



ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**“Estado nutricional e ingesta alimentaria en niños y niñas de
cero a cinco años de La Corporación de Organizaciones
Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo
(COCDIAG) de Guaranda. Provincia Bolívar. 2010. “**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del Título de:

NUTRICIONISTA DIETISTA

DIANA KATHERINE RAMÍREZ FERNÁNDEZ

RIOBAMBA – ECUADOR

2010

CERTIFICADO

La presente investigación fue revisada y autorizada su publicación.

Dra. Carmen Plaza
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICACIÓN

El tribunal de tesis certifica que la presente investigación titulada "ESTADO NUTRICIONAL E INGESTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y NIÑAS DE CERO A CINCO AÑOS DE LA CORPORACIÓN DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS PARA EL DESARROLLO INTEGRAL ALTO GUANUJO (COCDIAG) DE GUARANDA. PROVINCIA BOLÍVAR. 2010. "de responsabilidad de Diana Katherine Ramírez Fernández, ha sido revisada y se autoriza su publicación.

Dra. Carmen Plaza

DIRECTORA

Dr. Marcelo Nicolalde

MIEMBRO

Riobamba, abril del 2010

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública
Escuela de Nutrición y Dietética.

Mi más expansivo agradecimiento, consideración y respeto a mis Profesores
Dra. Carmita Plaza y Dr. Marcelo Nicolalde, que, con su tolerancia me han
apoyado para culminar este trabajo.

A la Cruz Roja Junta Provincial Bolívar y a la Corporación de Organizaciones
Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo, por brindarme toda la
apertura para realizar esta investigación.

DEDICATORIA

A mi madre, por haberme incentivado y apoyado para que, aunque estuviera lejos de ella, pudiera superarme y ser alguien mejor.

A mis Abuelitos, quienes verdaderamente fueron mis padres, por animarme y principalmente educarme con todo su amor, ahora ya no están, les extraño mucho, seguiré superándome para que estén orgullosos de mí.

A estos tres personajes, muy especiales, les dedico este trabajo por ser los Mejores Padres del Mundo.

DIANA KATHERINE

ÍNDICE

Contenido	Página
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
A. Generales	4
B. Específicos	4
III. MARCO TEÓRICO	5
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES Y LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.	5
B. DIAGNÓSTICO DE LA ZONA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO	7
C. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PREESCOLAR	11
D. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES	13
1. Carbohidratos	13
2. Grasas	14
3. Ácidos Grasos	14
4. Proteínas	14
5. Vitamina A	15
6. Vitamina C	15
7. Hierro	15

E. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	16
1. Sistemática de la valoración	16
a. Anamnesis	16
b. Estudio de la dieta	17
c. Exploración clínica	18
d. Valoración antropométrica y composición corporal	18
a) Índice de masa corporal (IMC)	19
b) Índice Talla para la Edad.	19
c) Índice Peso para la Talla.	20
e. Análisis e interpretación de las mediciones antropométricas. Valores de referencia	20
IV. METODOLOGÍA	23
A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN	23
B. VARIABLES	23
C. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	23
D. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	25
E. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO	25
1. Población Fuente	25
2. Población Elegible	25
3. Criterios de Inclusión	25
4. Criterios de Exclusión	25
5. Población Participante	26

F. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	26
G. PROCEDIMIENTO	27
1. Acercamiento	27
2. Recolección de datos	27
3. Instrumentos	27
4. Procesamiento y análisis de la información	27
V. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	28
A. CARACTERÍSTICAS GENERALES	28
B. SITUACIÓN NUTRICIONAL	31
C. SITUACIÓN ALIMENTARIA	35
VI. INTERVENCIONES	49
A. JUSTIFICACIÓN	49
B. OBJETIVOS	49
C. ESTRATEGIAS	50
1. ESTADO NUTRICIONAL	50
2. LACTANCIA MATERNA	50
3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	51
4. MANIPULACIÓN E HIGIENE DE LOS ALIMENTOS.	51
VII. CONCLUSIONES	53
VIII. RECOMENDACIONES	55

IX. RESUMEN	56
SUMMARY	57
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
XI. ANEXOS	90
Anexo 1	61
Anexo 2	64

I. INTRODUCCIÓN

El desarrollo físico, es una manifestación de la vida en el niño, estando su ritmo y calidad relacionados con la salud general y especialmente con el estado de nutrición. Una disminución en el ritmo de crecimiento es el primer signo de una posible malnutrición.

Puesto que no todas las personas tienen acceso a los alimentos que necesitan, el hambre y la malnutrición constituyen un fenómeno de gran alcance en el mundo. Aproximadamente 200 millones de niños menores de 5 años padecen síntomas de malnutrición aguda o crónica, cifra que aumenta en los períodos de escasez estacional de alimentos y en épocas de hambre y desórdenes sociales. La malnutrición es un factor importante entre los que determinan, cada año, la muerte de aproximadamente 13 millones de niños menores de 5 años por enfermedades e infecciones evitables, como sarampión, diarrea, malaria, neumonía y combinaciones de las mismas. **(1)**

Las cifras sugieren que aproximadamente 192 millones de niños sufren de Malnutrición Proteico-Energética y más de 2 000 millones tienen carencias de micronutrientes. Además, las enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta, como la obesidad, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebro-vasculares, la diabetes y algunas formas de cáncer, existen o emergen como problemas de salud pública en muchos países en desarrollo. **(2)**

En Ecuador, uno de cada cuatro niños, menores de cinco años de edad, padece de desnutrición crónica, la situación es más aguda en las provincias

de Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi, jurisdicciones donde se concentra un gran porcentaje de habitantes indígenas, pobres en su gran mayoría.

La incidencia de la desnutrición crónica infantil alcanza el 48 por ciento en la Provincia Bolívar, porcentaje que va en aumento debido al escaso conocimiento que tienen los habitantes de la zona rural sobre la correcta alimentación de los niños y niñas menores de cinco años, así pues, su dieta está básicamente conformada por hidratos de carbono, que son la principal fuente de energía pero no cubren completamente las necesidades nutricionales de los niños y niñas. **(3)**

Considerando como prioridad el problema de malnutrición infantil en las comunidades rurales de la Provincia Bolívar, se hace muy necesaria una intervención que permita conocer las causas que generan este problema de Salud Pública.

Las comunidades pertenecientes a la “Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo”, de Guaranda, Provincia Bolívar, reciben permanentemente capacitaciones sobre el uso del suelo y agua, mejora y diversificación de cultivos, uso rotativo de parcelas, uso de abonos orgánicos, comercialización directa de productor a consumidor y prácticas de consumo que mejoren la nutrición de las familias campesinas.

De la misma manera se incentiva el cultivo de verduras, hortalizas (col, coliflor, fréjol, nabos, acelgas, rábanos, lechuga, zuchini, perejil, cilantro y ajo) y frutas (babaco, tomate de árbol y granadilla), a través del suministro

de semillas, además la crianza de bovinos para mejorar la producción de leche por animal y por día, mediante la entrega de ganado, a cada comunidad; estas actividades están dirigidas a enriquecer la dieta de los habitantes y la comercialización del excedente.

Como complemento al apoyo que estas comunidades están recibiendo, es necesario ejecutar acciones que permitan a los habitantes de la zona adquirir un mayor conocimiento acerca de la Nutrición en los niños y niñas menores de 5 años principalmente, a través de talleres prácticos en los que participen directamente las madres de familia, para lo cual se hace indispensable la evaluación previa del Estado Nutricional de los niños y niñas y el conocimiento de la alimentación que ellos reciben.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Evaluar el estado nutricional y la ingesta alimentaria en los niños y niñas de cero a cinco años de La Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo (COCDIAG) de Guaranda. Provincia Bolívar. 2010.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características generales de la población en estudio.
- Determinar el estado nutricional según BMI/Edad y Talla/Edad.
- Determinar la ingesta alimentaria de los niños.
- Proponer intervenciones que mejoren las estadísticas presentes y la calidad de vida de la población.

III. MARCO TEÓRICO

F. CARACTERÍSTICAS GENERALES Y LOCALIZACIÓN DEL PROYECTO.

La “Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo”, es una organización jurídica creada el 10 de agosto de 1996, con cinco organizaciones de base reconocidas jurídicamente y con dos que no tienen estatuto legal, pero todas, con una actividad permanente.

Geográficamente, esta zona se encuentra ubicada al noreste de la parroquia Guanujo, cantón Guaranda, Provincia de Bolívar y tiene los siguientes límites: al **norte** por el Nevado Chimborazo, al **sur** por el Río Illangama y las comunidades Larcaloma, Quindigua y el Tingo, al **este** por la Comunidad de Cosaichi Arenal y al **oeste** por Quinoa Corral y Quilitahua. El área geosocial, según la división política administrativa, está localizada a 50 Km. de la ciudad de Guaranda (capital provincial).

En el marco del Programa de Investigación Participativa Generadora de Alternativas de Desarrollo “PIPGA”, las comunidades de base expresaron la necesidad de implementar programas de desarrollo agroecológico, como una de las principales alternativas para dinamizar la economía campesina. Una producción caracterizada por el uso racional de insumos externos, ecológicamente sano, económicamente viable y con énfasis en la diversificación, transformación y comercialización de la producción agropecuaria.

Las actividades que contempla el proyecto son entre otras: intercambios, encuentros, talleres de capacitación y reuniones de seguimiento, tomando en cuenta que la capacitación tendrá tres enfoques: (i) Identificación de factores limitantes de producción y productividad, (ii) ensayos prácticos y (iii) liderazgo y fortalecimiento institucional.

El proyecto se ejecuta en las Organizaciones de Segundo Grado, filiales de La “Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo”, COCDIAG, en la Provincia Bolívar. La zona de intervención se ubica entre unos 2600 y 3600 msnm, donde se puede distinguir altitudinales que representan una relativa homogeneidad en sus cultivos.

Las comunidades indígenas campesinas participantes son minifundistas, con control comunal sobre escasos recursos de mala calidad sin ningún tipo de servicio de asistencia técnica, de crédito y de comercialización. En la zona de intervención se dan procesos fuertes de minifundización, una gran presión sobre la tierra y la intensificación de la producción campesina.

El proyecto apunta principalmente a la diversificación de cultivos, mejoramiento de los recursos tierra y agua, comercialización directa de productor al consumidor, la inserción de políticas agroecológicas en las Organizaciones participantes y la formación de líderes para recabar, innovar y difundir metodologías agroecológicas.

G. DIAGNÓSTICO DE LA ZONA DE INFLUENCIA DEL PROYECTO

La pobreza se ha concentrado especialmente en las zonas rurales del Ecuador, donde viven aproximadamente dos tercios de los pobres a mediados de ésta década.

Las estadísticas demuestran que las regiones de mayor presencia indígena suelen ser las de mayor incidencia de la pobreza; en estas regiones, el acceso a servicios básicos es limitado, por no decir escaso o nulo, y los indicadores sociales son consistentemente inferiores al promedio nacional. La pobreza alcanza su mayor profundidad en las zonas rurales de la Amazonía, sin embargo, el mayor número de pobres se encuentra en la Sierra y la Costa; además, el aislamiento de aquellos grupos de la población los hace menos vulnerables a los altibajos de los sectores más desarrollados de la economía.

El tratamiento de la multiculturalidad adolece de una falla inmensa de desconocimiento. No existe información epidemiológica, registro de enfermedades, indicadores de morbilidad o mortalidad, natalidad, expectativa de vida así como de las condiciones de vida de los pueblos indígenas, a nivel de gobierno central.

Para poder trabajar con estos seres humanos, la OMS – OPS, y otras ONG's y la Cruz Roja, han tenido que buscar la información en fuentes secundarias. Los datos levantados revelan alarmantes situaciones como: el nivel de salud y nutrición entre las poblaciones indígenas que están varias veces por debajo de los promedios nacionales. **(4)**

Como parte integral del trabajo comunitario debemos reconocer, la relación de los problemas de salud con la propiedad y explotación de la tierra, su cosmovisión que afecta la vida, la cultura y la historia, a la vez, que determina su supervivencia. **(5)**

La salud de los pueblos indígenas varía en proporción directa con la preservación y demarcación de los territorios que ocupan tradicionalmente; la desnutrición, provocada por el desmantelamiento del sistema de producción de alimentos y la destrucción de los medios de supervivencia que es dos veces mayor en los pueblos indígenas que en la población mestiza pobre de la región.

En los territorios de estas minorías, el 80% de la población no tiene acceso al agua potable, y un 75%, no tiene servicio de eliminación de excretas y basura. La contaminación por uso de fertilizantes químicos, plaguicidas e insecticidas organofosforados, más la eliminación de gran cantidad de residuos en las cuencas de pequeños ríos y quebradas, agravan la situación de salud de la zona, así como la del medio ambiente.

La Cruz Roja Ecuatoriana se propone, a través de su Segundo Plan Nacional de Desarrollo, modificar su práctica en desarrollo comunitario desde el fortalecimiento de la metodología de gestión participativa, la aplicación de los sistemas de evaluación tridimensional (actividades, efectos e impactos), la capacitación a la red territorial y a sus equipos técnicos locales en el manejo del enfoque integral y, la priorización e inclusión del enfoque de género, la protección medioambiental y el respeto a la sabiduría

tradicional y la cultura, etnias y nacionalidades, incorporando en gestión y operaciones a la mayoría de programas de la Cruz Roja .

La “Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo”, COCDIAG, se halla ubicado en el piso medio, los antepasados al talado el bosque natural con el propósito de ir incrementando su frontera agrícola, a costa de parcelas cada vez más altas, de páramo, con la consecuente agudización de los procesos erosivos locales. Estos procesos se aceleran a partir del año 1991, con la conformación de grupos de pobladores que invaden las cinco haciendas del sector, entre ellas las llamadas: Molanga y Lillopamba.

De esta manera se inicia la explotación a través de trabajos comunitarios produciéndose cambios en la flora y fauna nativas del área y, al mismo tiempo, la introducción de cultivos como papas, ocas, mellocos, habas, mashua, y pastos, y de especies pecuarias como: ovinos, bovinos, y en menor escala ganado caballar, fenómeno que se identificó especialmente en las comunidades de Culebrillas, Pachacutik, Marcopamba y Pucarapamba. La erosión de los suelos, ha causado la baja producción y cambios constantes en los factores del clima.

Tomando en cuenta los factores bioclimáticos, relieve, flora y fauna y tipos de suelo, el área de estudio comprende la **Zona del Subpáramo**, que va desde los 2.000 a 3.600 m.s.n.m. dividida en dos subregiones: el subpáramo húmedo, donde se asientan las comunidades de la zona y el subpáramo seco.

Las comunidades de la micro-región se encuentran localizadas en el piso altitudinal alto, entre los 2.000 y 3.000 m.s.n.m.

En el proyecto hay 210 beneficiarios directos (son las personas que asisten a los talleres de capacitación), un total de 1313 beneficiarios indirectos que viven en las siete comunidades participantes en el proyecto.

NÚMERO DE PERSONAS SEGÚN EDAD Y SEXO QUE HABITAN EN CADA COMUNIDAD.

Comunidad	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	TOTAL H	TOTAL M	TOTAL GRAL.
	0-5	0-5	6-15	6-15	16-30	16-30	31-55	31-55	>56	>56			
Culebrillas	13	8	7	8	7	11	6	9	7	10	40	46	86
Marcopamba	3	3	10	12	8	9	6	7	7	7	34	38	72
Pucarapamba	5	10	47	47	49	54	35	40	33	40	169	191	360
Illangama	11	7	5	7	6	9	5	7	6	7	33	37	70
Pachacutik	4	10	35	30	39	31	22	33	21	33	121	137	258
Corazón	10	10	29	35	22	26	18	21	19	20	98	112	210
Totoras	11	11	57	73	30	20	20	17	10	10	128	131	257
TOTAL	57	59	190	212	161	161	112	134	103	127	621	692	1313

RELACIÓN ENTRE FAMILIAS Y HABITANTES

COMUNIDAD	Nº FAMILIAS	HABITANTES
Culebrillas	18	86
Marcopamba	15	72
Pucarapamba	60	360
Illangama	14	70
Pachacutik	45	258
Corazón	29	210
Totoras	50	257
TOTAL	231	1313

El 100% de la población beneficiaria es quechua alto andino con fuertes connotaciones de identidad cultural. Los habitantes hablan quechua y la mayor parte también castellano. El quechua a nivel más familiar y

comunitario y el castellano lo habla con más fluidez los jóvenes de la zona. Los habitantes de las comunidades de Guanujo son descendientes de los Puruhaes (Riobamba) así como de Cayambe (Quito) y de los Incas, características étnicas y culturales que aún conservan en la actualidad entre ellas el idioma, la ropa especialmente de mujer y las relaciones sociales de reciprocidad y solidaridad.

H. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO PREESCOLAR

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 las enfermedades de base nutricional que afectan a los adultos de países desarrollados, tratando de conseguir la mayor calidad de vida y la mayor longevidad. **(6)**

Los lactantes por lo general duplican su peso de nacimiento hacia los cuatro a seis meses, triplicándolo hacia el año de edad. El número de gramos que se aumenta durante el segundo año se aproxima al peso del nacimiento. Los lactantes aumentan su longitud en 50% durante el primer año de vida y la duplican hacia los cuatro años de edad. **(7)**

A partir del primer año de vida todavía hay un año más de crecimiento rápido (12 cm/ y 2,5 Kg./año, hasta cumplir el segundo), para luego sucederle un período de crecimiento estable (8-9cm/año en el tercer año y unos 5-

7cm/año en los restantes con una ganancia media de 2,5-3,5 Kg./año) que finalmente se incrementa en el estirón puberal antes de alcanzar la madurez.(6)

Es indispensable reconocer la importancia de la lactancia materna, considerando que la leche humana es sin duda el alimento de opción para el lactante. Su composición es tal que proporciona la energía necesaria y los nutrimentos en cantidades apropiadas. Contiene factores que brindan protección contra determinadas infecciones bacterianas, diarrea y otitis media.

Tanto la American Dietetic Association (ADA) como la American Academy of Pediatrics apoyan el amamantamiento exclusivo durante los primeros seis meses de vida, y la suplementación de la lactación mediante la incorporación gradual de alimentos durante los primeros 12 meses. (7)

A partir de los seis meses de edad la madre deberá dar inicio a la alimentación complementaria. Los alimentos en puré que se dan durante esta fase son consumidos en la misma manera que los líquidos. Los lactantes aceptan gradualmente más alimentos nuevos si se incrementa con lentitud la cantidad que se les da. (7)

Según Birch et al. (1991), los niños preescolares tienden a tener variaciones considerables en sus consumos de comidas durante el día, pero su consumo total de energía diaria se mantiene muy constante. (7)

Los preescolares, debido a su menor capacidad y a su apetito variable, responden mejor a porciones pequeñas de alimentos ofrecidas varias veces

al día. La mayoría de los niños comen de cuatro a seis veces al día, por lo que son importantes los refrigerios como comidas en términos de lo que contribuyen al consumo total de nutrimentos al día.

El ambiente físico al comer es tan importante para los niños como lo es la atmósfera emocional.

Los niños pequeños por lo general no comen bien si están cansados, y habrá que considerar esto cuando se programan las horas de las comidas y de juego. Una actividad tranquila o de reposo justo antes de la comida dará lugar a una comida relajada y disfrutable. Para estimular un buen apetito, no obstante, los niños necesitan mucha actividad motora y pasar tiempo al aire libre. (7)

I. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Las recomendaciones para la ingestión de energía y nutrientes para el ser humano han sido periódicamente revisadas y actualizadas por los Comités de Expertos de FAO/OMS/UNU, por el Consejo de Alimentación y Nutrición de EE.UU. (FNB/USA) y por los comités nacionales de alimentación y nutrición de diversos países. Las informaciones más recientes de estos grupos datan de los años 2004 y 2002. (10)

- 1. Carbohidratos.-** se ha propuesto una recomendación de 130 g diarios de CHO para niños y adultos. Para azúcares añadidos se estableció un nivel máximo de ingestión tolerable de 25% o menos de la energía alimentaria. Un valor máximo de 55% del total de la energía ingerida ya había sido recomendado con anterioridad.

- 2. Grasas.-** para los niños se establecieron niveles de ingestión adecuada, que no son equivalentes a recomendaciones de 31 g/d para mujeres y varones hasta los 6 meses de edad y 30 g/d para niños en el segundo semestre de vida. No se establecieron en estas recomendaciones niveles máximos tolerables de ingestión para grasas, sino que solo se recomendó mantener tan baja como fuera posible la ingestión de ácidos grasos saturados, ácidos grasos trans y colesterol; pero los niños durante el destete y hasta los 2 años de edad deben consumir de 30 a 40 % de la energía diaria en forma de grasa, con niveles de ácidos grasos similares a los de la leche materna. **(10)**
- 3. Ácidos grasos.-** los ácidos grasos saturados, moninsaturados y el colesterol se sintetizan en el organismo humano. Hasta el momento actual no se ha podido identificar ningún efecto beneficioso para la prevención de enfermedades crónicas, motivo por el cual se les considera como no necesarios en la dieta del ser humano.
- 4. Proteínas.-** el aporte nutricional recomendado (ARN) es la expresión práctica actualmente aceptada de las recomendaciones nutricionales de proteínas. Según los datos más recientes, la ingestión necesaria para mantener el balance de nitrógeno en el organismo es de 75 mg de nitrógeno por kg de peso corporal, lo cual se equipara con los requerimientos nutricionales de proteínas dietarias. Estos datos se han tomado como la base para el establecimiento de los valores del aporte nutricional recomendado. **(10)**

Por trabajos de metanálisis de estudios de balance de nitrógeno en seres humanos se han establecido entonces los nuevos valores propuestos de recomendación (RDA) de:

1,5 g proteína/kg peso corporal/d para niños de 7-12 meses.

1,1 g proteína/kg peso corporal/d para niños de 1 a 3 años.

0,95 g proteína/kg peso corporal/d para niños de 4 a 13 años de edad.

5. Vitamina A.- la recomendación alimentaria de esta vitamina es de valores de 300-400 µg de equivalentes de actividad de retinol diarios para lactantes y niños en el primer año de vida, 300-900 µg de equivalentes de actividad de retinol para niños y adolescentes, también se estableció, por vez primera, un nivel máximo de ingestión tolerable de 600-900 µg/d para niños hasta 8 años.

6. Vitamina C.- Con el objetivo de permitir su acción antioxidante se ha elevado su recomendación a 75 mg/d para mujeres, a causa de su inferior masa magra y 90 mg/d para hombres, Sus niveles máximos de ingestión tolerable se colocan a 400 mg/d para niños hasta 3 años y 650 mg/d hasta 8 años de edad.

7. Hierro.- El valor de 18 mg/d, que ya había sido propuesto en el año 1980, vuelve a situarse como máxima recomendación nutricional para adultos, después de la reducción a 15 mg/d que proponía el consejo de 1989. Se establecen niveles máximos de ingestión tolerable de 40 y 45 mg/d para niños y adultos, respectivamente. **(10)**

J. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

El estudio de la situación nutricional de un individuo o colectivo se basa en el resultado entre la ingesta de alimentos que recibe y el gasto energético que presenta.

La valoración nutricional abarcaría el conjunto de procedimientos, de carácter progresivo, que permiten evaluar el nivel de salud, bienestar, carencias y déficit de individuos desde la panorámica de su situación nutricional. Estos procedimientos se basan en la interpretación de la información obtenida a partir del estudio de una serie de parámetros. **(11)**

Existen muchos factores que influyen en el aporte y en las necesidades nutricionales de un individuo. A la hora de realizar una valoración del estado nutricional en niños y adolescentes, hay que tener en cuenta las mayores demandas nutricionales derivadas del rápido crecimiento que se contraponen con el aprendizaje en la conducta alimentaria. **(11)**

La valoración nutricional tiene como objetivos:

- Controlar el crecimiento y estado de nutrición del niño sano, identificando las alteraciones por exceso o defecto.
- Distinguir el origen primario o secundario del trastorno.

1. Sistemática de la valoración

a. Anamnesis

— Se recogerán datos acerca de la familia y el medio social.

— Antecedentes personales **(12)**

b. Estudio de la dieta

Encuesta dietética. Es fundamental para orientar el origen de un trastorno nutricional. Siempre se puede hacer una aproximación con la historia dietética preguntando qué consume habitualmente en las principales comidas del día, cantidad aproximada, tipo y textura del alimento y tomas entre horas, completándolo con la frecuencia diaria o semanal de los principales grupos de alimentos, alimentos preferidos o rechazados y suplementos vitamínicos y minerales. Al tiempo que nos informa sobre la ingesta aproximada, nos da una idea de la conducta alimentaria y permite establecer recomendaciones dietéticas. **(12)**

Los **cuestionarios de frecuencia** de ingesta y la historia dietética valoran el tipo y cantidad de alimentos consumidos de manera semicuantitativa. La utilidad práctica de este tipo de cuestionarios deriva en que permiten la clasificación epidemiológica de los individuos según la frecuencia de ingesta de un determinado grupo de alimentos y los hábitos dietéticos que han adquirido.

El **registro dietético** es el término utilizado para los métodos en los que se anotan o registran los alimentos consumidos durante unos días determinados, normalmente 3 ó 4, tras recibir adecuadas instrucciones de un encuestador.

Otra encuesta muy utilizada es el **registro de 24 horas**, por la cual se insta al niño a recordar y referir el alimento que consumió durante unos determinados días, habitualmente el día anterior o las 24 horas previas al momento de la entrevista. Aunque también es importante un buen entrenamiento por parte de los entrevistadores, este método es el más usado en niños y ha demostrado cuantificar con exactitud el consumo calórico. (11)

c. Exploración clínica

Siempre hay que inspeccionar al niño desnudo, porque es lo que más informa sobre la constitución y sobre la presencia de signos de organicidad. Al explorarlos podremos distinguir los niños constitucionalmente delgados de aquellos que están perdiendo masa corporal con adelgazamiento de extremidades y glúteos, con piel laxa, señal de fusión del panículo adiposo y masa muscular. Otro aspecto importante es valorar la presencia de distensión abdominal, hallazgo muy sugestivo de enfermedad digestiva como la celiaquía.

d. Valoración antropométrica y composición corporal

La velocidad de crecimiento en los niños es una verdadera prueba biológica del balance energético y de ciertas funciones hormonales. Este método presenta una serie de ventajas, entre las que destacan la sencillez de los instrumentos de medida, de recogida e interpretación de los datos y la posibilidad de valorar la evolución del proceso, mediante el seguimiento a intervalos regulares de los cambios que se van produciendo a lo largo del

tiempo. Junto a los parámetros universales de peso y talla, algunos autores han desarrollado una serie de **índices** especiales para valorar el estado nutricional. Estos índices constan de una o más medidas simples y son esenciales para la interpretación de las medidas antropométricas. **(12)**

De todos los índices propuestos con esta finalidad, el más útil sigue siendo el introducido por Quetelet en 1869, que utiliza la relación peso/talla².

a) Índice de masa corporal (IMC)

Es muy fácil de calcular y útil para clasificar la sobrenutrición y obesidad en escolares y adolescentes, pero no están establecidos los límites de subnutrición. **(11)**

Por ser el peso más sensible que la talla a los cambios en el estado nutricional y en la composición corporal, la modificación de la estatura en el denominador ofrece un valor menos dependiente de ella y así el índice se correlaciona más estrechamente con la grasa corporal. En el niño, el valor del IMC varía con las distintas fases del desarrollo del tejido adiposo y es necesario utilizar estándares procedentes de un estudio longitudinal. En cuanto a los límites de este índice, se acepta que el percentil 25 marca la frontera de la delgadez, el percentil 75, la del sobrepeso y, por encima del percentil 95, la obesidad. **(11)**

b) Índice Talla para la Edad.

Refleja el crecimiento lineal alcanzado y su deficiencia indica las deficiencias acumulativas de la salud o la nutrición a largo plazo.

La retención del crecimiento es otro término usado comúnmente, pero implica que la baja estatura es patológica, refleja un proceso de fracaso en alcanzar el potencial de crecimiento lineal. Otro término que se utiliza es el crecimiento compensatorio.

En áreas menos desarrolladas donde la prevalencia de baja estatura para la edad es alta se asume que muchos niños pequeños están desmedrados, en tales condiciones es apropiado usar el término desmedro para representar baja talla para la edad. **(13)**

c) Índice Peso para la Talla.

Es un índice sensible del status nutricional actual, refleja el peso corporal en relación con la talla.

La descripción adecuada de bajo peso para la talla es delgadez, que no implica necesariamente un proceso patológico. El término emaciación o consunción por el contrario se usa para describir un proceso grave y reciente de pérdida de peso, por lo general como consecuencia del hambre aguda y/o una enfermedad grave. Estos términos pueden ser usados solamente cuando se conoce la causa de la pérdida de peso.

e. Análisis e interpretación de las mediciones antropométricas. Valores de referencia

Una vez recogidas las medidas del niño, es necesario contrastarlo con los valores de referencia, lo que se puede hacer mediante percentiles o calculando puntuaciones Z.

Como patrón de referencia, el comité de expertos de la OMS recomienda contar con valores internacionales, se recomiendan usar las tablas de NCHS.

Puntos de corte en función de los métodos estadísticos

PUNTAJE Z (Poblaciones)

INDICADOR TALLA/EDAD	
PUNTO DE CORTE	INTERPRETACIÓN NUTRICIONAL
+/- 2	Normales
-2 y -3	Retardo leve (desmedro)
-3 y -4	Retardo moderado
<-4	Retardo severo

INDICADOR PESO /TALLA	
PUNTO DE CORTE	INTERPRETACIÓN NUTRICIONAL
+/- 2	Normales
-2 y -3	Emaciación Leve
-3 y -4	Emaciación moderada
<-4	E. Grave o Severa

PERCENTILES

INDICADOR TALLA/EDAD	
PUNTO DE CORTE	INTERPRETACIÓN NUTRICIONAL
10 – 90	Normales
10 – 3	Retardo leve (desmedro)
<3	Retardo moderado o severo

INDICADOR PESO /TALLA	
PUNTO DE CORTE	INTERPRETACIÓN NUTRICIONAL
10 – 90	Normales
10 – 3	Emaciación Leve
<3	Emaciación Gravo o Severa

Es muy importante valorar los cambios a lo largo del tiempo ya que una medida aislada tiene poco valor. Las mediciones seriadas nos permitirán:

- Construir un perfil de desarrollo del niño, y
- Calcular su velocidad de crecimiento, sobretodo de la talla.

Hacer el seguimiento longitudinal del crecimiento de cada niño permitirá mostrar cual es su canal de crecimiento y detectar cuándo desvía su percentil habitual. Esto aporta una información extraordinariamente importante para interpretar el crecimiento y estado de nutrición de un niño.

Así comprobaremos que hay niños constitucionalmente pequeños, que no deben causar preocupación siempre que la velocidad de crecimiento esté conservada; por el contrario, un peso y/o talla estacionarios debe ser motivo de alarma aunque el niño aún se encuentre en percentiles altos. **(13)**

IV. METODOLOGÍA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN:

El presente estudio se llevó a cabo en siete comunidades rurales: Illangama, Culebrillas, Totoras, Corazón, Marcopamba, Pachacutik, Pucarapamba, que integran la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo, de Guaranda, Provincia Bolívar, con la participación de 90 niños y niñas durante el año 2010.

B. VARIABLES

Características generales

Estado nutricional

Ingesta alimentaria

C. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR DE ANÁLISIS
Características		
Generales		
➤ Edad	Continua	Meses - Años
➤ Sexo	Nominal	▪ Masculino ▪ Femenino
Estado Nutricional		
➤ Peso	Continua	▪ Kg.
➤ Talla		▪ Cm.

➤ BMI		▪ Puntaje Z
➤ Talla/Edad		▪ Puntaje Z
Situación alimentaria		
➤ Lactancia materna	Nominal	▪ Si ▪ No
➤ Duración de la lactancia materna	Continua	○ Meses
➤ Inicio de la alimentación complementaria	Ordinal	▪ Antes de los 6 meses ▪ Después de los 6 meses
➤ Tipo de alimentos de inicio	Nominal	○ Lácteos ○ Frutas ○ Verduras ○ Cereales ○ Carne ○ Azúcar
➤ Tipo de alimentos de continuación	Nominal	○ Grasas ▪ Lácteos ▪ Frutas ▪ Verduras ▪ Cereales ▪ Carne ▪ Azúcar ▪ Grasas

<p>➤ Número de porciones diarias.</p>	<p>Ordinal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta familiar ○ 3 ○ <3 ○ >3
<p>➤ Grupos de alimentos consumidos diariamente</p>	<p>Nominal</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Lácteos ▪ Frutas ▪ Verduras ▪ Cereales ▪ Carne ▪ Azúcar ▪ Grasas

D. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Diseño observacional, transversal.

E. POBLACIÓN, MUESTRA O GRUPOS DE ESTUDIO

1. **POBLACIÓN FUENTE:** niños y niñas menores de cinco años.
2. **POBLACIÓN ELEGIBLE:** niños y niñas menores de cinco años de las comunidades rurales Illangama, Culebrillas, Totoras, Corazón, Marcopamba, Pachacutik, Pucarapamba, que integran la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guaucho.
3. **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:** niños y niñas de 0 a 5 años de edad.
4. **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:** niños con algún tratamiento médico/farmacológico.

5. POBLACIÓN PARTICIPANTE: 90 niños y niñas de las comunidades rurales Illangama, Culebrillas, Totoras, Corazón, Marcopamba, Pachacutik, Pucarápamba (COCDIAG).

F. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se siguieron los siguientes pasos:

- Realización de base de datos utilizando el programa Microsoft Office Excel 2007. (Anexo 1)
- Construcción de índices y escalas.
- Las variables continuas (edad, peso, talla, BMI, duración de la lactancia materna) se determinaron con medidas de tendencia central: promedio/medianas; de dispersión: desvío estándar, coeficiente de variación y análisis de la distribución, para lo cual se utilizó el programa JMP Versión 5.1.
- Las variables nominales y ordinales (sexo, lactancia materna, tiempo de inicio de la alimentación complementaria, grupos de alimentos consumidos para el inicio de la alimentación complementaria, tipo de alimentos de continuación, número de porciones consumidas según grupo de alimentos, grupo de alimentos consumidos diariamente), se midieron en frecuencia y porcentaje, para lo cual se utilizó el programa Microsoft Office Excel 2007 y JMP Versión 5.1.
- Depuración de datos para verificar mínimos y máximos.

G. PROCEDIMIENTO

1. Acercamiento

Recorrido por las comunidades participantes en el COCDIAG, de la ciudad de Guaranda, provincia Bolívar.

Entrevista con los dirigentes y líderes de las comunidades para informar sobre la ejecución y el propósito del trabajo investigativo.

2. Recolección de datos

- Medición del peso individual con la utilización de una balanza.
- Medición de la estatura de los niños con la ayuda de cintas métricas.
- Aplicación de entrevista a madres de familia o personas encargadas del cuidado de los niños en sus hogares. (Anexo 2)

3. Instrumentos

- Balanza
- Cintas métricas
- Fotocopias

4. Procesamiento y análisis de la información

Se emplearon los siguientes programas informáticos:

- Microsoft Office Excel 2007.
- JMP Versión 5.1.
- WHO Anthro 2009 (OMS)

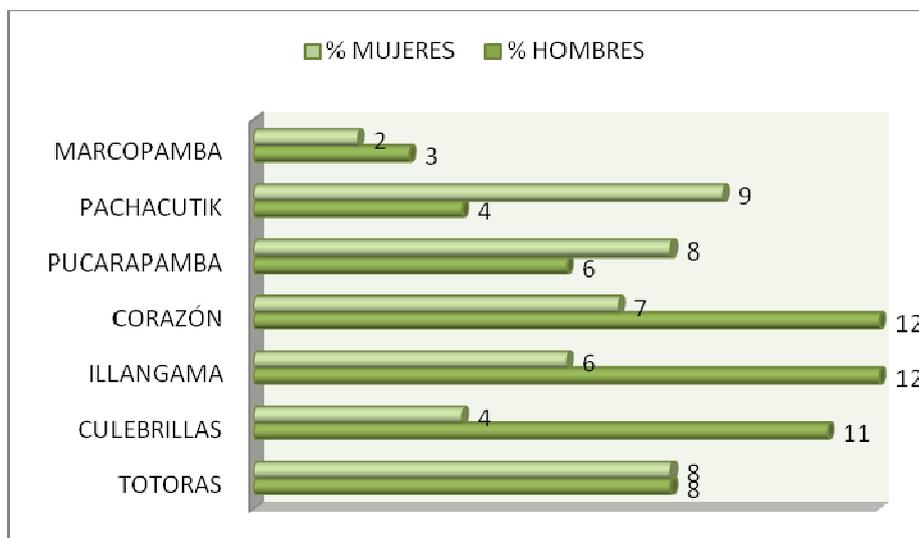
V. RESULTADOS

A. CARACTERÍSTICAS GENERALES

CUADRO 1.

TÍTULO: Distribución porcentual de niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo, según sexo y la comunidad donde habitan. 2010.

COMUNIDAD	% HOMBRES	% MUJERES	%TOTAL
TOTORAS	8	8	16
CULEBRILLAS	11	4	15
ILLANGAMA	12	6	18
CORAZÓN	12	7	19
PUCARAPAMBA	6	8	14
PACHACUTIK	4	9	13
MARCOPAMBA	3	2	5
TOTAL	56%	44%	100%



En el presente trabajo se determinó que las Comunidades Campesinas con mayor número de niños menores de cinco años son Illangama y Corazón, con un número de 12 cada una, seguido por Culebrillas, que cuenta con 11 niños, Pucarapamba tiene seis niños, Pachacutik 4 y Marcopamba 3.

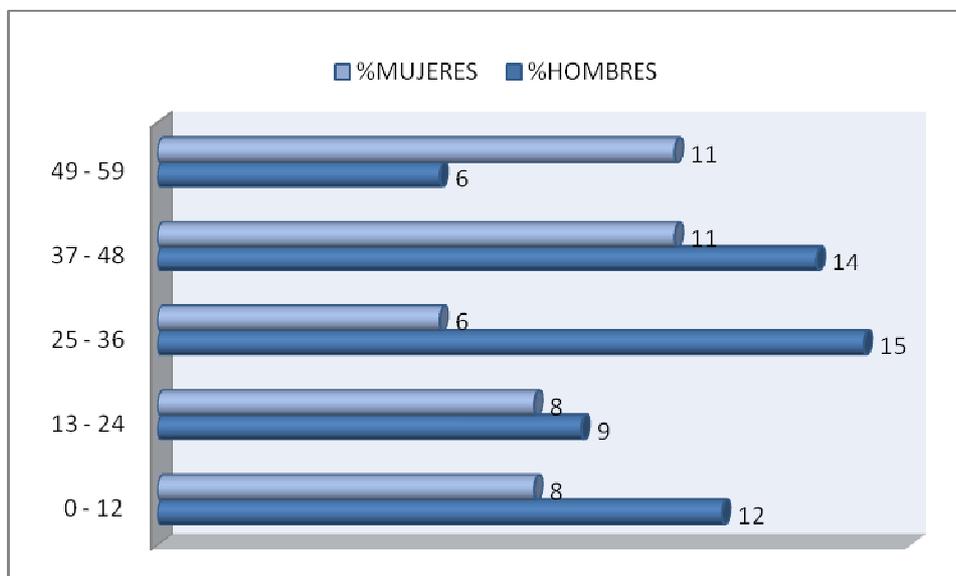
En cuanto al número de niñas la Comunidad que tiene un mayor número es Pachacutik con 9, seguido por Pucarapamba con 8 niñas, Corazón con 7, Illangama con 6, Culebrillas con 4 y Marcopamba con 2 niñas menores de cinco años.

Totoras presenta el mismo número de niños y niñas, 8 para cada sexo.

De manera general en todo el grupo predomina el sexo masculino sobre el femenino, aunque los porcentajes no difieren de sobremanera, pues, el 56% del grupo son hombres y el 44% mujeres.

CUADRO 2.

TÍTULO: Distribución porcentual de niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo, según la edad y sexo. 2010.



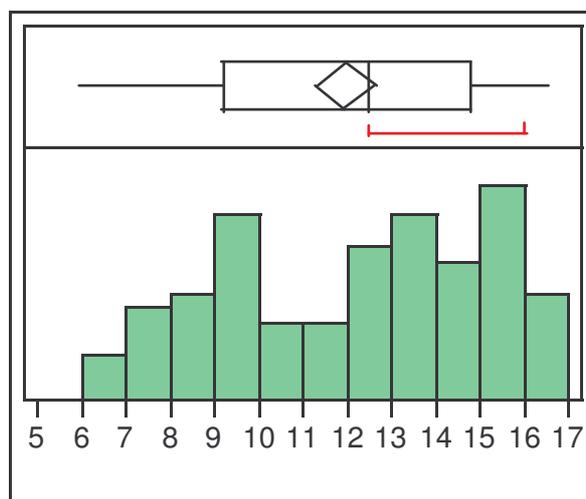
Al analizar la edad y el sexo de los niños y niñas, se determinó que el 12% de niños y el 8% de niñas tienen entre cero y 12 meses, el 9% de hombres y el 8% de mujeres tienen entre 13 y 24, el 15% de niños y el 6% de niñas tienen entre 25 y 36 meses, el 14% de hombres y el 11% de mujeres se encuentran entre 37 y 48 meses y el 6% de niños y el 11% de niñas entre 49 y 59 meses de edad. Es decir, en estas comunidades se puede encontrar una distribución similar en edad entre niños y niñas menores de seis años, con mayor presencia de varones.

B. SITUACIÓN NUTRICIONAL

CUADRO 3.

TÍTULO: Histograma del peso en kilogramos de niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guaujuo. 2010.

Valor Máximo	16,5
Mediana	12,6
Valor Mínimo	6,0
Promedio	11,98
Desviación estándar	2,98



El peso es un indicador grande de la composición corporal y del balance energético. El peso corporal representa la suma de agua, proteínas, minerales, glucógeno y grasas.

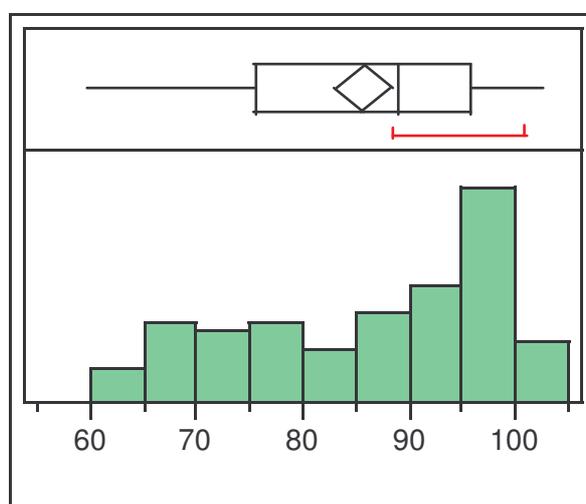
De forma general, el peso varió de 6 kg a 16.5 kg, con un promedio de 11,98 kg, una mediana de 12.6 kg y una desviación estándar de 2.98 kg.

Los resultados reflejan que la mayor parte de niños, del grupo de estudio, pesan entre 13 y 16, seguido por 9 y 10 Kg.

CUADRO 4.

TÍTULO: Histograma de talla en centímetros de niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guaujuo. 2010.

Valor Máximo	102.5
Mediana	89.0
Valor Mínimo	60.0
Promedio	85.76
Desviación estándar	12.02



La estatura conjuntamente con el peso constituye una de las dimensiones corporales más utilizadas, debido a la sencillez y facilidad de su registro.

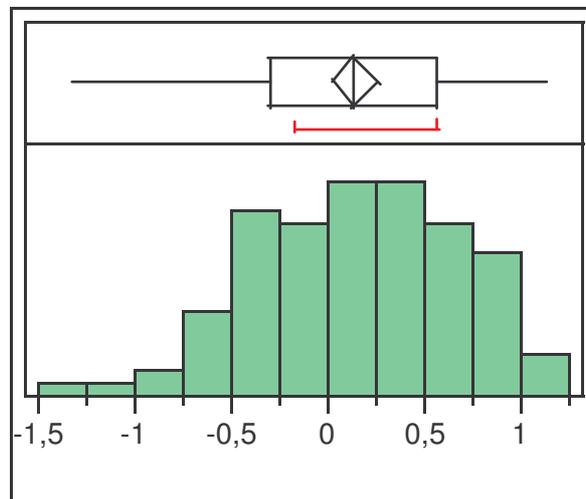
La estatura comprendió valores entre los 60 cm y los 102,5 cm con una desviación estándar de 12,02 un promedio de 85,76 cm y una mediana de 90 cm.

La mayor parte de niños y niñas miden entre 90 y 100 centímetros.

CUADRO 5.

TÍTULO: Histograma del BMI estandarizado por edad, en puntaje Z, de niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo. 2010.

Valor Máximo	1.12
Cuartil 75%	0.57
Mediana	0.135
Cuartil 25%	-0.29
Valor Mínimo	-1.310
Promedio	0,14
Desviación estándar	1,54



Esta población tiene un BMI estandarizado por edad promedio comparado con la población de referencia.

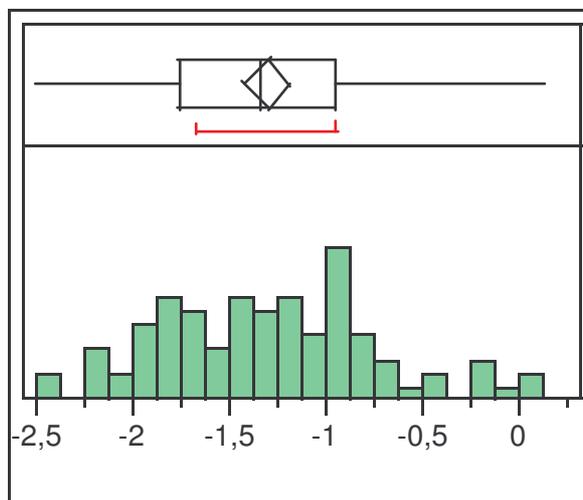
Es decir que estos niños tienen un peso mayor al de referencia, el 50% está sobre 0,135; más del 50% está sobre el promedio de la referencia. El 25% tiene -0,29 es decir, no hay niños desnutridos.

Entre el 25% y 75% tienen valores entre -0.2 y 0,5 que son valores normales. El 25% superior tiene un valor máximo de 1,12, que indica que no existe obesidad.

CUADRO 6.

TÍTULO: Histograma del Índice Talla para la Edad, en Puntaje Z, de niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo. 2010.

Valor Máximo	0,120
Cuartil 75%	-0.94
Mediana	-1,330
Cuartil 25%	-1.75
Valor Mínimo	-2,48
Promedio	-1,29
Desviación estándar	0,56



El valor máximo del Índice Talla para la Edad fue de 0,120, el mínimo -2,48.

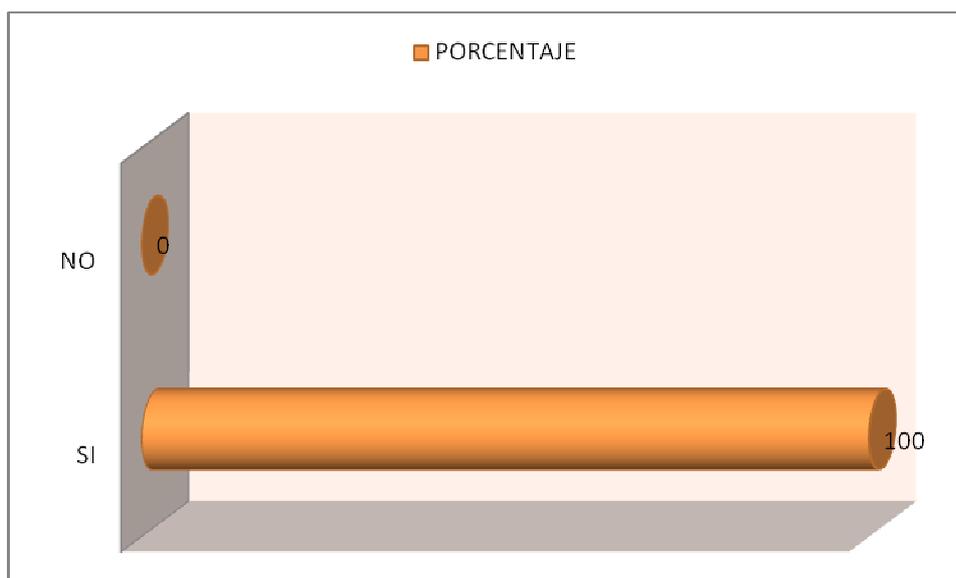
Se encontró una mediana de -1,33, con una desviación estándar de 0,56

La distribución de talla para la edad de esta población comparada con la de referencia es menor, es decir que son más bajos en talla comparado con la población de referencia, ya que el promedio es -1,29. Alrededor del 10% presentan desmedro.

C. SITUACIÓN ALIMENTARIA

CUADRO 7.

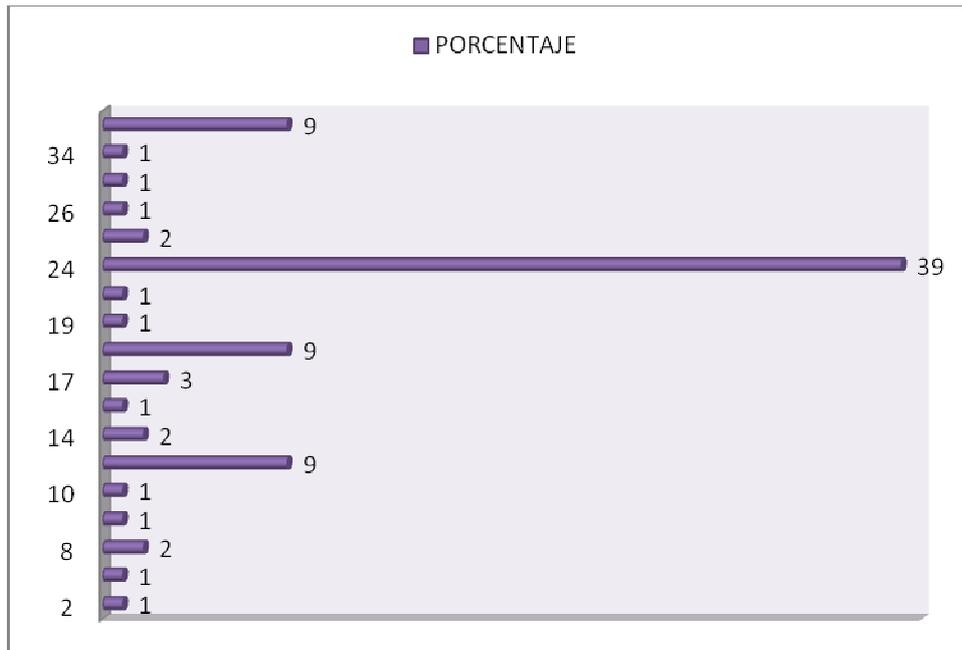
TÍTULO: Aporte de Leche Materna a los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo. 2010.



Aunque en las comunidades indígenas se han perdido algunas buenas costumbres y adoptado otras, no es el caso en lo que se refiere a la lactancia materna, puesto que todas las madres de familia de las siete comunidades, proveen a sus hijos de leche materna, sin utilizar leches artificiales. Las madres consideran que brindar su leche a sus hijos e hijas es indispensable, independientemente del conocimiento sobre el valor nutricional, considerando que la leche humana es sin duda el alimento de opción para el lactante. Su composición es tal que proporciona la energía necesaria y los nutrientes en cantidades apropiadas. Contiene factores que brindan protección contra determinadas infecciones bacterianas, diarrea y otitis media.

CUADRO 8.

TÍTULO: Duración del aporte de Leche Materna a los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guaujuo. 2010.



Las mujeres de las comunidades indígenas consideran que mientras más tiempo se les da el seno a los niños y niñas es mejor. Por lo mismo la mayoría de ellas extienden la lactancia materna hasta los dos y tres años de edad. El inconveniente de esta realidad es que como mientras los niños y niñas están lactando, las madres inician tardíamente el proceso de alimentación complementaria. Es necesario recordar que el tiempo ideal para la lactancia materna exclusiva es hasta los seis meses de edad, luego debe complementarse con determinados alimentos debido a que el niño

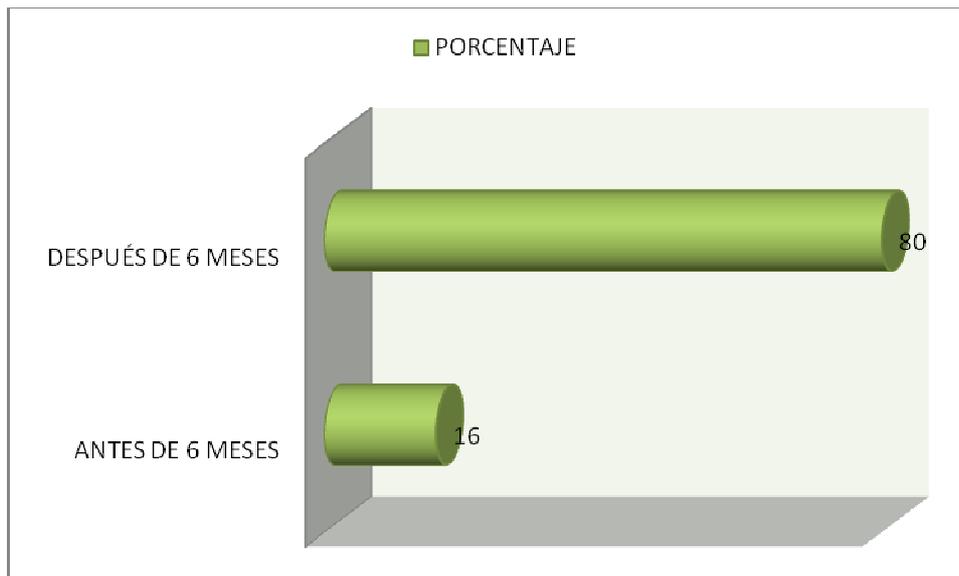
requiere el aporte de más nutrientes de los que proporciona la leche materna para su apropiado crecimiento, y extender la lactancia hasta los dos años.

Por otro lado, las madres que suspenden la lactancia materna tempranamente, es debido a que vuelven a embarazarse y se ven obligadas a detener la lactancia materna.

La mayoría de madres brindan leche materna a sus hijos hasta los 24, 36, 18 y 12 meses respectivamente.

CUADRO 9.

TÍTULO: Edad de inicio de la Alimentación Complementaria de los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo. 2010.



Las comunidades indígenas no tienen suficiente información sobre el tiempo adecuado para iniciar la alimentación complementaria. La mayoría de ellas consideran que sus hijos e hijas deben empezar a comer a partir de los seis meses o al año de vida. Quienes inician el proceso de alimentación complementaria antes de los seis meses es porque no tienen suficiente leche para alimentar a sus hijos.

Es recomendable iniciar el proceso de alimentación complementaria a partir de los seis meses debido a que tanto el desarrollo psicomotor, como el del estómago e intestino, para ese momento le permiten aceptar y asimilar otros alimentos. Además debe tomarse en cuenta que se debe dar continuidad a

la lactancia materna con la introducción del alimento, la consistencia del alimento con la cantidad, la cantidad en cada comida con la frecuencia, la variedad de los alimentos con la disponibilidad en la casa, el estado de salud del niño con su apetito, así como la paciencia y persistencia de la madre.

En algunos casos, el inicio de la alimentación complementaria, implica riesgo a la salud debido a que las madres no mantienen las condiciones higiénicas necesarias al manipular los alimentos y al realizar las preparaciones.

CUADRO 10.

TÍTULO: Grupo de alimentos de inicio de la Alimentación Complementaria de los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo. 2010.



Cuando se inicia la alimentación complementaria en los niños, es importante tener los cuidados higiénicos necesarios, en este momento se debe dar al niño alimentos diferentes en pequeñas cantidades, dos o tres veces al día e incrementarlos poco a poco de acuerdo a su tolerancia.

El primer alimento recomendable es el cereal, como arroz, pero en una consistencia como papilla. Luego se continuará con otros cereales como maíz, avena, quinua, cebada, morocho en igual consistencia. Al mismo tiempo las frutas de temporada, especialmente guineo y manzana, así como purés de tubérculos como papa, camote, yuca, zanahoria y verduras. El

sambo, zapallo, vainita, camote, melloco, zanahoria amarilla, espinaca, oca, yema de huevo se los debe servir aplastados para que aprenda a reconocer las texturas y sabores de los alimentos.

Al momento de iniciar el proceso de alimentación complementaria, las madres de familia que habitan en estas comunidades rurales acostumbran dar a sus hijos e hijas los siguientes grupos de alimentos, en orden de preferencia: cereales, azúcares, lácteos, y frutas. En muchas ocasiones se puede observar a las madres indígenas que brindan a sus hijos e hijas, coladas de harinas como máchica, plátano, maicena, vitasoya, quinuavena, estas preparaciones son endulzadas, en la mayoría de los casos, con panela, y con leche si tuvieran acceso.

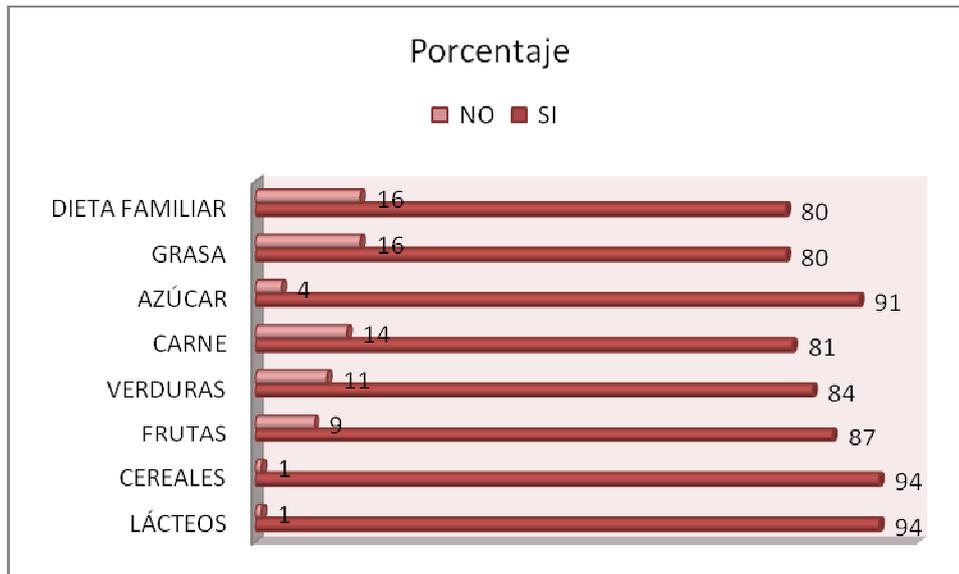
Algunas madres jóvenes prefieren dar a sus hijos o hijas bebidas preparadas como gaseosas o jugos preparados industrialmente, porque carecen de tiempo para preparar las coladas, debido a sus trabajos, pero principalmente porque desconocen lo perjudicial que estos productos resultan para la salud.

En cuanto al consumo de frutas, que es escaso, las madres refirieron que dan a sus hijos o hijas, frutillas, lo cual es riesgoso si se considera que ellas no realizan la higiene adecuada con estos alimentos que son portadores de amebas.

Es el adecuado que el niño coma 3 comidas al día cuando recibe lactancia materna, y 5 comidas cuando no reciba lactancia materna.

CUADRO 11.

TÍTULO: Grupo de alimentos de continuación de la Alimentación Complementaria y consumo de dieta familiar de los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guaujuo. 2010.



Una vez iniciado el proceso de alimentación complementaria debe continuarse con el esquema establecido: tres comidas diarias, desayuno, almuerzo y merienda, prefiriendo lo sólido y espeso a lo líquido. Dar además dos entrecomidas o colaciones nutritivas como frutas, pan, maíz, plátano, leche, queso. Cuando el niño esté totalmente integrado a la dieta familiar, se puede dar huevo entero cocinado y leche de vaca.

Es necesario darle porciones en su propio plato de acuerdo al apetito y considerando la capacidad del estómago, que para el año de vida es alrededor de una taza en cada ocasión.

En lo que respecta al grupo de estudio, una vez iniciado el proceso de alimentación complementaria, las madres brindan a sus hijos toda clase de alimentos, dando preferencia al consumo de cereales, lácteos, frutas y azúcares, como ya se indicó anteriormente, ahora se suma el consumo de verduras, carnes y grasas.

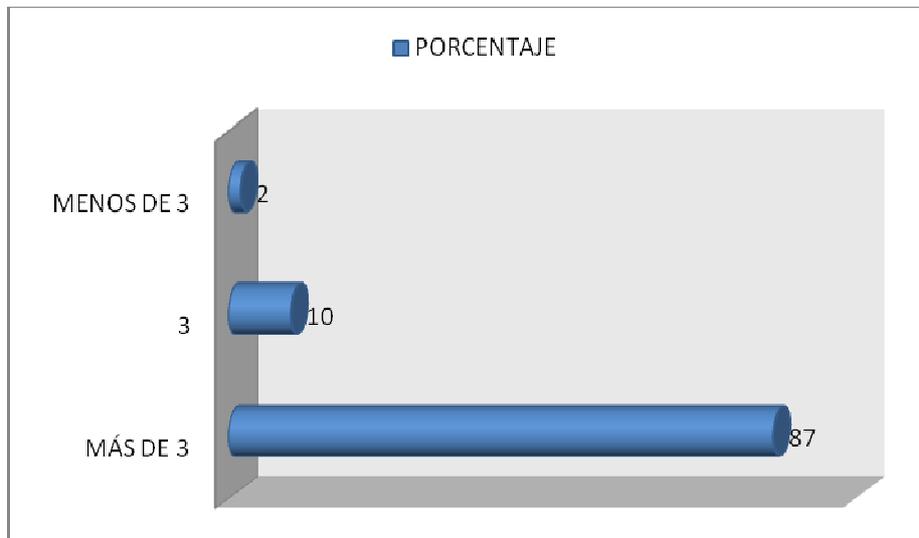
Como medida para variar la alimentación, suelen prepararse sopas cremas o de cereales, tubérculos, verduras o queso. Como en este medio las familias no tienen electrodomésticos, no pueden realizar preparaciones como jugos de frutas, en su lugar optan por las coladas de agua o leche, o infusiones preparadas con panela o azúcar.

Las frutas se consumen ocasionalmente, siendo más comúnmente utilizadas como colaciones en las guarderías.

El consumo de carnes, pescado, atún, vísceras está presente pero en pocas ocasiones debido a los escasos recursos económicos. También es de conocimiento que estas familias consumen grasas de origen animal debido al costo de las grasas de buena calidad.

CUADRO 12.

TÍTULO: Número de porciones diarias de alimentos consumidos por los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo. 2010.



A partir del noveno mes el niño tiene que comer más veces que los adultos porque su estómago es más pequeño, pero sus necesidades son altas porque está creciendo. Se debe prestar atención a la capacidad gástrica de los niños; que, en el del recién nacido es de 10 a 20 mililitros y aumenta durante el transcurso de su primer año hasta los 200 ml, lo que va a permitir que el niño haga comidas más abundantes y menos frecuentes.

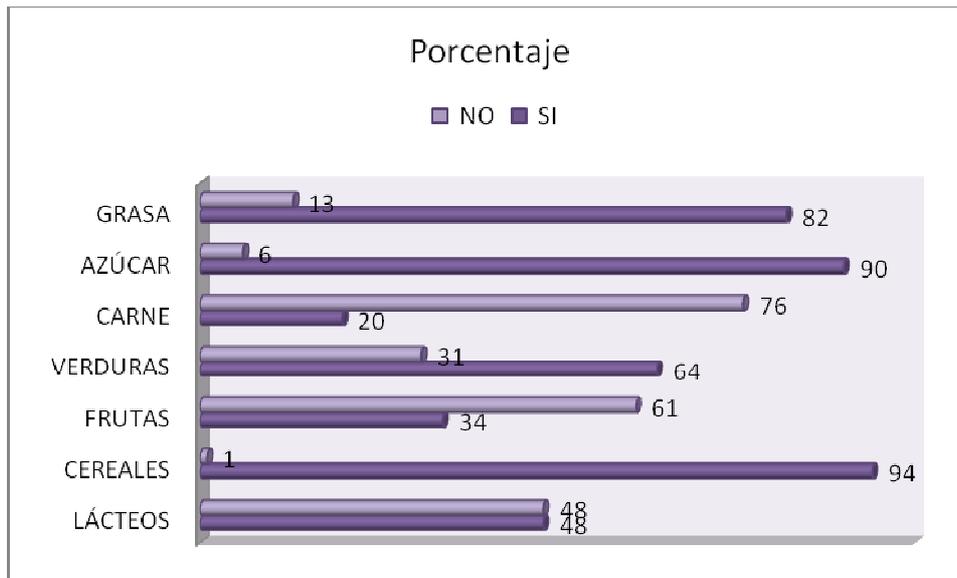
En estas comunidades los niños y niñas que ingieren más de tres comidas diarias, es porque asisten a las guarderías del INFA, puesto que el gobierno junto con las madres de las comunidades se organiza para realizar las preparaciones alimenticias de los niños y niñas, además de las colaciones.

Hay que tomar en cuenta que los niños y niñas consumen alimentos en sus hogares antes y después de la jornada. No sucede lo mismo con aquellos

que no pueden asistir a estos centros, pues sólo consumen tres comidas o a veces menos, debido a la escasa situación económica de sus padres, a la ausencia de los mismos por situaciones de trabajo, y/o al gran número de miembros de las familias.

CUADRO 13.

TÍTULO: Grupos de alimentos consumidos diariamente por los niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo. 2010.



Es necesario indicar que la alimentación óptima es aquella que llena los requisitos del niño en energía y otros nutrientes (proteína, grasa, vitaminas y minerales) para que esté sano y gane peso de acuerdo a la curva de crecimiento.

Una vez que el niño participa en la dieta familiar, es necesario ofrecerle todos los tipos de alimentos de forma variada, para facilitar la aceptabilidad y garantizar una buena alimentación en el futuro.

Es evidente que el estado nutricional actual de los niños y niñas de estas comunidades es debido a la inapropiada ingesta alimentarias que reciben, no obstante es importante reconocer el gran papel que en estos sectores

realiza el Gobierno, debido a que en las guarderías los niños reciben una mejor nutrición que en los hogares. Cada Centro de Cuidado Infantil recibe semanalmente de acuerdo al número de integrantes, carne, atún, papas, arroz, azúcar, aceite, fideos, avena, harinas, verduras y frutas de acuerdo a la temporada.

En estas comunidades, la falta de información es evidente, puesto que son propietarios de ganado y terrenos, pero prefieren vender la leche y sus derivados así como también las verduras y frutas que producen.

En este sentido, las familias no consumen productos lácteos diariamente, pero los niños y niñas que asisten a las guarderías consumen estos productos de lunes a viernes.

Únicamente el 34% niños y niñas consumen frutas diariamente, en los centros de cuidado infantil, sus padres sólo compran estos alimentos los días de feria, y lo hacen en pocas cantidades.

De manera general, la dieta de estas familias no estimula al consumo diario de verduras, solamente el 64% de los niños y niñas las consumen diariamente.

El escaso consumo de frutas y verduras genera un grave problema debido a que constituyen la principal fuente de vitaminas y minerales, su ausencia genera serias enfermedades carenciales, que ya se evidencia en algunos niños.

Los cereales y tubérculos son alimentos indispensables en la dieta diaria, especialmente la papa, el camote, mellocos, que son alimentos que se producen en la zona.

VI. INTERVENCIONES

B. JUSTIFICACIÓN

La comunicación en salud ha demostrado su capacidad de influir, a través de las diferentes estrategias comunicacionales, en la sensibilización, toma de conciencia y por consiguiente, cambios de conductas y comportamientos favorables de las poblaciones.

Con las siguientes estrategias se busca mejorar el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años y de manera general de toda la población, a través de la utilización de estrategias educativas, informativas, y se propone la aplicación de técnicas participativas apuntando así a la metodología lúdica dentro de este proyecto.

C. OBJETIVOS

- Mejorar el estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años.
- Fortalecer la práctica de la lactancia materna.
- Fomentar conocimientos sobre la alimentación complementaria, tanto de inicio como de continuación.
- Mejorar la práctica de manipulación e higiene de los alimentos.

D. ESTRATEGIAS

1. ESTADO NUTRICIONAL

- Realizar capacitaciones a los miembros de las comunidades informándoles sobre el estado nutricional actual de los niños y niñas menores de cinco años y las consecuencias a corto y largo plazo.
- Acordar la realización de controles mensuales de peso y talla de los menores de cinco años.
- 2Capacitar sobre el manejo de la curva de crecimiento de los menores de cinco años.
- Capacitar a las madres de familia sobre la forma de medir y pesar a los niños.
- Registrar el peso y talla de los niños y niñas, discutir sobre los resultados y sus causas.

2. LACTANCIA MATERNA

- Capacitar a un grupo de madres de familia, representantes de cada comunidad, de distintas edades sobre la lactancia materna: las medidas higiénicas previas a la lactancia, la manera de sostener el seno para evitar inflamaciones o abscesos, información nutricional de la leche materna, beneficios de la leche materna, duración de la lactancia exclusiva y complementaria.
- Las madres de familia capacitadas deberán impartir réplicas sobre el tema a las madres de todas las comunidades, con el apoyo de la nutricionista, utilizando técnicas participativas para despertar el interés, así como prácticas en vivo y comentarios sobre experiencias propias.

3. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

- Realización de talleres activos-participativos sobre la alimentación complementaria, resaltando la importancia de este proceso en la vida de los niños, se utilizarán materiales didácticos y técnicas participativas.
- Resaltar la importancia nutricional de los productos propios del medio.
- Sugerir alternativas de preparación y/o combinación de estos alimentos, a manera de recetas para complementar el valor nutricional así como también mejorar la aceptabilidad de ciertos alimentos.
- Se deberá organizar a las madres de familia para realizar ciertas preparaciones alimentarias, enriquecidas, con buenas características organolépticas y sanitarias, en lugares estratégicos de cada comunidad, cada persona deberá colaborar con utensilios o alimentos, al final se dará paso a la degustación por parte de los niños.

4. MANIPULACIÓN E HIGIENE DE LOS ALIMENTOS.

- Dialogar con las madres sobre las enfermedades más comunes de los niños y niñas.
- Haciendo énfasis en las enfermedades transmitidas por los alimentos y su incorrecta manipulación, se deberá profundizar más sobre ellas, sus causas y consecuencias.
- Averiguar los conocimientos que las madres tienen sobre la higiene y manipulación de alimentos.
- Confirmar las prácticas correctas e impartir otras nuevas o desconocidas, en especial sobre el lavado de manos y la forma de desinfectar los alimentos y el agua, previa a la preparación y/o consumo.

De forma general y previa cada capacitación se realizará una retroalimentación sobre los temas anteriormente tratados para confirmar los conocimientos o despejar dudas.

VII. CONCLUSIONES

- Las comunidades con mayor porcentaje de niños son Illangama, Corazón y Culebrillas, mientras que las niñas habitan en mayor cantidad en las comunidades Pachacutik y Pucarapamba.
- El mayor porcentaje de niños y niñas menores de cinco años pertenecientes a la COCDIAG se ubican entre 25 y 48 meses y entre 37 y 59 meses respectivamente, mientras que sólo el 6%, que es el porcentaje menor, corresponde a hombres de entre 25 y 36 meses y mujeres de entre 40 y 59 meses de edad.
- Del grupo de estudio, la mayor parte de niños, pesan entre 13 y 16, seguido por 9 y 10 Kg. El promedio de toda la población fue de 11,98 kg, y la mediana de 12.6 kg.
- La talla comprendió valores entre los 60 cm y los 102,5 cm con un promedio de 85,76 cm y una mediana de 90 cm. La mayor parte de niños y niñas miden entre 90 y 100 centímetros.
- El BMI/Edad indica que esta población. tiene un peso mayor al de referencia, no hay niños desnutridos pero tampoco existe obesidad.
- El índice Talla/Edad indica que esta población comparada con la de referencia es menor, es decir que son pequeños. Alrededor del 10% presentan desmedro.
- Todos los niños y niñas recibieron leche materna como su primer alimento desde el nacimiento, independientemente del conocimiento que tengan las madres sobre su valor nutricional.

- La lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad, sí se cumple en estas comunidades, extendiéndose hasta los 18, 24, y 36 meses de preferencia.
- La mayoría de las madres de familia inician el proceso de alimentación complementaria, en sus hijos, después de los seis meses de vida, generalmente a partir del octavo mes.
- Los alimentos de preferencia para iniciar la alimentación complementaria son los cereales y azúcares, en este medio comúnmente se los consume como coladas endulzadas.
- Una vez que los niños empiezan a comer, las madres aprovechan para brindarles diversos tipos de alimentos, hasta que llegan a consumir la dieta familiar, aunque lo hacen en pocas cantidades.
- Gracias a entidades que apoyan a estas comunidades con alimentos para los centros de cuidado infantil, los niños y niñas, consumen más de tres comidas diarias. Un número inferior de ellos consumen menos de tres porciones debido a la escasez en sus hogares.
- Los cereales son consumidos diariamente en estas poblaciones porque se producen en gran cantidad en el medio, acompañadas de azúcar o panela para coladas. De manera diversa se consumen los otros grupos de alimentos, a excepción de la carne y sus derivados, que por su alto valor económico, la población no puede acceder.

VIII. RECOMENDACIONES

Este estudio de soporte para la Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo, permite establecer las siguientes recomendaciones con el propósito de mejorar el estado nutricional y la alimentación de los niños y niñas menores de cinco años.

- Incentivar a que las madres y los padres de familia den importancia y prioridad a los problemas de salud y nutrición de sus hijos.
- Promover el consumo de productos tanto animales como vegetales propios de la zona, debido al menor precio que les representa.
- Resaltar la importancia sobre las prácticas correctas de higiene y manipulación de alimentos.
- Realizar actividades de recreación para estimular el contacto afectivo entre padres e hijos.

IX. RESUMEN

Siendo la desnutrición un problema de Salud Pública, con prevalencia en la zona rural, es necesario evaluar el estado nutricional y la ingesta alimentaria en los niños de cero a cinco años de La “Corporación de Organizaciones Campesinas para el Desarrollo Integral Alto Guanujo de Guaranda. Provincia Bolívar.

En esta investigación se consideraron los índices BMI/Edad y Talla/Edad, mediante la medición de peso y talla de 90 niños menores de 5 años, así como la aplicación de encuestas dietéticas a las madres.

El índice BMI/Edad refleja que no hay niños desnutridos pero tampoco obesos; el índice Talla/Edad indica que el 90% son niños pequeños y el 10% tienen desmedro. La práctica de la lactancia materna y su duración es adecuada, la dieta complementaria es a base de carbohidratos y verduras.

Se recomienda dar prioridad a los problemas de salud y nutrición de los niños menores de cinco años, así como también promover el consumo de productos tanto animales como vegetales propios de la zona, resaltando la importancia sobre las prácticas correctas de higiene y manipulación de alimentos para prevenir enfermedades que pueden desencadenar deficiencias nutricionales.

SUMMARY

Malnutrition, begin a Public Health Problem, with prevalence in the rural area, it is necessary to evaluate the nutritional status and the alimentary ingestion in 0- five –years- old children from the Corporation of the Farmer Organizations for the Integral Development Alto Guanujo of Guaranda, Bolívar Province.

In this investigation the BMI/age and Height/Age indexes were considered through weight and height measurements to the universe of 90 less-than five children and the application of alimentary questionnaires to mothers. The BMI/Age index reflects that there are no undernourished, nor obese ones; the Height/Age index shows that 90% are little children and 10% have an impairment. The mother lactation practice and its duration is adequate; the complementary diet is based on carbohydrates and vegetables. It is recommended to give a priority to the health and nutrition problems in children under five as well as promote the consumption of both animal and vegetal products of the zone highlighting the importance of correct hygiene and handling practices of food to avoid diseases causing nutritional deficiency.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LA MALNUTRICIÓN, UN PROBLEMA DE SALUD MUNDIAL;
http://www.mediks.com/saludyvida/articulo.php?id=1723&llave_seccion=1
(2009 – 11 – 07).
2. AUMENTA LA DESNUTRICIÓN MUNDIAL;
<http://www.consumaseguridad.com/2003/08/12/7811.php>. (2009 – 11 – 07).
3. LA DESNUTRICIÓN;
<http://www.monografias.com/trabajos15/desnutricon/desnutricon.shtml>
(2009 – 11 – 07).
4. ECUADOR, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, HSS – SILOS – 34, Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Salud de los Pueblos Indígenas.
5. BOLIVIA, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, -HSL-96 01, Taller Piloto Subregional Andino de Salud para los Pueblos Indios.
6. MATAIX VERDÚ, José. Nutrición y Alimentación Humana. Primera Colección, España, MMV Editorial Océano. Págs. 860, 864, 867.
7. KRAUSE. Mahan, K. Arlin M. Nutrición y Dietoterapia. México. 2009. Interamericana 1995. Capítulo 19 Págs: 260, 261, 263, 266 – 270.
8. REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES EN EL NIÑO;
<http://www.preescolar.es/preescolar-necesidades-nutricionales.html>.
(2009 – 11 – 07).

9. TELEFORMACIÓN EN SALUD;

<http://www.upch.edu.pe/ehas/pediatria/nutricion/Clase%20101%20-%207.htm>. (2009 – 11 – 07).

10. RECOMENDACIONES NUTRICIONALES PARA EL SER HUMANO;

http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol23_4_04/ibi11404.htm (2010 - 03 - 15).

11. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS Y

ADOLESCENTES;

www.sepeap.org/.../Valoración_nutricional_niños_adolescentes.pdf -
(2009 – 11 – 07).

12. VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL;

www.bvs.hn/RHP/pdf/1997/pdf/Vol18-2-1997-7.pdf - (2009 – 11 – 07).

13. GALLEGOS E., Sylvia. Alcances e importancia de la valoración

nutricional, historia clínica, socioeconómica y dietética. Primera unidad.

Riobamba. 2005. Págs.: 74 – 77.

ANEXOS

Anexo 1

Fecha	No	Sexo	Edad (d)	Edad (m)	Peso (kg)	Talla (cm)	T/E	BMI/E
01/04/2010	1	Female	1380	45,34	15,5	98,5	-0,63	0,49
01/04/2010	2	Female	450	14,78	8,5	74	-1,2	-0,37
01/04/2010	3	Male	1620	53,22	16,5	101	-1,19	0,68
01/04/2010	4	Male	450	14,78	9,5	76	-1,16	-0,01
01/04/2010	5	Male	1440	47,31	15,5	97	-1,42	0,85
01/04/2010	6	Female	303	9,95	8	69	-0,98	0,12
01/04/2010	7	Female	1260	41,4	12	89	-2,39	-0,13
01/04/2010	8	Female	360	11,83	8,5	69	-1,87	0,96
01/04/2010	9	Female	450	14,78	9,5	76	-0,21	0,09
01/04/2010	10	Female	510	16,76	9	76	-0,96	-0,4
01/04/2010	11	Female	1470	48,3	14,3	98,9	-0,93	-0,47
01/04/2010	12	Female	240	7,89	7,5	65,6	-0,97	0,14
01/04/2010	13	Female	450	14,78	8,5	74	-0,94	-0,59
01/04/2010	14	Male	480	15,77	9,5	79	-0,1	-1,16
01/04/2010	15	Male	1080	35,48	12,5	89	-1,83	0,13
01/04/2010	16	Male	1440	47,31	15,5	101	-0,46	-0,12
01/04/2010	17	Male	1140	37,45	15	94	-0,8	1,08
01/04/2010	18	Female	1770	58,15	16	102	-1,37	0,08
01/04/2010	19	Female	1740	57,17	16,5	101,5	-1,38	0,49
01/04/2010	20	Female	1440	47,31	15,7	98,3	-0,94	0,67
01/04/2010	21	Female	840	27,6	11	85,2	-1,05	-0,34
01/04/2010	22	Female	1620	53,22	15	96,5	-2,05	0,57
01/04/2010	23	Female	480	15,77	9,3	72,5	-1,85	0,97
01/04/2010	24	Female	1620	53,22	13,5	97	-1,94	-0,66
01/04/2010	25	Male	750	24,64	11	80	-2,48	0,9
01/04/2010	26	Male	720	23,66	11	81,5	-1,75	0,42
01/04/2010	27	Male	300	9,86	8	68	-2,24	0,17
01/04/2010	28	Male	840	27,6	11	87,5	-0,79	-1,31
01/04/2010	29	Male	1530	50,27	15,5	96	-2,01	1,12
01/04/2010	30	Female	300	9,86	7,5	67	-1,74	0,05
01/04/2010	31	Female	1590	52,24	16,5	101	-0,94	0,62
01/04/2010	32	Female	1080	35,48	12,5	89	-1,5	0,28
01/04/2010	33	Female	1080	35,48	12,5	90	-1,24	0,02
01/04/2010	34	Female	1260	41,4	13,5	92	-1,65	0,45
01/04/2010	35	Female	330	10,84	8	70	-1,02	-0,13
01/04/2010	36	Male	120	3,94	6,5	61,8	-0,94	-0,09
01/04/2010	37	Male	240	7,89	8,5	67,5	-1,33	0,93
01/04/2010	38	Male	150	4,93	7	64	-0,84	-0,14
01/04/2010	91	Male	120	3,94	6,5	64	0,12	-0,93
01/04/2010	40	Male	270	8,87	9	70	-0,8	0,82
01/04/2010	41	Male	600	19,71	10	80	-1,15	-0,53

01/04/2010	42	Male	1080	35,48	13,5	95	-0,2	-0,55
01/04/2010	43	Male	1260	41,4	13,5	95	-1,14	-0,41
01/04/2010	44	Male	1650	54,21	16	101	-1,31	0,33
01/04/2010	45	Male	1050	34,5	13,5	94,5	-0,16	-0,44
01/04/2010	46	Male	1080	35,48	13	93	-0,74	-0,48
01/04/2010	47	Female	1470	48,3	14,5	99	-0,9	-0,34
01/04/2010	48	Female	1080	35,48	14	91	-0,98	1,06
01/04/2010	49	Female	780	25,63	10,5	81	-1,85	0,27
01/04/2010	50	Female	1620	53,22	15	96	-2,16	0,67
01/04/2010	51	Female	1440	47,31	13	93	-2,18	-0,17
01/04/2010	92	Male	360	11,83	10	75	0,07	0,46
01/04/2010	53	Male	1080	35,48	12,5	89	-1,83	0,13
01/04/2010	54	Male	1080	35,48	12,5	88,5	-1,97	0,28
01/04/2010	55	Male	600	19,71	10	80,5	-0,97	-0,69
01/04/2010	56	Male	540	17,74	9,8	77	-1,6	0,05
01/04/2010	57	Male	1440	47,31	16	98,5	-1,06	0,87
01/04/2010	58	Male	870	28,58	12	85	-1,76	0,59
01/04/2010	59	Male	900	29,57	12,5	87	-1,36	0,55
01/04/2010	60	Male	1770	58,15	16,5	102,5	-1,41	0,37
01/04/2010	61	Male	360	11,83	9	73,5	-0,86	-0,12
01/04/2010	62	Male	360	11,83	9	74,5	-0,44	-0,46
01/04/2010	63	Female	300	9,86	7,5	68	-1,34	-0,29
01/04/2010	64	Female	1230	40,41	12,8	92	-1,5	-0,16
01/04/2010	65	Female	510	16,76	9	76	-0,96	-0,4
01/04/2010	66	Male	210	6,9	7	66	-1,39	-0,93
01/04/2010	67	Male	90	2,96	6	60	-0,64	-0,15
01/04/2010	68	Male	1440	47,31	15,5	98	-1,18	0,61
01/04/2010	69	Male	720	23,66	11	81	-1,92	0,57
01/04/2010	70	Male	1440	47,31	14,8	96	-1,66	0,55
01/04/2010	71	Male	1080	35,48	13	91	-1,29	0,07
01/04/2010	72	Male	1080	35,48	13	90,5	-1,42	0,21
01/04/2010	73	Male	1470	48,3	14	97	-1,54	-0,36
01/04/2010	74	Male	1080	35,48	13	90	-1,56	0,35
01/04/2010	75	Male	600	19,71	10	78	-1,87	0,12
01/04/2010	76	Female	1440	47,31	14,8	94	-1,94	0,99
01/04/2010	77	Female	270	8,87	7,5	68	-0,53	-0,6
01/04/2010	78	Female	1620	53,22	15	96	-2,16	0,67
01/04/2010	79	Female	1650	54,21	15,3	99	-1,6	0,24
01/04/2010	80	Female	1440	47,31	15	96	-1,48	0,69
01/04/2010	81	Female	600	19,71	9,5	76	-1,91	0,39
01/04/2010	82	Female	1440	47,31	14,5	98	-1,01	-0,12
01/04/2010	83	Male	330	10,84	9	72	-1,01	0,3
01/04/2010	84	Male	1440	47,31	15	95	-1,9	0,96
01/04/2010	85	Male	1440	47,31	15	98	-1,18	0,22

01/04/2010	86	Male	1140	37,45	13,5	92	-1,33	0,31
01/04/2010	87	Male	1440	47,31	13,8	96	-1,66	-0,3
01/04/2010	88	Male	1440	47,31	14	96	-1,66	-0,12
01/04/2010	89	Male	900	29,57	12,5	85,6	-1,78	0,95
01/04/2010	90	Female	1440	47,31	14,4	95	-1,71	0,48

ANEXO 2

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

“ESTADO NUTRICIONAL E INGESTA ALIMENTARIA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS DE LA CORPORACIÓN DE ORGANIZACIONES CAMPESINAS PARA EL DESARROLLO INTEGRAL ALTO GUANUJO, DE GUARANDA. PROVINCIA BOLÍVAR. 2010.”

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

CASO N.	FECHA:
COMUNIDAD:	
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:

SITUACIÓN NUTRICIONAL:

EDAD:	SEXO:	PESO:	TALLA:	BMI:
-------	-------	-------	--------	------

SITUACIÓN ALIMENTARIA:

1. ¿Usted le dio seno materno a su hijo/a? SI..... NO.....
2. ¿Hasta qué edad le dio el seno?..... meses
3. ¿A qué edad le empezó a dar otros alimentos a su hijo/a?

Antes de los seis meses	
Después de los seis meses	

4. ¿Qué alimentos le dio cuando empezó a comer?

Leche	Pan, cereales y tubérculos	Verduras	
Frutas	Carne /huevo	Dulces/bebidas azucaradas	Grasas

5. Luego que empezó a comer, ¿qué otros alimentos de daba o continúa dándole?

Lácteos	Cereales	Verduras	Frutas
Carnes	Azúcares	Grasas	Dieta familiar

6. ¿Cuántas porciones diarias de alimentos consume su hijo/a?

3 porciones	
Más de 3 porciones	
Menos de 3 porciones	

7. ¿Qué alimentos consume su hijo/a diariamente?

TIPO	SI	NO
Lácteos		
Panes y cereales		
Frutas		
Verduras		
Carnes		
Azúcares		
Grasas		