situó en un lugar plano.

Técnica.- Se situó al niño descalzo y sin medias, en posición de firme, con los talones, glúteos y cabeza pegados al tallímetro sin doblar las rodillas. La cabeza del niño estuvo levantada y rígida al frente.



Se procedió a la lectura de la talla marcada en el tallímetro.

La medición de la talla se la repitió tres veces a cada niño para obtener datos reales.

Una vez obtenidos los datos de peso y talla del niño se utilizó los tres indicadores: P/T, T/E y P/E en niños menores a 24 meses, y se utilizó los indicadores P/T y T/E en niños mayores a 24 meses. Luego se aplicó la fórmula del Índice de Masa Corporal.

4.3. TÉCNICA PARA EL REGISTRO 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 éstos métodos obtuvimos 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.

El método que utilizamos fue una entrevista directa hacia los padres de los niños. La encuesta de frecuencia de consumo consta 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. Después de obtenida la información procedimos a tabular las encuestas pasando de medidas caseras a gramos cada alimento; luego analizamos obteniendo la cantidad de calorías, grasas, proteínas y carbohidratos ingeridos por parte de los niños de lunes a



viernes en casa.

Se analizó el consumo de calorías, y macronutrientes que consumen los niños en la guardería en los tres tiempos de comida de una semana.

Se sacó un promedio dando como resultado que la guardería aporta 750 calorías que equivale al 53% de la ingesta calórica.

Se sacó el requerimiento de la ingesta calórica con el 47% que debe aportar los padres en casa de lunes a viernes, luego con el porcentaje de adecuación de calorías y macronutrientes obtuvimos los resultados en donde nos indicó que los niños tenían un consumo excesivo, deficiente o normal.

En la anamnesis alimentaria del fin de semana se tabularon los alimentos pasando de medidas caseras a gramos, luego se analizó los datos y finalmente se aplicó la fórmula del porcentaje de adecuación en la cual se obtuvo niños con deficiente, excesivo y normal aporte de calorías y macronutrientes.

4.4. TÉCNICA PARA LA CAPACITACIÓN A LOS PADRES DE FAMILIA

Se realizó tres talleres teóricos con los padres de familia: el primer taller fue de desnutrición en niños dirigido principalmente a los padres de familia de los niños con diagnóstico de desnutrición, el segundo taller de sobrepeso en niños dirigido principalmente a los padres de familia de los niños con diagnóstico de sobrepeso y el tercer taller de alimentación en el preescolar dirigido a todos los padres de familia.

Para evaluar el éxito de las capacitaciones llevadas a cabo se hizo un cuestionario



de diagnóstico previo al evento educativo y posterior al mismo.

4.5. TIPO DE ESTUDIO

Se utilizó en la presente investigación un estudio descriptivo, prospectivo que nos permitió determinar el estado nutricional de los niños así como las prácticas alimentarias lo que constituye con relato explicativo de las realidades encontradas.

4.6. ÁREA DE ESTUDIO

Niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal”, Cuenca 2009-2010.

4.7. UNIVERSO

La población está representada por 53 niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal”, comprendidos entre 6 meses a 5 años.

4.8. MUESTRA

Se trabajó con una muestra de 47 niños y niñas de la institución, en los meses de Enero del 2010 a Julio 2010.

4.9. UNIDAD DE ANÁLISIS

La unidad de análisis lo constituyeron 47 niños y niñas de la institución, en los meses de Enero del 2010 a Julio 2010.



4.10. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y DE EXCLUSIÓN.

4.10.1 CRITERIO DE INCLUSIÓN: Todos los niños y niñas que se encontraban asistiendo regularmente a la guardería previo consentimiento informado de los padres.

4.10.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN:

- Se excluyeron a los niños y niñas que los padres no autorizaron su participación en el estudio, que tengan alguna patología que afecte directamente al estado nutricional, y que tengan 5 años 1 mes en adelante.

4.11. TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN

Técnicas e instrumentos de investigación realizadas en el estudio:

Técnicas	Instrumentos
1.- Recolección de medidas antropométricas peso y talla.	Balanza estandarizada Tallímetro
2.- Encuesta (anamnesis alimentaria, frecuencia de consumo) a los padres de familia para conocer las prácticas alimentarias de sus hijos que las llevan en casa.	Encuesta de consumo: Frecuencia de consumo para conocer la alimentación de los niños y niñas de lunes a viernes en casa. Anamnesis alimentaria para conocer la alimentación de los niños y niñas durante el fin de semana.

Fuente: Las autoras



4.12. FUENTE DE INFORMACIÓN

Primaria: Se realizó la toma de medidas antropométricas a los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal” y se realizó una encuesta dirigida a los padres de familia, a quienes se les explicó la finalidad de la aplicación de la misma, que fue aceptado y registrado en el consentimiento informado; en todo momento se protegió la identidad de los niños y niñas, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

4.13. IMPLICACIONES ÉTICAS

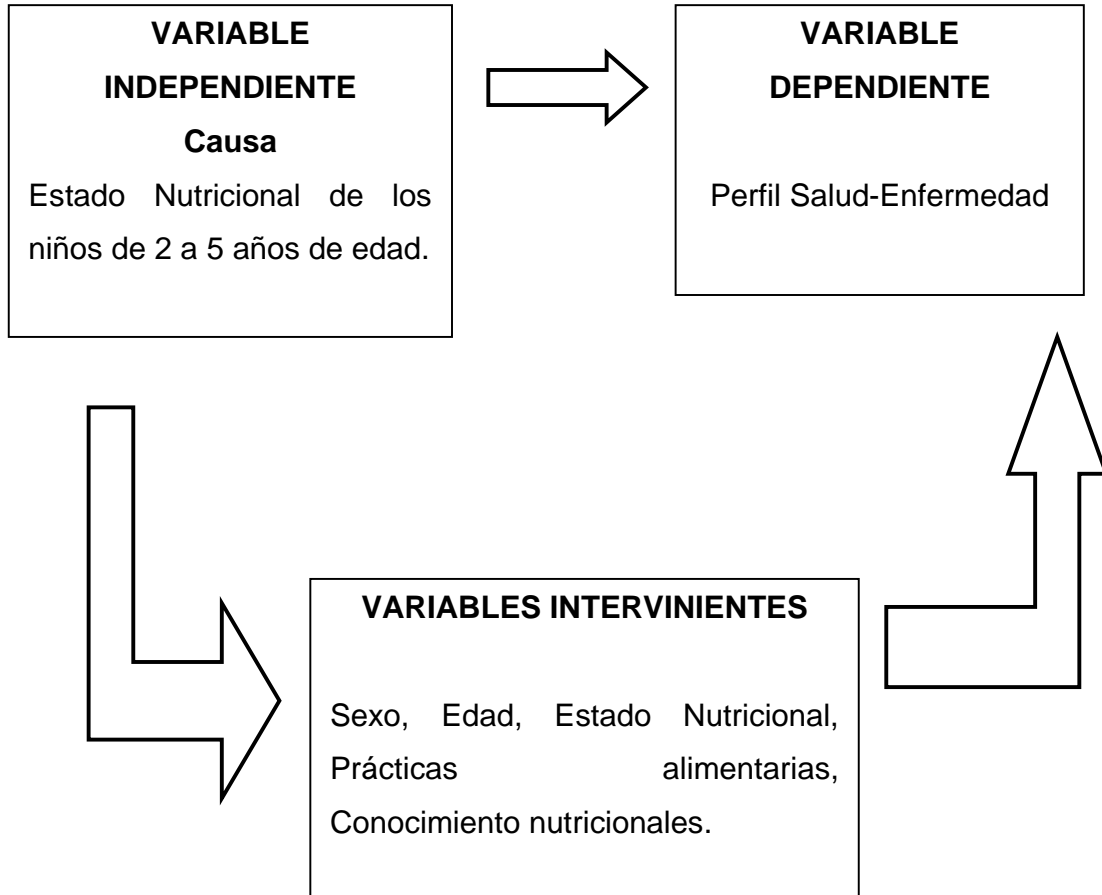
La recolección de datos se realizó de una manera confidencial y sincera por parte de los padres de familia de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal”.

4.14. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Una vez informado y luego leído el consentimiento los padres de familia aceptaron que sus hijos formen parte de este estudio, teniendo en cuenta que no existía ningún perjuicio para sus hijos y con derecho de retirarse en cualquier momento.



4.15. Asociación de variables





CAPITULO V

ANALISIS DE LA INFORMACIÓN

TABLA N. 1

Diagnóstico nutricional de los niños/as del área de Estimulación del Centro de Desarrollo Infantil Solidario "El Arenal" según los tres indicadores P/T, P/E, T/E y Índice de Masa Corporal.

Diagnóstico	INDICADORES		IMC	
	Número de niños	Porcentaje	Número de niños	Porcentaje
Niño bien nutrido	2	67	2	67
Desnutrición actual	1	33	1	33
Sobrepeso	0	0	0	0
Obesidad	0	0	0	0
Total	3	100		100

Fuente: Niños del Centro
Elaborado por: Las Autoras

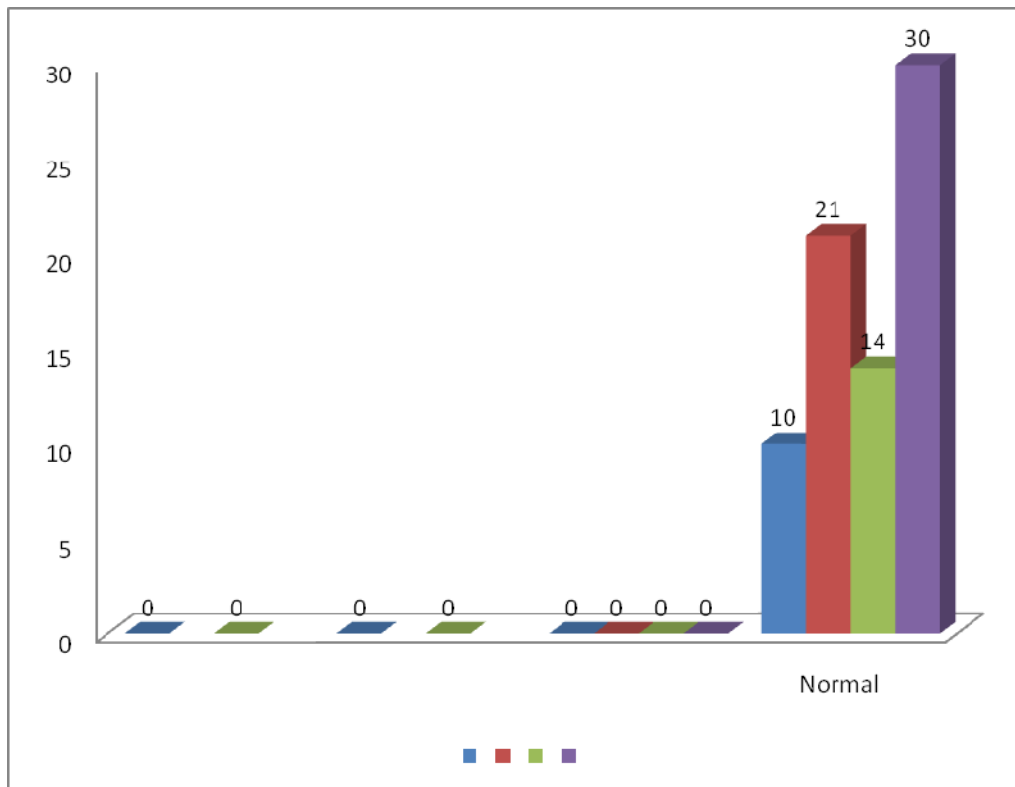
Los datos obtenidos según los indicadores nos muestran que el 67% de los niños y niñas de 1 a 2 años son niños bien nutridos con antecedente de desnutrición, en el cual su peso y talla son bajos para la edad, sin embargo su peso para la talla esta adecuado y el 33% de los niños tiene Desnutrición actual, en la cual los tres indicadores P/E, T/E y P/T son bajos. No existiendo variación en el diagnostico según el Índice de Masa Corporal.

La deficiencia nutricional afecta en el retraso del crecimiento de un gran número de la población infantil, está deficiencia refleja los bajos niveles sociales y económicos en que se desenvuelven sectores marginados, urbanos y rurales.



GRÁFICO N. 1

Diagnóstico nutricional de los niños/as del área de Estimulación del Centro de Desarrollo Infantil Solidario "El Arenal" según los tres indicadores P/T, P/E, T/E y Índice de Masa Corporal



Fuente: Niños del Centro
Elaborado por: Las Autoras



TABLA N. 2

Diagnóstico nutricional de los niños/as de las áreas de Maternal I, Maternal II y Prebásico del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal” según los indicadores P/T y T/E

Diagnóstico	Niños/as	Porcentaje
Normal	18	41
Desnutrición Aguda	3	7
Desnutrición Crónica	15	34
Desnutrición Crónico-Aguda	3	7
Sobrepeso	5	11
Obesidad	0	0
Total	44	100

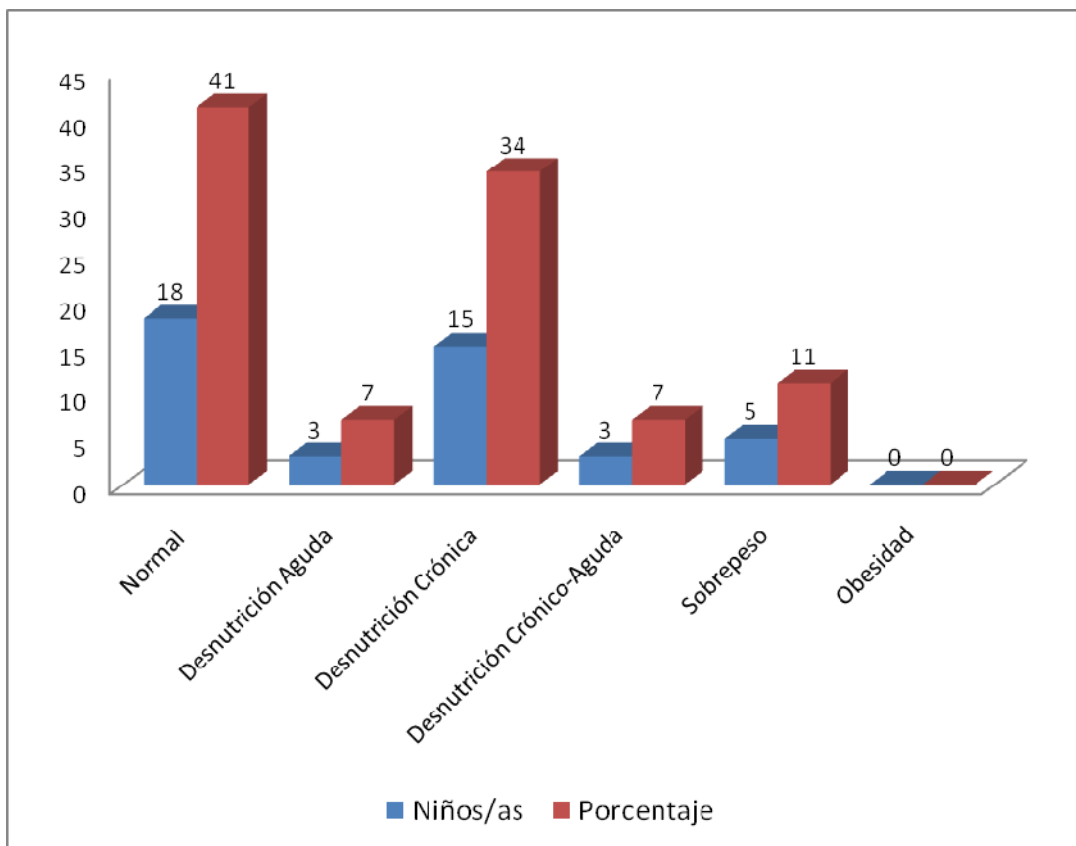
Fuente: Niños del Centro
Elaborado por: Las Autoras

Los datos obtenidos nos muestran que el 41% de los niños y niñas de 2 a 5 años tienen un estado nutricional normal constituyendo un porcentaje importante de la muestra, mientras que el 34% tienen Desnutrición Crónica indicando que los niños de estudio tienen talla baja para su edad la cual podrá ser recuperada en su pubertad. Actualmente el 26% de la población ecuatoriana de 0 a 5 años sufre de desnutrición crónica, una situación que se agrava en las zonas rurales y es aún más crítica en los niños indígenas.



GRÁFICO N. 2

Diagnóstico nutricional de los niños/as de las áreas de Maternal I, Maternal II y Prebásico del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal” según los indicadores P/T y T/E



Fuente: Niños del Centro
Elaborado por: Las Autoras



TABLA N. 3

Diagnóstico nutricional de los niños/as de las áreas de Maternal I, Maternal II y Prebásico del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal” según el Índice de Masa Corporal

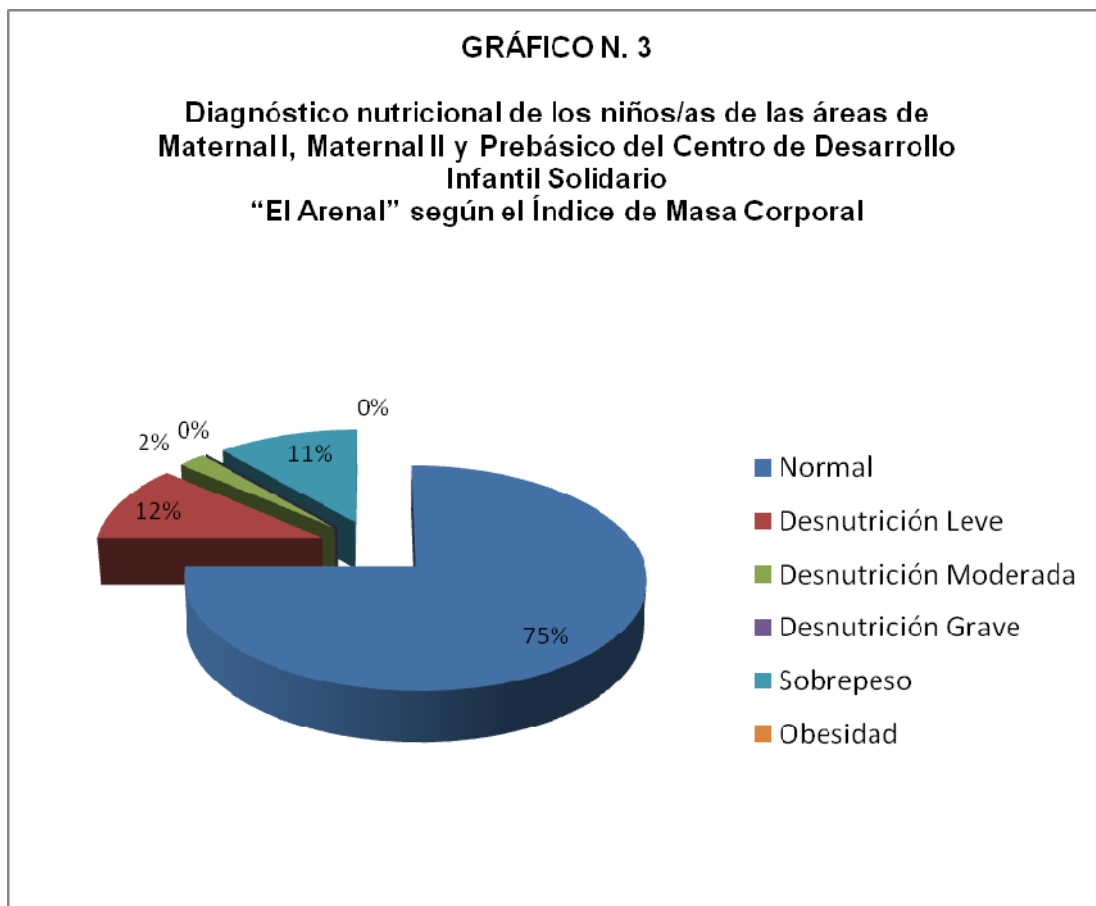
Diagnóstico	Niños	Porcentaje
Normal	33	75
Desnutrición Leve	5	11
Desnutrición Moderada	1	3
Desnutrición Grave	0	0
Sobrepeso	5	11
Obesidad	0	0
Total	44	100

Fuente: Niños del Centro
Elaborado por: Las Autoras

El 75% de los niños y niñas tiene un Índice de Masa Corporal Normal representando la mayor parte de la muestra, en cambio el 11% de los niños tienen Sobrepeso. Haciéndonos ver que en nuestro medio están presentes problemas que antiguamente eran de países desarrollados. Tanto el sobrepeso como la obesidad son agentes causales para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares. La influencia de los medios de comunicación tiene mucho que ver con la adopción de estos hábitos, especialmente influyen en el alto consumo de alimentos no nutritivos.



GRÁFICO N. 3



Fuente: Niños del Centro
Elaborado por: Las Autoras



TABLA N. 4

Encuestas de Frecuencia de consumo (semanal)
y anamnesis alimentaria (fin de semana)
a los padres de los niños/as
del Centro de Desarrollo Infantil
Solidario "El Arenal"

	Semanal		Fin de Semana		Semanal		Fin de Semana		Semanal		Fin de Semana		Semanal		Fin de Semana	
	Calorías		Calorías		Proteínas		Proteínas		Grasas		Grasas		CHO		CHO	
	# niños	%	# niños	%	# niños	%	# niños	%	# niños	%	# niños	%	# niños	%	# niños	%
Normal	10	21	14	30	2	4	7	15	6	13	9	19	14	30	3	6
Déficit	16	34	24	51	1	2	7	15	30	64	25	53	13	28	37	79
Exceso	21	45	9	19	44	94	33	70	11	23	13	28	20	42	7	15
Total	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100	47	100

Fuente: Encuestas de investigación
Elaborado: las autoras

Los datos obtenidos nos indica que los niños consumen una fórmula dietética inadecuada, en donde de lunes a viernes en casa las calorías, proteínas y carbohidratos son excesivas con un promedio de 23%, 8% y 15% respectivamente, mientras que las grasas son deficientes con un promedio de 10%.

*Autor: Maritza Contreras
Lorena Murillo*



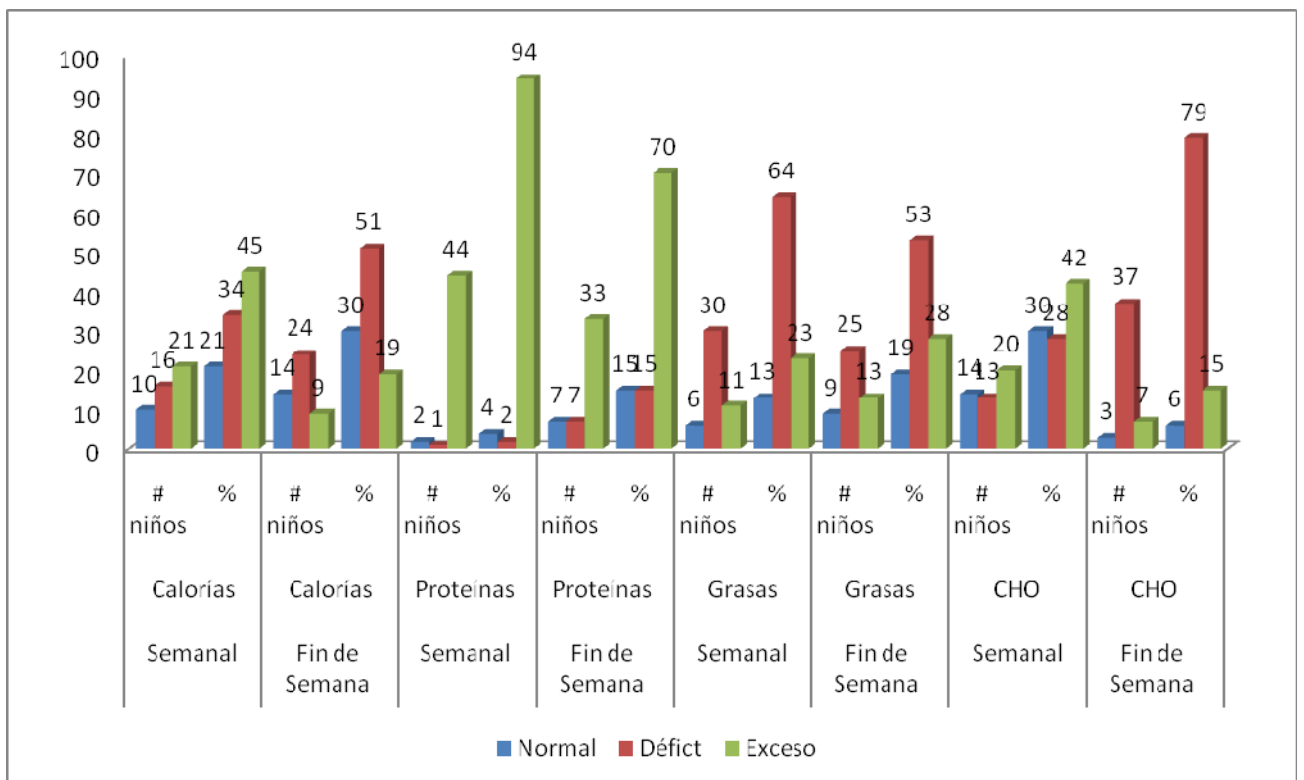
Esto se mejoraría aumentando 6 gramos de grasas y disminuyendo 24 gramos de carbohidratos. En cambio los fines de semana la fórmula dietética varía en la cual las calorías, carbohidratos y grasas tienen un aporte deficiente con un promedio de 38%, 13% y 2.7% respectivamente, esto se mejoraría aumentando 396kcal, 52 gramos de carbohidratos y 23 gramos de grasas, mientras que las proteínas tienen un aporte excesivo en un 0.8%; si consideramos que el aporte normal es del 14% se puede mantener esta práctica. La deficiencia en el consumo de alimentos energéticos (grasas y carbohidratos) afecta directamente la utilización de las proteínas en el organismo. En efecto, bajo condiciones normales el organismo metaboliza prioritariamente carbohidratos y grasas para satisfacer sus necesidades energéticas, pero cuando la ingestión de estos nutrientes energéticos es insuficiente, el destino de las proteínas se desvía de sus funciones primarias (formadoras) hacia la producción de energía y como consecuencia, resulta un incremento secundario en los requerimientos de proteína dietética.

La situación socio económica baja obliga a las madres de familia a trabajar de lunes a domingo y los niños durante el fin de semana pasan junto a ellas, consumiendo la alimentación del mercado. El consumo de una fórmula dietética inadecuada se debe a la práctica común de brindarles cantidades elevadas de leche y comprarles: carne en palito, espumilla, yogurt. Considerando que las proteínas dan sensación de saciedad en el momento del almuerzo el niño ya no ingiere la cantidad suficiente de carbohidratos y grasas.



GRÁFICO N. 4

Encuestas de Frecuencia de consumo (semanal)
y anamnesis alimentaria (fin de semana)
a los padres de los niños/as
del Centro de Desarrollo Infantil
Solidario "El Arenal"



Fuente: Encuesta de Investigación
Elaborado por: Las Autoras



TABLA N. 5

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Calorías	762	760	709	780	740
Proteínas	26	22.8	23.4	19.7	25
Grasas	26.6	23	26.5	30	85.3
Carbohidratos	117	118	97.8	105	21.4

**Análisis de los menús de una semana
brindados a los niños y niñas en el
Centro de Desarrollo Infantil Solidario El Arenal**

Fuente: menús de la guardería
Elaborado por: las autoras

Se analizó consumo de calorías y macronutrientes que consumen los niños en la guardería en los tres tiempos de comida de una semana.

Se sacó un promedio dando como resultado que la guardería aporta 750 calorías que equivale al 53% del requerimiento calórico, 23.7 gramos de proteínas que cubre del 12%, 104.6 gramos de carbohidratos que cubre el 58% y 23.7gramos de grasas que cubre el 30%.



TABLA N. 6

Consumo de Suplementos Dietéticos de los niños/as
del Centro de Desarrollo Infantil Solidario
“El Arenal”

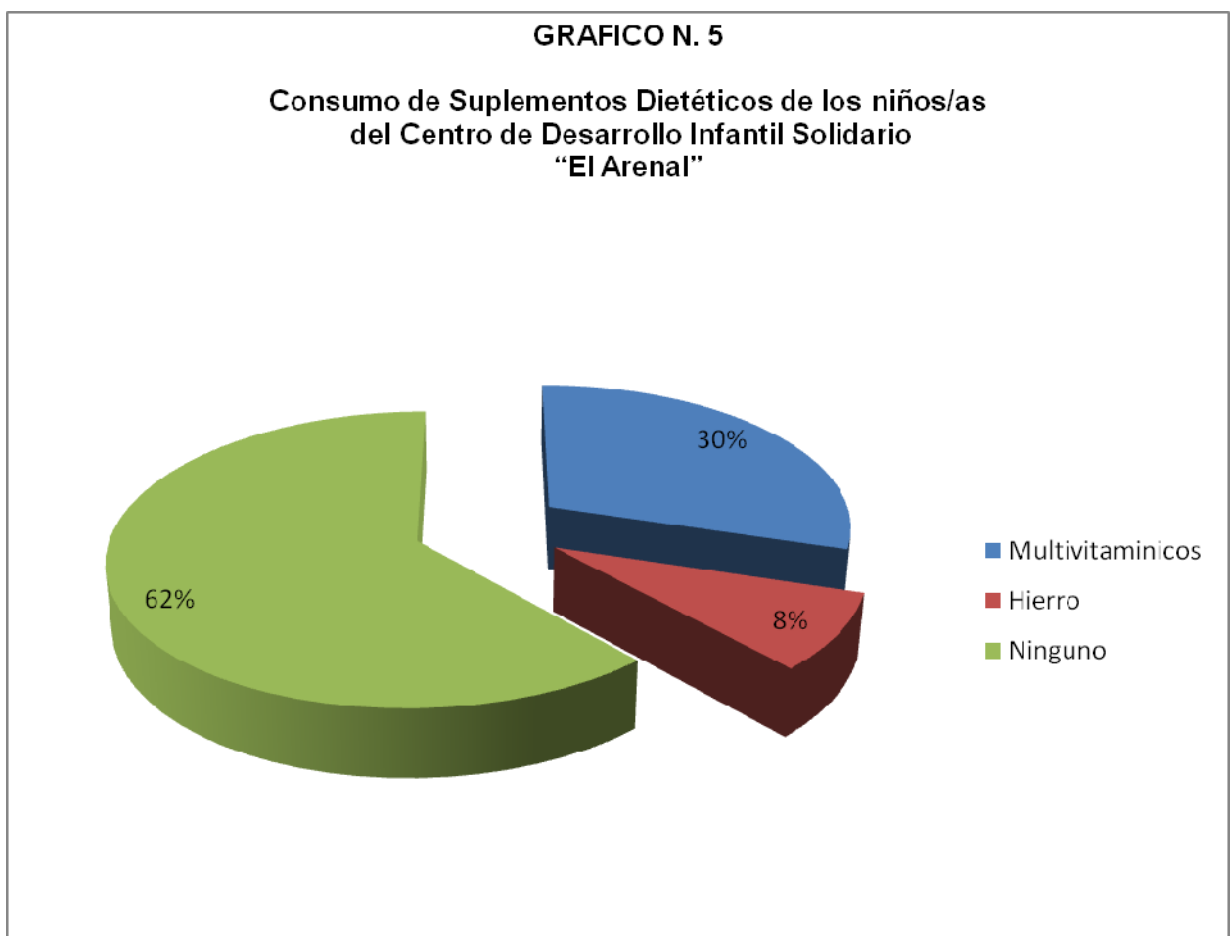
	Niños/as	Porcentaje
Multivitáminicos	14	30
Hierro	4	8
Ninguno	29	62
Total	47	100

Fuente: Encuesta de Investigación
Elaborado por: Las Autoras

Los datos obtenidos nos muestran que el 62% de los niños y niñas del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal” no consumen ningún tipo de suplementos dietéticos, si a esto se suma la deficiencia de alimentos podría llevar al decaimiento de las defensas y por lo tanto a mayor susceptibilidad de adquirir enfermedades afectando de esta manera en forma directa al desarrollo normal y crecimiento del niño.



GRAFICO N. 5



Fuente: Encuesta de Investigación
Elaborado por: Las Autoras



TABLA N. 7

Consumo de Bebidas Azucaradas de los niños/as
del Centro de Desarrollo Infantil Solidario
“El Arenal”

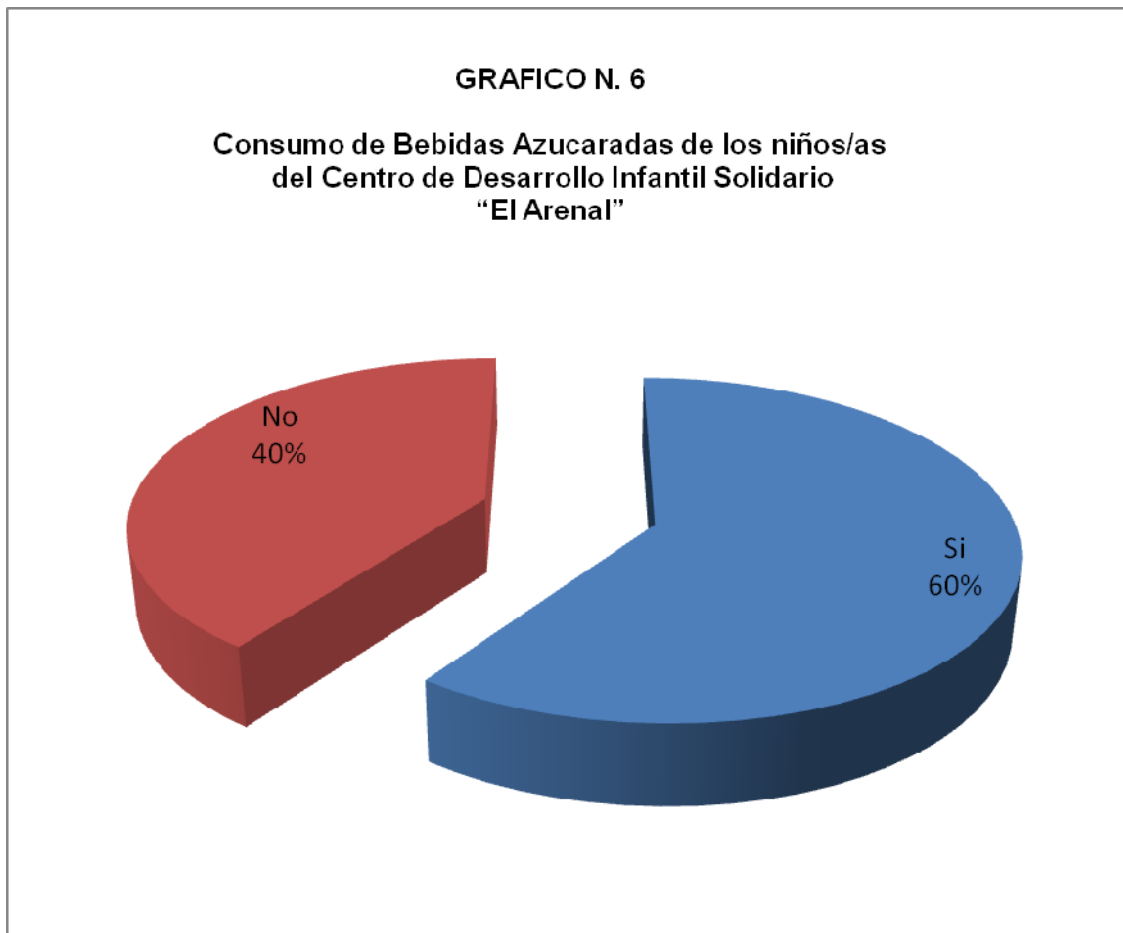
	Niños/as	Porcentaje
Si	27	60
No	18	40
Total	47	100

Fuente: Encuesta de Investigación
Elaborado por: Las Autoras

El 60% de niños si consumen bebidas azucaradas, siendo las bebidas más consumidas la gaseosa, Tampico y Sunny. Aportando al organismo colorantes, aditivos que son perjudiciales para la salud del niño, además calorías vacías que aportan energía pero que no contribuyen con otros nutrientes.



GRAFICO N. 6



Fuente: Encuesta de Investigación
Elaborado por: Las Autoras



TABLA N. 8

Nivel de Conocimiento de nutrición en la pre y post capacitación de los padres de familia de los niños/as del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal”

	Charla de Desnutrición				Charla de Sobrepeso				Charla de Alimentación en el Pre-escolar			
	Pre-capacitación		Post-capacitación		Pre-capacitación		Post-capacitación		Pre-capacitación		Post-capacitación	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Si	5	29	15	88	1	25	4	100	15	32	44	94
No	12	71	2	12	3	75	0	0	32	68	3	6
Total	17	100	17	100	4	100	4	100	47	100	47	100

Fuente: Encuesta de pre-capacitación
Elaborado por: Las Autoras

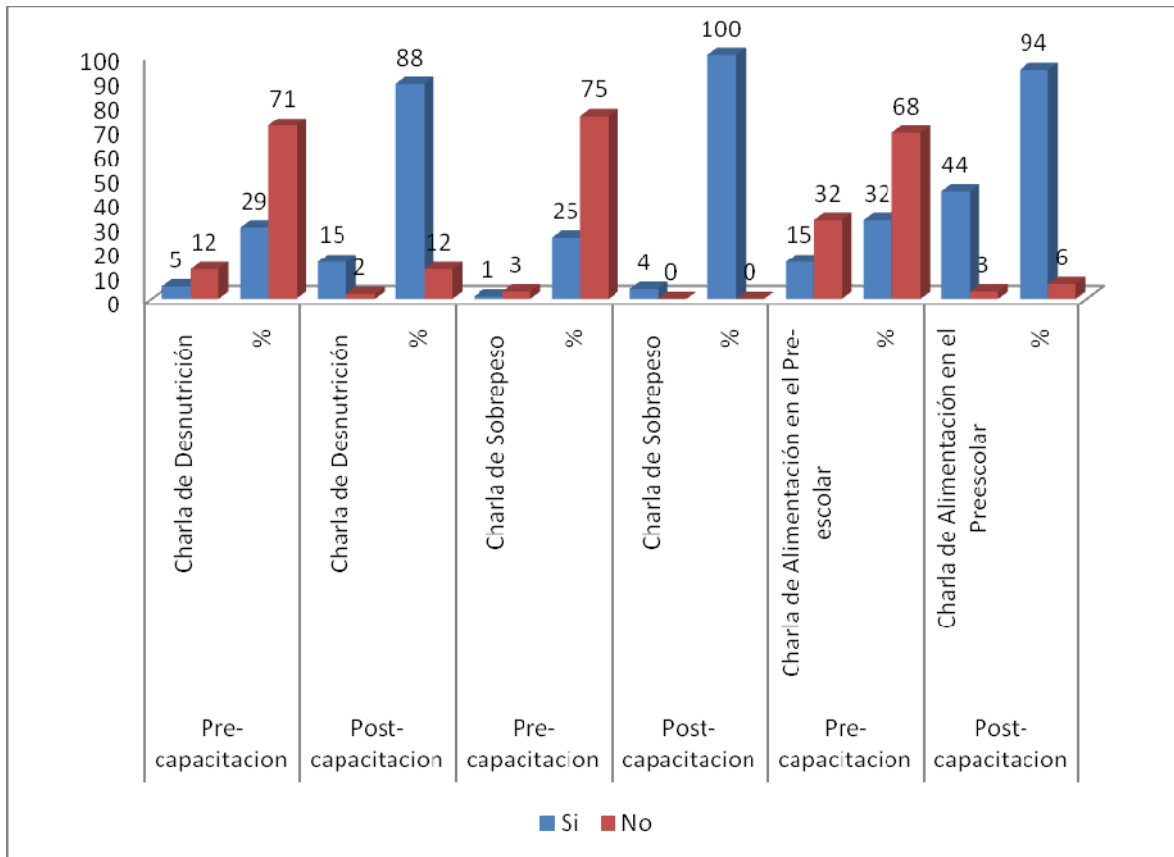
Antes de dar las charlas los padres de familia tenían poco o ningún conocimiento sobre nutrición. Nos sentimos muy conformes que después de dadas las charlas más del 50% los padres de familia adquirieron conocimientos los mismos que servirán para mejorar el estado nutricional de los niños.

*Autor: Maritza Contreras
Lorena Murillo*



GRAFICO N. 7

Nivel de Conocimiento de nutrición en la pre y post capacitación de los padres de familia de los niños/as del Centro de Desarrollo Infantil Solidario “El Arenal”



Fuente: Encuesta de post-capacitación
Elaborado por: Las Autoras



CAPITULO VI

DISCUSIÓN

El objetivo de esta investigación fue determinar el estado nutricional de los niños y demostrar la influencia de las prácticas alimentarias con los resultados obtenidos. Realizar una intervención educativa para modificar los hábitos perjudiciales que impiden el adecuado crecimiento y desarrollo.

En Nicaragua existe una investigación realizada con niños menores de 6 años del municipio de Malpaisillo (1998), basándose en las medidas antropométricas para determinar peso para talla y talla para edad y peso, se pudo clasificar el estado de nutrición de los niños usando el método de Puntaje Z. Donde se encontró una mayor prevalencia de desnutrición crónica 36.2%, 55% de los niños presentaban una nutrición normal, 13% en obesidad y 8% de los niños en sobrepeso.³²

En nuestro estudio encontramos que la desnutrición crónica prevalece con el 41% y 11% de sobrepeso, no encontrando diagnósticos de obesidad

En ambos estudios los resultados son iguales en los que prevalece la desnutrición crónica debido a que probablemente el déficit nutricional de proteínas que los niños han estado expuestos a lo largo del primer año de vida, no permitiendo recuperar la talla adecuada con respeto a la edad.

³²Estado nutricional en niños del tercer nivel de los preescolares: El Jardín de Infancia Rubén Darío y Escuela Rubén Darío de la ciudad de León. Disponible en: http://www.unanleon.edu.ni/universitas/pdf/volumen2_nro2/arto1.pdf



De 1985 (año de la primera medición de la desnutrición en el Ecuador) al 2000 la proporción de niños con retardo en su talla bajo del 34% al 26% (desnutrición crónica) La desnutrición es un problema latente incluso causa de muerte en los niños. En el 2000 según datos del INEC, una de cada 10 muertes en menores de 5 años, se debe a deficiencias nutricionales,³³

En nuestro estudio, se identifica un 34% de desnutrición crónica. Al establecer una comparación cronológica con los estudios anteriormente mencionados, podemos darnos cuenta que la desnutrición crónica aumentó siendo similar al estudio realizado en 1985 en el lapso de 10 años. Entre ambos estudios existe un porcentaje alto de desnutrición debido a la falta de conocimientos de nutrición por parte de sus madres, situación económica baja que se ven reflejados directamente en el estado nutricional de los niños.

En el 2008 se realizó un diagnóstico del estado nutricional de la población infantil de las comunidades de Yacuambi y El Pangui de la Amazonía ecuatoriana, que comparado con nuestro estudio, los resultados muestran que en la Amazonia existe mayor prevalencia de desnutrición crónica con 37.3% frente a un 34%, en la desnutrición aguda con 34,6% frente a un 7% y de igual manera ocurre con el sobrepeso con 25% frente a un 11%.”³⁴

El Sistema Integrado de Vigilancia Alimentaria Nutricional (SIVAN) en el año 2008, en la provincia del Azuay realizó un estudio en niños(as) de 12 a 59 meses con los

³³ Programa Nacional de Alimentación Escolar (PAE), agosto 2001. SIISE

³⁴ Diagnóstico del estado nutricional e identificación de factores de riesgo de la población infantil de las comunidades de Yacuambi y El Pangui durante el periodo enero-agosto del 2008. Disponible en: <http://repositorio.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3367/1/613X364.pdf>



tres indicadores P/T, T/E, P/E y el Índice de Masa Corporal y registró que el 78,6% de niños normales y 1,6% de sobrepeso.³⁵

Mientras que en nuestro estudio el 41% de la población es normal y el 11% tienen sobrepeso.

En el estudio anterior la prevalencia de sobrepeso es baja mientras que en nuestro estudio la prevalencia aumenta haciéndonos ver que en nuestro medio están presentes problemas que antiguamente eran de países desarrollados. Tanto el sobrepeso como la obesidad son agentes causales para la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles como la Diabetes Mellitus, enfermedades cardiovasculares.

³⁵ Base de datos consolidada en 2008 del Sistema Común de Información. MSP del Azuay.



CONCLUSIONES

- El estado nutricional de los niños y niñas de 1 a 2 años según las desviaciones estándar el 67% están bien nutridos con antecedente de desnutrición, en el cual su peso y talla son bajos para la edad, sin embargo su peso para la talla esta adecuado y el 33% de los niños tiene Desnutrición actual, en la cual los tres indicadores P/E, T/E y P/T son bajos, teniendo en cuenta que la talla baja la podemos recuperar en esta etapa. No existiendo variación en el diagnóstico según el Índice de Masa Corporal.

De la misma manera en los niños y niñas de 2 a 5 años existe un alto porcentaje (41%) de niños normales

Sin embargo existe el 34% de la población estudiada que tiene desnutrición crónica en la cual se ve afectada la talla para la edad; no se puede dejar de lado los diferentes grados de desnutrición: desnutrición aguda y crónico-aguda que están afectando al 7% de la población respectivamente.

En el presente estudio existe el 11% de niños y niñas con sobrepeso y no se registran casos de obesidad en la población.

El estado nutricional de los niños y niñas de 2 a 5 años según el Índice de Masa Corporal nos indica que el 75% de la población es normal, en cambio el 11% tiene desnutrición leve, el 3% desnutrición moderada y el 11% sobrepeso.

Entre los dos diagnósticos nutricionales existe similitud; con la diferencia en que en los indicadores de P/T y T/E encontramos diagnósticos de



desnutrición crónica la cual es una desnutrición pasada que está afectando a la talla y solamente podremos recuperar en la pubertad de los niños; en cambio en el Índice de Masa Corporal encontramos que estos niños tienen un diagnóstico normal por lo que el peso para la talla están acorde con su edad.

- Podemos concluir que de lunes a viernes en casa los niños y niñas consumen una fórmula dietética inadecuada donde un 45% de la población consume un exceso de calorías teniendo un promedio de 140kcal, un 94% de los niños tienen exceso de proteínas teniendo un promedio de 13gr. y un 42% de los niños tienen exceso de carbohidratos teniendo un promedio de 24gr; en cambio el consumo de grasas representa un 64% de niños y niñas que tienen un aporte deficiente, teniendo un promedio de 6gr.

Sin embargo el consumo de alimentos durante el fin de semana en los niños y niñas nos refleja que el 51% consume un aporte calórico deficiente teniendo un promedio de 396kcal, un 79% de los niños tiene un déficit de carbohidratos teniendo un promedio de 52 gramos, en cambio el consumo de grasa representa un 53% de los niños con déficit con un promedio de 23 gramos, el consumo de proteínas es excesivo en la población estudiada siendo de un 70% teniendo un promedio de 15.5 pero debemos tomar en cuenta que las proteínas se cubren con el 14% no requiriendo de esta manera restar su consumo.

- El Centro de Desarrollo Infantil está aportando a los niños un promedio de 750 calorías que equivale al 53% del requerimiento diario, existiendo un



aporte normal de proteínas (23,7 gramos que cubre el 12%), carbohidratos (104.6 gramos que cubre el 58%) y de grasas (23.7 gramos que cubre el 30%).

- De acuerdo con el consumo de suplementos dietéticos podemos concluir el 62% de los niños y niñas no ingieren suplementos dietéticos y tan solo el 38% de la población los consume, si a esto sumamos la deficiencia en la ingesta de alimentos lo que conlleva al decaimiento de las defensas y por lo tanto la mayor susceptibilidad de adquirir enfermedades.
- El porcentaje de niños y niñas que consumen bebidas calóricas es del 60%, las cuales aportan calorías vacías a sus organismos, enmascarando de esta manera la desnutrición; mientras que el 40% no las consume.
- En relación con los conocimientos sobre nutrición por parte de los padres de familia antes de las capacitaciones gran parte de ellos no poseían noción sobre los temas, luego de dadas las charlas la mayoría creó conciencia sobre la importancia de las buenas prácticas alimentarias para asegurar un saludable crecimiento y desarrollo de sus hijos.



RECOMENDACIONES

- Es importante mantener un control antropométrico permanente para evitar que empeore el estado nutricional de los niños y se pueda tomar acciones a tiempo.
- Realizar programas nutricionales, por profesionales capacitados en el área, a través de campañas educativas publicitarias, para divulgar estrategias nutricionales a fin de mejorar la mala nutrición existente para el bienestar de los niños y niñas asegurando de esta manera su buen crecimiento y desarrollo.
- La educación nutricional debe encaminarse a mejorar los hábitos nutricionales inadecuados de los niños la cual debe ser implantada y mantenida permanentemente.
- Motivación permanente a los padres de familia para que acudan a las capacitaciones y de esta forma pongan en práctica lo aprendido.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:860,862,863
2. Aumenta la desnutrición mundial. Disponible en: <http://www.webislam.com/?idn=380>
3. Prevalencia de la Desnutrición Crónica Infantil en Ecuador. Disponible en <http://ecuador.nutrinet.org/content/blogcategory/81/182/lang/es/>
4. Aumenta índice de obesidad en niños. Disponible en: http://www.eltelegrafo.com.ec/diversidad/noticia/archive/diversidad/2009/03/05/Aumenta-_ED00_ndice-de-obesidad-en-ni_F100_os.aspx.
5. Mahan Kathleen, Arlin Marian; KRAUSE. NUTRICIÓN Y DIETOTERAPIA, ed. nueva editorial interamericana, edición: 8ava 1995, pág:298
6. Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:774
7. Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; MANUAL DE CONSUMO DE ALIMENTOS; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; pág.: 1-2
8. Gallegos E. Silvia, Betancourt O. Sara; EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA COMO INDICADOR DEL ESTADO NUTRICIONAL; Facultad de Nutrición y Educación Sanitaria, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo; págs.: 2-6
9. IMC: Índice de masa corporal en los niños. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-indice-masa-corporal-nino.html>
10. Que es la desnutrición infantil. Disponible en: <http://www.innatia.com/s/c-alimentacion-infantil/a-desnutricion-infantil-es.html>
11. Desnutrición Infantil. Disponible en: <http://www.medicosecuador.com/espanol/noticias/nocitia45.htm>
12. Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:1
13. Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:2
14. Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:10
15. Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:1448-1449
16. Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias



- Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:11
17. Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:1449
 18. Quito R. Bolívar, Quizhpe P. Arturo; DESNUTRICIÓN INFANTIL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO, ed. Por la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca, unidad de Pediatría, edición: Marzo 2002, pág:13
 19. Mataix V. José; NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN HUMANA, ed. mmv editorial océano, vol. II, pág:1451
 20. Sobrepeso. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sobrepeso>
 21. Obesidad "Braguinskay J, y col El Ateneo. Bs.As
 22. Nelson; TRATADO DE PEDIATRIA, ed.elsevier España, edición18,2009, pág:715
 23. Obesidad infantil y Prevención. Disponible en : B<http://www.ibfan-alc.org/boletines/ibfan-inf/A2N79.htm>
 24. Nelson; TRATADO DE PEDIATRIA, ed.elsevier España, edición18,2009, pág.: 716
 25. Sarah E. Barlow and William H. Dietz. Obesity Evaluation and Treatment: Expert Committee Recommendations Pediatrics 1998; 102: e29.
 26. Prevención de la obesidad infantil. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_obesidad.
 27. PME Obesidad Infantil. Disponible en: http://www.insp.mx/Portal/Centros/ciss/nls/boletines/PME_14.pdf.
 28. Hábitos alimenticios. Disponible en : <http://www.esmas.com/salud/saludfamiliar/ninosyninas/435791.html>
 29. Gicela Palacios Santana; NUTRICIÓN BÁSICA , edición: Cuenca- Ecuador 2005, pág:165-166
 30. Hábitos Alimentarios. Disponible en : <http://www.prensa.com/Actualidad/Psicologia/2005/08/10/index.htm>
 31. Ministerio de Salud Pública; MANUAL DE CAPACITACIÓN EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN PARA EL PERSONAL DE SALUD; Dirección Nacional de Nutrición; Módulo 13 págs:5-26
 32. Estado nutricional en niños del tercer nivel de los preescolares: El Jardín de Infancia Rubén Darío y Escuela Rubén Darío de la ciudad de León. Disponible en: http://www.unanleon.edu.ni/universitas/pdf/volumen2_nro2/arto1.pdf
 33. Programa Nacional de Alimentación Escolar (PAE), agosto 2001. SIIS
 34. Diagnóstico del estado nutricional e identificación de factores de riesgo de la población infantil de las comunidades de Yacuambi y El Pangui durante el periodo enero-agosto del 2008. Disponible en: <http://repositorio.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/3367/1/613X364.pdf>
 35. Base de datos consolidada en 2008 del Sistema Común de Información. MSP del Azuay.



ANEXOS

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 define el género	Condición biológica: Es una variante que puede ser masculina o femenina.	Condición biológica	M: Masculino F: Femenino
Estado Nutricional	Es la condición del cuerpo humano, determinado por la ingestión, utilización y gasto de nutrientes	Antropometría: es la determinación de las medidas de: Talla: medida vertical de una persona. Peso: fuerza	Es la relación de: T/E } P/E } 6-24 P/T } P/T → 25-61 meses	Desviación estándar: -1 +1 = normal -1-2 = desnutrición leve -2 -3



		<p>que por gravitación ejerce sobre un cuerpo la tierra.</p> <p>IMC= Peso Kg/Talla m²</p>	<p>T/E → 25-61 meses</p> <p>IMC</p>	<p>=desnutrición moderada.</p> <p>-3= desnutrición grave.</p> <p>+1+2 = sobrepeso</p> <p>+2+3 = obesidad I</p> <p>+3 = obesidad grave</p> <p>-1 +1 = normal</p> <p>-1-2 = deficiente</p>
Prácticas alimentarias	<p>Conjunto de conocimientos y actitudes que se manifiestan en la compra, preparación y consumo de los alimentos.</p>	<p>Cantidad y frecuencia de alimentos</p>	<p>Fórmula de adecuación:</p> <p>% Adecuación= $\frac{\text{Cantidad. Ingerida}}{\text{Cantidad. requerida}} \times 100$</p> <p>Fórmula dietética</p> <p>3-6 meses</p> <p>Kcal: 100cal/kg</p> <p>Proteína: 12%</p> <p>Grasas: 30%</p> <p>Carbohidratos: 58%</p> <p>6-9 meses</p>	<p>% de adecuación:</p> <p><95%= Déficit</p> <p>95-105%= Normal</p> <p>>105%= Exceso</p>



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



Capacitación	<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.</p> <p>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>	Talleres teórico-práctico	<p>Conocimientos de la población antes y después de la capacitación.</p> <p>Adecuado</p> <p>Inadecuado</p>
---------------------	---	---	---------------------------	--



2. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A NIÑOS(AS) DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL SOLIDARIO EL ARENAL Y CAPACITACIÓN A SUS PADRES CUENCA. ENERO –JULIO DEL 2010.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras, Maritza Contreras Guevara y Lorena Murillo Ortega, 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 “El Arenal”, 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 tallimetro, 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 realizara 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 más 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 “El Arenal” 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 “El Arenal”, 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.....



3. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL A NIÑOS(AS) DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL SOLIDARIO EL ARENAL Y CAPACITACIÓN A SUS PADRES CUENCA. ENERO –JULIO DEL 2010

HISTORIA DIETÉTICA Y NUTRICIONAL

1. DATOS PERSONALES:

NOMBRES: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD: años meses días

SEXO: masculino femenino

2. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

PESO: Kg

TALLA: cm

INDICADORES: P/T T/E

IMC:

3. DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL:

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS:

5. CONSUMO DE SUPLEMENTOS DIETÉTICOS:

TIPO	CANTIDAD	RAZON



6. INTOLERANCIAS ALIMENTARIAS

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

CEREALES, DERIVADOS Y TUBERCULOS

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

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

LACTEOS Y HUEVOS

Leche					
Yogurt					
Queso					
Huevo					



FRUTAS

VERDURAS:

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

Verduras y hortalizas cocinadas					
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:

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

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

BEBIDAS CALÓRICAS:

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



ANAMNESIS ALIMENTARIA DE FIN DE SEMANA

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

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

¿Que consume normalmente su hijo/hija a media mañana?

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

¿Que consume normalmente su hijo/hija a media tarde?

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

¿Cuántos biberones, en qué cantidad y que tipo toma su hijo/hija en el día?



4. ENCUESTA A LOS PADRES FAMILIA PRE CAPACITACION DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL “EL ARENAL”

1. Ha recibido charlas de nutrición para niños.

Si No

2. Sabe cuántas veces tiene que comer un niño al día.

Si No

3. Sabe qué cantidad tiene que darle de comer a su hijo/hija.

Si No

4. Sabe qué tipo de alimentos le ayudan al crecimiento y desarrollo de su hijo/ hija.

Si No

5. Conoce que alimentos no son los óptimos para el consumo de su hijo/hija

Si No



5. ENCUESTAS A LOS PADRES DE FAMILIA POS CAPACITACION DEL CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL “EL ARENAL”

1. Con la charla recibida ha incrementado sus conocimientos.

Si No

2. Sabe cuántas veces tiene que comer un niño al día.

Si No

3. Sabe qué cantidad tiene que darle de comer a su hijo/hija.

Si No

4. Sabe qué tipo de alimentos le ayudan al crecimiento y desarrollo de su hijo/ hija.

Si No

5. Conoce que alimentos no son los óptimos para el consumo de su hijo/hija

Si No



En este grupo de alimentos tenemos: lácteos, carnes, vísceras, huevos, leguminosas, pescados.

Se deben ofrecer suficientes frutas y vegetales, con el propósito de asegurar una buena fuente de vitaminas, minerales.

Evitar consumir azúcar en grandes cantidades usar como máximo 3 cucharadas al día.



- El desarrollo cognitivo y psicomotriz está directamente relacionado con ciertos nutrientes, entre ellos hierro y ácidos grasos esenciales: omega 3 y omega 6.

Se encuentran en aceites vegetales como el girasol, maíz, soya. Y en los pescados como: atún, sardina, trucha y salmón



- No deben de faltar alimentos que le proporcionen energía como: pan, papas, camote, oca, yuca, plátano, cereales, aceites de preferencia de origen vegetal.
- Los niños deben de tomar suficiente líquidos.
- No deben de estar presente en la mesa familiar: gaseosas, jugos industrializados, embutidos, productos industrializados y los que contienen colorantes.

ALIMENTACIÓN EN EL PREESCOLAR



NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

Maritza Contreras
Lorena Murillo
Nutricionistas – Dietistas



La alimentación desempeña un papel muy importante durante la edad preescolar, por cuanto en una etapa de:

- Crecimiento y desarrollo rápido
- Desarrollo intelectual
- Aumento de actividad física (el niño corre, salta, juega)

Por ello es necesario asegurar una alimentación saludable.



ASPECTOS ALIMENTARIOS

Se deben de considerar los siguientes aspectos:

- El preescolar debe de consumir por lo menos cinco comidas al día: tres comidas principales y dos refrigerios.



- El niño o niña no debe de ser castigado física ni psicológicamente, ni obligado a comer alimentos que no le gusten.
- Deben de evitarse las temperaturas extremas, y a veces los alimentos son rechazados por el olor y no por el sabor.



- Se debe cuidar de no hacer comentarios negativos sobre algún alimento.

GUÍA DE ALIMENTACIÓN DIARIA

- Para esta edad se recomienda como mínimo:
- 6 porciones de cereales

- 3 porciones de vegetales
- 2 porciones de frutas
- 2 de leche y
- 2 de carne



RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS

Los niños deben de recibir alimentos ricos en proteínas que estén al alcance del bolsillo familiar. **El desayuno es una de las comidas más importantes del día.**

DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición infantil es consecuencia de la poca ingesta de alimentos, por enfermedades físicas en la infancia.



ASPECTOS ALIMENTARIOS

- El niño debe consumir como mínimo de 6 a 7 comidas al día



- Es muy probable que el niño no tenga apetito, si esto sucede, no deberá obligárselo a comer. Se tratará de que coma cuando tenga apetito y la cantidad que desee.



- El objetivo, en este caso es que “picotee” muchas veces al día. Ofrézcale alimentos cada dos o tres horas, lo importante es que coma varias veces en el día.
 - En la preparación de alimentos, se debe de aumentar la cantidad

de calorías en poco volúmen. Esto se logra, agregando quesos untables, rallados, mantequilla, nata, crema de leche, aceites, mayonesa a comidas como purés, pastas, arroz, budines, etc.



- Utilice postres como gelatinas, ensalada de frutas, frutas al horno, puré de frutas. Agrega azúcar a la leche, yogurt, tartas o todo tipo de amasados caseros.

- Incorporé carnes picadas a todo tipo de preparaciones saladas (por ejemplo salsas, purés, budines, albóndigas, etc.), son fáciles de comer y pasarán desapercibidas.



- Incorporé leche en polvo a la leche, esta aumentará su valor nutritivo y calórico.

- Evitar las ensaladas y frutas crudas, que si bien tiene un alto contenido en vitaminas, también tienen un alto valor de saciedad y aportan pocas calorías, por lo tanto es preferible que sean cocidas o muy subdivididas (cortada en trozos pequeños).



RECOMENDACIONES ALIMENTARIAS

- El niño o niña debe de recibir alimentos ricos en proteínas de alto valor



biológico que estén al alcance del bolsillo familiar, el niño/niña necesita consumir diariamente para ayudar a su crecimiento y desarrollo. En este grupo de alimentos tenemos:



Lácteos, carnes, vísceras, huevos, leguminosas, y cereales integrales.

- No deben faltar alimentos que le proporcionen energía como: pan, papas, camote, oca, yuca, plátano, cereales, aceites de preferencia de origen vegetal.



- **Aceite:** Como agregado de preparaciones, evitar alimentos fritos o alimentos con alto contenido de grasas.
- Los niños deben de tomar



suficiente líquidos, en especial agua segura, para cubrir sus necesidades y evitar la deshidratación

- No deben de estar presente en la mesa familiar: gaseosa, jugos industrializados, alimentos procesados, y con colorantes, por su alto contenido de gas y azúcar, que provoca sensación de llenura y menor consumo de alimentos.
- Si el niño solo quiere comer un plato trate de que contenga todos los nutrientes que necesita por ejemplo; debe de tener una porción de cereal puede ser arroz, papa, mote, arroz de cebada una porción de proteína como; carne de res, cerdo, pollo, pescado, mariscos, huevo, y una porción de vegetales
- Se tiene que cuidar de no hacer comentarios sobre algún alimento. Los niños son grandes imitadores de las personas que admiran, en consecuencia, si el padre o los hermanos mayores



rechazan algún alimento, es probable que ellos hagan lo mismo.

ALIMENTACIÓN EN LA DESNUTRICIÓN INFANTIL



NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

Maritza Contreras

Lorena Murillo
Nutricionistas – Dietistas

SOBREPESO Y OBESIDAD

El término sobrepeso se utilizó en los seres humanos para indicar un exceso de peso en relación con la estatura.

El sobrepeso y la obesidad no es un problema exclusivo de los adultos, muy por el contrario cada vez más son los niños que se encuentran excedidos de peso.



Esta situación se debe a múltiples factores, entre ellos:

- ▣ La elaboración de **comidas rápidas**, ricas en grasas, debido a su fácil y rápida preparación.
- ▣ Mayor tiempo fuera de casa, lo que implica comer **“rápido”** y lo primero que se encuentra.
- ▣ Mayor tiempo frente al **televisor, consola de juegos,**



Autor: *Maritza Contreras*
Lorena Murillo

computadora, hacen que los niños coman sin prestar atención a lo que comen.

- ▣ Una vida cada vez más **sedentaria**, sin la práctica de deporte o actividad física

Para tratar de corregir estos hábitos es necesario poner énfasis en la alimentación.

Los alimentos deben ser los adecuados para garantizar el buen crecimiento y desarrollo del niño, sin sumar calorías extras.

ALIMENTOS PERMITIDOS

- ▣ El niño o niña debe de recibir alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico que estén al alcance del bolsillo familiar, En este grupo de alimentos tenemos: Leche descremada, yogurt descremado solo o con frutas, carne desgrasada, pescado, pollo sin piel, carne de



ternera sin grasa, huevo 3 unidades por semana.

- ▣ Además, se deben ofrecer suficientes frutas y vegetales, con el propósito de asegurar una buena fuente de vitaminas, minerales, fibra dietética; de preferencia su consumo será en su forma natural.



- ▣ No deben de faltar alimentos que le proporcionen energía como: Pan integral, cereales integrales (avena, arroz, pastas), pueden reemplazar a la papa, yuca, verde. Es importante recordar que estos alimentos no se deben mezclar



- ▣ Los niños deben de tomar suficiente líquidos, en especial agua segura, para cubrir sus



necesidades y evitar la deshidratación.

- ▣ Aceite de girasol, oliva, maíz, de preferible crudo.



- ▣ Hay que tener mucho cuidado con aquellos alimentos de “**moda**”, porque tienen muy poco o ningún valor nutritivo, como por ejemplo; las gelatinas, colas, chitos, caramelos, galletas y además porque interfiere a la formación de buenos hábitos alimentarios.



- ▣ Evitar alimentos fritos, consumir preferiblemente a la plancha, vapor, cocinado o asado.

- ▣ Las bebidas gaseosas no deben de estar presente en la mesa familiar por su alto



contenido de gas y azúcar, que provoca sensación de llenura y menor consumo de alimentos.

ALIMENTOS NO PERMITIDOS

- Productos de pastelería.
- Carne con grasa.
- Galletas dulces.
- Mantequilla.
- Azúcar.
- Dulces en general.
- Evita el exceso de sal.



Tenga presente, que además de tener en cuenta la alimentación para el sobrepeso y la obesidad infantil, es necesario que el niño realice actividad física en forma diaria y que su familia acompañe este proceso de cambios de hábitos necesarios, para mejorar la calidad de vida de ese niño y del futuro adulto.



ALIMENTACIÓN EN EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD



NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS

Maritza Contreras
Lorena Murillo
Nutricionistas – Dietista