

**RESUMEN:****ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.**

“Mejoramiento de las prácticas alimentarias de los niños del primero de básica de la Unidad Educativa Alianza Francesa”.

El presente estudio investigación –acción, trabajó con niños escolares de zona urbana, las percepciones sobre el ámbito de la salud llevan siempre a pensar que los problemas de salud afectan sobre todo a niños de zona rural, definiéndolos como grupo vulnerable, los resultados obtenidos demuestran que el problema de salud afecta a todos, y que el factor económico no necesariamente es la solución a los mismos, esto evidencia la necesidad de trabajar con la población creando conciencia sobre la importancia del autocuidado y desarrollar conciencia sobre la importancia de llevar estilos de vida saludables.

ABSTRACT:

The present studies investigation –action, worked with school children of urban area, the perceptions on the environment of the health always take to think that the problems of health affect children of rural area mainly, defining them as vulnerable group, the obtained results demonstrate that the problem of health affects all, and the economic factor is not necessarily the solution to the same ones, this evidences the necessity to work with the population creating conscience about the importance of the self-care and to develop conscience about the importance of taking healthy lifestyles.



INDICE

CAPITULO 1.

1.1 PROMOCIÓN DE SALUD

1.1.1 Reseña histórica.....	6
1.2.1 Ejes de acción.....	11
1.2.1.1 Construcción de Políticas Públicas Saludables (PPS).....	12
1.2.1.2 Creación de entornos favorables.....	13
1.2.1.3 Fortalecimiento de la participación comunitaria.....	14
1.2.1.4 Estilos de vida saludables.....	16
1.2.1.5 Reorientación de los servicios de salud.....	17

CAPITULO 2.

2.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN

2.1.1 La alimentación, lo económico y lo político.....	20
2.2.1 Seguridad alimentaria.....	21
2.3.1 Soberanía alimentaria.....	23
2.4.1 La alimentación y lo social.....	24

CAPITULO 3.

3.1 ESTILO DE VIDA SALUDABLE

3.1.1 Generalidades.....	26
3.2 El auto cuidado.....	27
3.3 Reseña histórica.....	28
3.4 La Secuencia Alimentaria.....	29
3.5 Factores que regulan el crecimiento.....	30
3.6 La Pirámide Alimenticia.....	31
3.6.1 Información básica sobre alimentos.....	32
3.6.2 Hidratos de Carbono.....	33
3.6.3 Proteínas.....	33
3.6.4 Lípidos.....	34
3.6.5 Vitaminas.....	35
3.6.6 Minerales.....	35
3.7 Nutrición en el preescolar y escolar.....	36
3.7.1 Fundamentos de una buena nutrición para niños pequeños.....	37
3.7.2 Estrategias para una alimentación correcta.....	39
3.7.2.1 No necesitan más alimentos.....	40
3.7.2.2 No le interesan los alimentos.....	41
3.7.2.3 Problemas psicológicos.....	42
3.7.2.4 Porque están enfermos.....	42
3.8 Alimentación desde la tradición andina.....	43
3.8.1 El principio de lo cálido y lo fresco.....	43
3.9 Principales enfermedades relacionadas con la mala nutrición.....	45
3.9.1 Desnutrición.....	46
3.9.2 Obesidad.....	47
3.9.3 Anorexia.....	48
3.9.4 Bulimia.....	48
3.10 Causas de retardo del crecimiento.....	49
3.10.1 Enteroparasitosis.....	49
3.10.2 Deprivación psicosocial.....	50



CAPITULO 4.

4.1 PLAN OPERATIVO.

4.1.1 Objetivos.....	52
4.1.2 Diseño metodológico.....	52
4.1.3 Plan de observación de campo.....	53
4.1.3.1 Matriz de la línea de base.....	53
4.1.3.2 Determinación de la situación nutricional de los niños.....	55
4.1.3.3 Determinación de las practicas alimentarias de los niños y padres de familia.....	59
4.1.3.4 Determinación de los valores culturales en la alimentación.....	60
4.1.4 Plan de actividades.....	60
4.1.4.1 Matriz de programación del taller 1.....	62
4.1.4.2 Matriz de programación del taller 2.....	63
4.1.4.3 Matriz de programación del taller 3.....	64
4.1.4.4 Matriz de programación del taller 4.....	65
4.1.4.5 Matriz de actividades.....	66
4.1.5 Plan de tabulación y de evaluación.....	67

CAPITULO 5.

5.1 ANÁLISIS DE DATOS E INFORMACIÓN

5.1.1 Datos generales del centro.....	69
5.1.2 Datos generales del grupo de estudio.....	70
5.1.3 Línea de base.....	71
5.1.3.1 De la situación nutricional y enfermedades relacionadas con su deficiencia.....	71
5.1.3.2 De las prácticas alimentarias.....	74
5.1.3.3 Valores culturales de la alimentación.....	77
5.1.3.4 Indicadores de línea de base.....	80
5.1.4 Plan de acción.....	80
5.1.4.1 La inserción en la comunidad y el autodiagnóstico.....	80
5.1.4.2 El momento de la ejecución.....	81
5.1.4.3 De la evaluación de resultados.....	90
5.1.4.3.1 Evaluación de proceso.....	90
5.1.4.3.2 Evaluación de impacto.....	93
Conclusiones y recomendaciones.....	96
Bibliografía.....	98
Anexos.....	100



**UNIVERSIDAD DE CUENCA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
MAESTRIA DE SALUD PUBLICA**

**ESTILOS DE VIDA SALUDABLES.
*“Mejoramiento de las prácticas alimentarias de los niños del primero de
básica de la Unidad Educativa Alianza Francesa”.***

*Tesis previa obtención
del título de Master en
“Salud Pública”*

AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz

DIRECTOR: Dr. Nicolás Campoverde.

CUENCA - ECUADOR



**“Los criterios vertidos en la presente investigación son de exclusiva
responsabilidad del autor.”**



DEDICATORIA:

El presente trabajo va dedicado en primer lugar a Dios, por permitirme culminar la carrera con éxito, a mi esposo e hijos por ser la fuerza que me mueve siempre hacia delante y a mis padres por su apoyo incondicional en cada una de mis decisiones.

Mónica.



AGRADECIMIENTO:

Mi profundo agradecimiento al Dr. Nicolás Campoverde, por su invaluable apoyo brindado en mi formación. Gracias por incorporarme en este gran sueño de conseguir “Salud y Vida”.



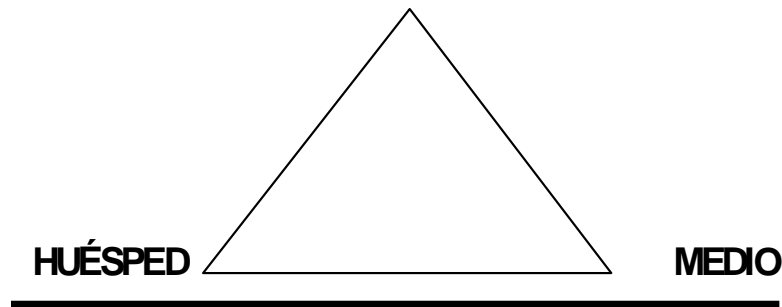
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La salud y su comprensión como generador de “bienestar humano”, se explica mediante la teoría multicausal, que utiliza la tríada ecológica para explicar los causales y no causales determinantes de la condición de salud. El equilibrio entre agente – huésped – medio que mantuvieron por mucho tiempo nuestras comunidades indígenas, en la actualidad ha sido roto, lo que ha generado un efecto, un acontecimiento negativo de salud llamado enfermedad. El agente puede ser físico, químico, biológico, es decir todo aquel factor que permita la ruptura entre huésped – medio y genere un acontecimiento de salud.

El huésped, el ser humano, incluye componentes físicos y mentales, además de características de herencia genética, procesos de maduración y envejecimiento, presenta una constitución orgánica compleja, diversos aparatos internos, digestivo, circulatorio, endocrino, etc debido a esto el cuerpo humano puede fallar de diferentes maneras lo que contribuye a la mortalidad generando muchos problemas de salud, como enfermedades crónicas, trastornos genéticos, malformaciones congénitas y el retraso mental, todas estas enfermedades con un costo monetario y emocional incalculable.

El medio incluye todos los factores externos determinantes de salud y sobre los cuales el huésped tiene escaso control, como son inocuidad de alimentos, la contaminación ambiental, enfermedades transmisibles, etc. Es necesario caracterizar el medio en el que se vive, el entorno social; así como también el entorno físico, es decir el espacio geográfico en el cual se vive, estarán por ejemplo más expuestos a enfermedades transmisibles poblaciones de clima tropical en época de verano, que aquellas de clima templado o frío.

AGENTE



PROMOCION DE LA SALUD

El equilibrio de estos tres elementos nos permite obtener un estado de salud, pero el desequilibrio también nos preemitiría desmenuzar las causas materiales e inmateriales generadoras de enfermedad, lo cual desde un análisis individual de salud, podría generar soluciones colectivas para alcanzar una calidad de vida, objetivo principal de la promoción de la salud (PS).

Los estudios de la OMS (Organización Mundial de la Salud) reportan que a lo largo de la historia, han sido muy importantes los efectos de la malnutrición sobre el ser humano; la incorrecta nutrición y los factores que lo provocan varían de una persona a otra. Se considera que el 70% de las enfermedades se deben únicamente a la forma de comer. Por ejemplo, las cardiopatías -que causan el 52% de las muertes- son prevenibles mediante una dieta adecuada, y eventualmente, pueden revertirse parcial o totalmente.

Existe en la actualidad un problema grave que es el incremento de la obesidad infantil, que en los EE.UU. se está convirtiendo en un serio problema de Salud Pública, y en nuestro país se comienza a observar este fenómeno en menor escala, estos niños a futuro con inadecuados hábitos alimentarios arraigados son candidatos potenciales a padecer enfermedades metabólicas en la adolescencia o adultez.

Las muertes relacionadas con desnutrición y otras deficiencias nutricionales figuran como séptima causa de muerte infantil en el Ecuador de acuerdo al boletín de indicadores básicos por región y provincia de la situación de la salud



en el Ecuador 2001, con un porcentaje del 3.9% y una tasa de 6.8. Como principales causas de muerte en la provincia del Azuay por persona fallecida y por sexo, tenemos que la mayor tasa es la relacionada con enfermedades del sistema circulatorio, clasificadas en enfermedades cerebro-vasculares con una tasa 2.79, insuficiencia cardiaca con una tasa de 2.03, enfermedades hipertensivas con una tasa de 0.67, y enfermedades isquémicas del corazón con una tasa de 2.74, nótese que algunas de estas enfermedades guardan relación directa con el estilo de vida que lleva cada persona.

En nuestra ciudad, es fácil observar las filas interminables de puestos de venta de alimentos chatarras apostados en las afueras de las escuelas, este tipo de alimentos carecen de un valor nutricional adecuado para los infantes, esta situación se empeora por el facilismo de las madres de familia que olvidando la importancia de la elaboración del fiambre, se limitan a enviar dinero con los pequeños para que adquieran estos productos, que se venden dentro y fuera de las escuelas, en algunos casos inclusive el ciclo de la mala alimentación se extiende al hogar, debido al incremento del negocio de venta de comida en “viandas”, en tal virtud la familia consume una dieta elaborada desde una perspectiva de negocio, de lo cual no es difícil deducir la calidad de lo que se consume, al margen de esto el vínculo social y afectivo que se conecta y transmite el momento mismo de la elaboración y la distribución de los alimentos en el hogar también se pierde.

En la actualidad existen otros factores externos que inciden en la calidad de alimentación, como son los programas de entretenimiento difundidos por televisión e inclusive ciertos juguetes como las “barbies” que generan “modelos corporales”, en la actualidad han influido especialmente en la primera etapa de la adolescencia, en la cual la imagen y aceptación social juegan un papel psicológico muy importante, hoy encontramos en las zonas urbanas la presencia de dos trastornos alimentarios, de graves consecuencias, como son la bulimia y anorexia.

Otro problema relacionado con la televisión, es la enorme campaña de marketing para inducir a los niños especialmente, a consumir productos



procesados, proyectando la idea de ser más saludables, observamos sugerencias de jugos sintéticos con vitamina C “mejores que los jugos naturales porque no tienen que exprimir nada y lo toman directamente del envase a la boca”, y para las madres de familia otra fabulosa solución, solo compran el “concentrado de fruta” lo diluyen en agua sin mayores complicaciones. Otra estrategia utilizada es la de incorporar los súper héroes del momento en los envases de los productos procesados, emitiendo el mensaje implícito de: “Si quieres ser un súper héroe como bebe, o come productos”.

Estos datos evidencian que el ingreso de nuevos patrones alimenticios por la acción de la industria y el mercado constituyen un gravísimo deterioro de la nutrición, demostrando que el problema va más allá de lo gastronómico y culinario, así por ejemplo el cambio de la agricultura natural por la artificial ha elevado la toxicidad de alimentos que consumimos, en la actualidad observamos los intentos por introducir los alimentos trans-génicos, cuyos efectos adversos todavía no son demostrados públicamente.

JUSTIFICACIÓN- De todo lo expuesto no es difícil deducir hasta que punto estamos alimentándonos de lo que nosotros decidimos libre y voluntariamente, y en que medida es el llamado “mercado” la influencia para la ingesta de alimentos de bajo contenido nutritivo, y en algunos casos inclusive de la ingesta de alimentos tratados con colorantes y preservantes cancerígenos, prohibidos de expendio en países del llamado “primer mundo”. Un ejemplo de esto es el caso del preservante glutamato de sodio, muy utilizado en la elaboración de sopas, cremas y salsas, listas para la elaboración; otro caso es la utilización de colorantes no permitidos en la elaboración de alimentos como es el rojo 40, usado en la fabricación de caramelos y embutidos clandestinos que se expenden libremente .

En nuestro país no existen leyes ni políticas alimentarias claras, se ha priorizado el crecimiento industrial que nos ha bombardeado da alimentos procesados y se ha minimizado el apoyo a la producción del campo, natural; algunos pequeños avances se han conseguido gracias a las luchas de los



movimientos indígenas, que han planteado reformas agrarias que fortalezcan la producción campesina y que en alguna medida beneficie a la calidad de alimentación, es hora de pensar que las estrategias de los países industrializados para "alimentar al mundo" han fracasado totalmente y que sólo se alcanza una sociedad sustentable si en lugar del desarrollismo que ha fallado en eliminar la miseria y ha empeorado el desastre ecológico, se encara un verdadero desarrollo sustentable fuera del juego del mercado, que únicamente es posible rescatando las riquezas de la tierra, y volviendo a la soberanía de la conservación y del uso sostenible de los recursos naturales.

El presente proyecto investigación acción se orientó a trabajarlo con los niños de zona urbana, debido principalmente a la idea generalizada de que la incidencia de problemas de salud relacionados con desnutrición, únicamente se dan en zonas rurales; por esta realidad se plantea el proyecto investigación – acción en el centro educativo “Alianza Francesa”, existiendo una apertura en todo momento de la Cónsul honoraria y directora del centro educativo Anne Bayle, se trabajó con un grupo focal de trabajo, los padres de familia y los niños de primero de básica de la escuela constituidos por 17 niños y niñas, se plantea este grupo debido a la capacidad en esta etapa de la niñez de potenciación del desarrollo social (Socialización), que les permite asimilar hábitos, asimilar normas sociales, desarrollan sentimientos y sensibilidad, se afianza la integración grupal y favorece la expresión; y en lo referente con autoayuda está el niño en capacidad de desarrollar actividades diarias y afianzar la personalidad e individualidad.

Como una etapa inicial se realizó un diagnóstico, que con la priorización de los problemas se agruparon en problemas de prácticas alimentarias de los niños, para la problematización se utilizó técnicas de diagnóstico rural participativo DRP con grupos focales y mediante lluvia de ideas.

Intentando recuperar el equilibrio de la tríada ecológica en la alimentación planteada ancestralmente por la cultura andina, considero oportuno la realización de la presente investigación, centrándome en la búsqueda del mejoramiento y /o potenciación de los hábitos alimenticios de los niños del



primer nivel de básica del centro educativo “Alianza Francesa” , enfocando la importancia del auto cuidado de la salud para generar una calidad en la alimentación. (Estilos de vida).

CAPITULO 1

1.1 PROMOCIÓN DE SALUD.

1.1.1 RESEÑA HISTÓRICA.

La promoción de la salud tiene su inicio desde épocas muy primitivas, sin lugar a dudas el concepto de la PS ha evolucionado hasta nuestros días.

Desde las creencias primitivas y prácticas para evitar enfermarse que incluían el uso de amuletos, talismanes, hechizos, el uso de pulseras magnéticas, amuletos obsequiados por indígenas, semillas en las muñecas de los niños, el uso de colores', etc son prueba del interés de siempre por conservar la salud como un bien preciado, y por lo tanto, este tipo de intervenciones se pueden asimilar a medidas promocionales y preventivas.(1)

La Biblia nos entrega información sobre prácticas preventivas tanto individuales como sociales, el Antiguo Testamento, está lleno de alusiones a medidas para proteger la salud colectiva. Un ejemplo es la siguiente recomendación para los soldados: *“Y llevarás también una estaca entre tus armas; y será que cuando salgas allí fuera, cavarás con ella y luego te volverás y cubrirás con la tierra tu excremento”*². De igual modo, la reglamentación del día de reposo³. Muchas de estas recomendaciones se transformaron en normas religiosas hebreas, que



permiten hoy reconocer a los judíos como precursores de la protección de la salud de la población.(1)

En la época de los griegos tenemos a Esculapio (Asclepios) era el dios de la salud y tuvo dos hijas, Panacea conocida como la diosa de la curación e Hygea, de la “salud”, quién dio origen a la palabra “Higiene”.

En los tiempos de los griegos la higiene tenía una connotación más amplia, a Hygea se le reconocía como diosa del arte de estar sano, entendido éste, como la moderación en el vivir, “*el orden natural de las cosas*”; Panacea por el contrario, era la diosa de las medicinas y de los procedimientos terapéuticos. Ambas están reconocidas en la obra Corpus Hippocraticum de Hipócrates (Guthrie 1947, pp. 63-66). (1)

El balance entre Panacea e Hygea se ha roto en los tiempos modernos con la exagerada supremacía de lo curativo, y el gran desarrollo de la biotecnología, que a su vez está convirtiéndose en un determinante de inequidades en salud, al hacer la atención médica cada vez más costosa e inalcanzable. (1)

Ya con los romanos se conservaron principios higiénicos tomados de los griegos y egipcios. Médicos como Plutarco exaltaban el trabajo como fuente de salud, “*el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a las numerosas actividades humanas... La pereza no es saludable... y no es verdad que la gente inactiva es más sana*” (Sigerist 1941). Consagraron el célebre aforismo “*mente sana en cuerpo sano*” y su gran contribución, el sistema sanitario y las conducciones de agua, no igualados en la historia de la salud pública y la institucionalización de hospitales y clínicas dentro del sector público (Guthrie 1947, pp. 99-100).

Durante el cristianismo se reaccionó contra el cuidado del cuerpo, y se exaltó al espíritu como principal elemento de la salud; “*la higiene pagana no puede preservar la salud*” y no son necesarias dietas ni ejercicios, sino bautismos.



Pero el cuerpo era el vehículo para llegar al alma, así que en la Edad Media, hubo espacio para la higiene colectiva; el baño jugó un papel importante, era necesario en la conmemoración de la Resurrección y en los monasterios existían baños de vapor (turcos) para los peregrinos, pero posteriormente el régimen alimenticio ocupó un lugar prominente.

De los musulmanes también es digno mencionar, la concepción de sus hospitales, que contaban con bibliotecas, jardines, patios para la lectura, narradores de cuentos para distracción de los enfermos, y por la noche “*se tocaban suaves músicas para adormecer a los que sufrían de insomnios*”; pero lo más relevante desde el punto de vista de la PS fue la política de subsidios a los enfermos hospitalizados, a quienes se daba una cantidad de dinero suficiente para sostenerse hasta que estuvieran listos a reanudar su trabajo (Guthrie 1947, pp. 104-133).

De la Edad Media se puede decir que fueron muy pocos los avances en higiene y salud pública. Durante este período ocurrió la gran epidemia de la “*Peste o Muerte Negra*” que devastó al mundo en el siglo XIV y de la que surgió el concepto de cuarentena, única medida válida de protección de la salud comunitaria, que se aplicó y se sigue aplicando hasta nuestros días, para evitar la expansión de epidemias por los viajeros. (1)

El Renacimiento contrario a lo esperado, no se caracterizó por grandes avances en la conceptualización de la salud, ni por innovaciones en salud pública, el movimiento renovador en el arte y la literatura y la reacción contra los dogmatismos de la Edad Media, sobretodo, la actitud abierta hacia todo lo creativo, el cuerpo humano con Leonardo da Vinci dejó de ser solamente un “*instrumento de pecado*”. En Medicina se destaca el humanismo de Paracelso. En la historia de la salud pública se registra un nombre importante, Fracastoro, considerado como el primer epidemiólogo.

La expansión del mundo con el descubrimiento de América produce el choque entre los conocimientos y prácticas de las culturas del nuevo mundo y los de los europeos, que tuvo grandes repercusiones para la salud, no sólo inter-



cambiaron enfermedades sino medidas de prevención y promoción, pero es lamentable la escasa información que se tiene al respecto.

Parece que algunas culturas indígenas estaban bastante más adelantadas que los españoles en la concepción de la salud y la enfermedad. Después de la conquista de América, uno de los hechos más negativos en la historia de la salud pública y de la PS es el gusto que despertó el tabaco y el aumento enorme de su consumo hasta nuestros días. (1)

El siglo XVII registra importantes avances en la Medicina, no así en la salud pública, siendo quizás el descubrimiento más trascendental el del microscopio y con éste, el reconocimiento de seres vivos como causantes de las enfermedades. En este período se cimientan las bases de la bacteriología y la microbiología que dominaron por mucho tiempo los enfoques de la medicina.

El siglo XVIII por el contrario, sí marcó grandes cambios. En primer lugar, porque se volvió a realzar la importancia tanto de la salud física como de la mental, para el individuo y la sociedad. En segundo lugar, porque este reconocimiento determinó el que se hicieran grandes esfuerzos para promoverlas.

El siglo XIX fue de la medicina social una gran riqueza en adelantos científicos tanto en medicina clínica como en microbiología, patología, fisiología, y medicina preventiva; son muchos los nombres ilustres de esta época como Bernard, Pasteur, Jenner, Finlay, Snow, etc.; aquí se mencionarán solamente aquellos que contribuyeron más al campo de la PS, es decir a las relaciones entre salud y las condiciones de vida determinantes de enfermedad.

Es a mediados de este siglo cuando surgen con fuerza los conceptos de medicina social y la toma de conciencia sobre las relaciones entre el estado de salud de una población y sus condiciones de vida. La revolución industrial de Inglaterra puso en evidencia las terribles condiciones de vida de los trabajadores incluyendo mujeres y niños, que trajo como consecuencia una



gran mortalidad prematura y por consiguiente pérdidas grandes en capital humano.

Varios nombres ilustres de esta época figuran Edwin Chadwick, pionero de la salud pública inglesa, y visionario de las ciudades saludables. Federico Engels, quien no siendo del área de la salud, escribió varias obras sobre las enfermedades y sufrimientos de los trabajadores, describió las enfermedades ocupacionales, las enfermedades infecciosas, la tuberculosis, los efectos de las toxinas ambientales, el alcoholismo, los accidentes, y en fin, las raíces de la enfermedad y la muerte prematura de los trabajadores en Inglaterra. También analizó la mala distribución del personal médico y efectuó un estudio epidemiológico sobre mortalidad y clase social.

Pero el más grande representante de esta época, considerado el padre de la medicina social y que no es posible desconocer en la historia de la PS, es Rudolf Virchow, patólogo alemán muy conocido por sus hallazgos científicos sobre los cambios patológicos en las células humanas, y que se convirtió en uno de los más célebres “*salubristas - políticos*” de la historia. Posteriormente, este prestigioso médico, político, antropólogo y sanitarista, se envolvió en un movimiento de reforma de la Medicina criticando duramente la práctica médica inhumana basada en el “*amor por el dinero*”.

Con Henry Sigerist, se inicia precisamente la renovación de principios y la construcción teórico-práctica de la PS, uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos y que concibió las cuatro funciones de la medicina así:

- la promoción de la salud,
- la prevención de la enfermedad,
- la restauración del enfermo, y
- la rehabilitación.

En América Latina, son dignas de mención las corrientes de medicina social y de “*epidemiología social*” en las décadas 60 y 70, que hicieron importantes cuestionamientos críticos a la teoría y práctica de la salud pública, y que

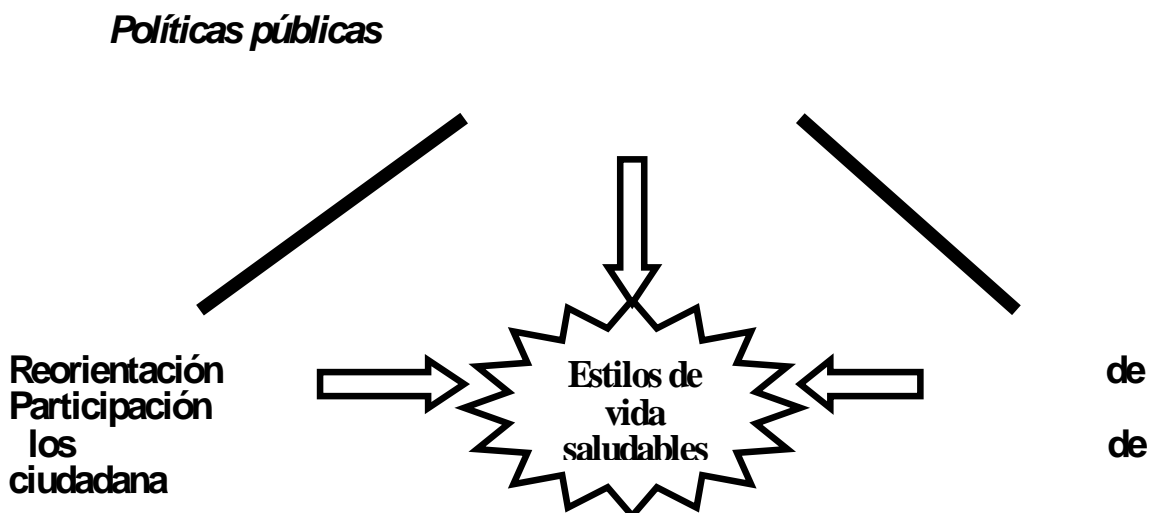
contaron con grandes pensadores de la salud pública, especialmente en Ecuador, México y Brasil (Nunes 1983).

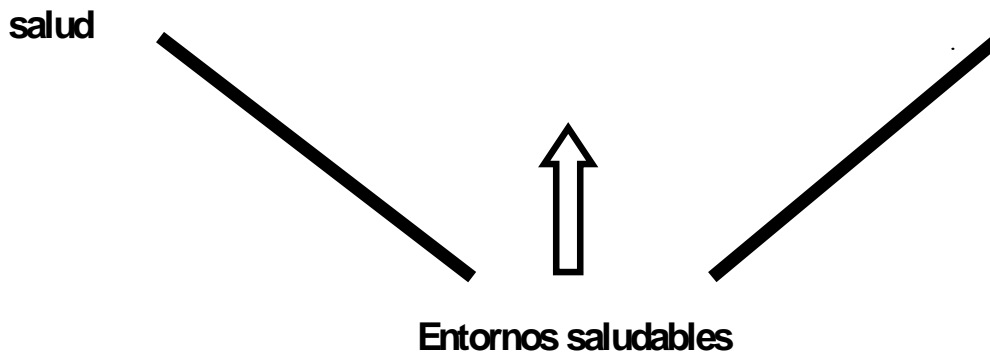
En las últimas dos décadas, se destacan diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, etc, de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública, como se conoce a la PS, y que quedaron en gran parte incluidos en la Carta de Ottawa de 1986. (1).

La Carta de Ottawa define ampliamente la promoción de la salud como el proceso “que consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”. Afirma claramente que la promoción de la salud “trascienda la idea de formas de vida sanas” para incluir “las condiciones y requisitos para la salud que son: “las condiciones y requisitos para la salud que son: la paz, la vivienda, la educación, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, los recursos sostenibles, la justicia social y la equidad”.

La estrategia de la promoción de la salud presenta cinco componentes o ejes de acción que actúan entrelazados entre sí.

1.2.1 EJES DE ACCIÓN.





Los cinco ejes desarrollados en la Carta de Ottawa presentan una fuerte superposición entre ellas, que implica que la operativización de una, requiera generalmente de la de las otras. De igual modo, es necesaria la participación de interventores de diversos sectores, instituciones, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales y, por supuesto de los ciudadanos.

La promoción de la salud (PS) requiere que haya conciencia sobre la necesidad de crear alianzas estratégicas, puentes con instituciones a través de proyectos concretos, formación de equipos multidisciplinarios, y diferentes perfiles ocupacionales y no un *“especialista o profesional único”* de la Promoción de la Salud. A continuación se detallan los cinco ejes de acción de la PS:

1.2.1.1. Construcción de Políticas Públicas Saludables (PPS).

“La teoría política es simplemente, el intento del hombre por comprender conscientemente y resolver los problemas de su vida grupal y su organización” (Sabine 1998). Las políticas públicas en general, son las que crean las diferentes opciones para la vida en comunidad, por consiguiente las posibilidades para que la gente pueda disfrutar de una buena calidad de vida.

Entre ellas, la Política Pública Social es la que garantiza una acción estatal integral y articulada para enfrentar los problemas sociales de una determinada



población, privilegiando la equidad sobre intereses particulares excluyentes (Foro Nacional por Colombia 1998).

La política social debe contener la esencia de una política de salud como parte del sector social del desarrollo.

Política Pública Saludable (PPS) se refiere específicamente a aquellas políticas que tienen una reconocida y fuerte influencia en los determinantes de la salud; usualmente se originan en diversos sectores y no necesariamente en el sector salud, que tradicionalmente formula las políticas específicas relacionadas a la organización de la atención de la salud para la población, o sistema de desarrollo de programas de prevención y control de enfermedades.

Los mecanismos para activar los procesos de construcción o formulación de PPS son varios; entre ellos son muy importantes los mecanismos de “*abogacía*” o “*cabildeo*” para llamar la atención y trabajar por causas de interés común y los mecanismos para incentivar la participación ciudadana y el diálogo entre sociedad y gobierno, en especial el local, para la identificación de problemas que requieren de la formulación e implantación de PPS.

El proceso de construcción de PPS requiere de la aplicación de instrumentos técnicos y metodológicos de información, educación y comunicación social necesarios para llevar los problemas sociales prioritarios a los decisores de políticas públicas. La creación de una conciencia social sobre las grandes inequidades y sus condicionantes constituye una de las más poderosas estrategias para el abordaje político en la práctica de la PS (Milio 1986).

En Colombia existen ejemplos recientes de procesos de construcción de PPS, como son los de Bogotá, para la reducción de la violencia y de los efectos de la pólvora navideña. Otro ejemplo es el de la ciudad de Cali con la política del uso obligatorio del casco protector por los motociclistas, que se ha mantenido gracias a la concientización de la población.

La restricción de fumar en los vuelos es otro ejemplo de política saludable en el ámbito internacional y se puede considerar que es también “*pública*” aunque



esté formulada e implantada por compañías privadas, porque tiene un beneficio público.

Las Políticas Públicas Saludables son más fáciles de formular e implantar en los niveles locales, por la sencilla razón que es allí donde los ciudadanos están más cerca de los gobernantes y por lo tanto, pueden tener más acceso a ellos y, también porque los gobernantes y sus familias en su vida cotidiana están sufriendo la falta de PPS y sienten sus beneficios cuando se implantan.(1)

1.2.1.2 Creación de entornos favorables a la Promoción de la Salud

Esta segunda área de acción de la Carta de Ottawa implica un trabajo concreto en el mejoramiento de los entornos o ambientes físicos, sociales, culturales, económicos, etc., haciéndolos más sanos y más amigables, no sólo para proteger la salud sino para potenciarla al máximo y aumentar el nivel de calidad de vida. Desde el punto de vista práctico, esta área se implanta, fundamentalmente con Políticas Públicas Saludables. Es necesario pensar también en micro ambientes tales como viviendas, edificios, lugares de trabajo, escuelas, universidades, medios de transporte, etc., los cuales hay que convertir en objetos de la PS. Así mismo la interrelación entre los ambientes y los estilos de vida y comportamientos saludables, es a su vez muy estrecha, de tal manera que ambientes amenazantes determinan una mayor probabilidad que los niveles de salud individual y colectiva sean deficitarios (Buck 1985).

En el contexto de países en desarrollo, un grupo importante de prioridades se ubica en el área de la salud ambiental, por los serios problemas de provisión de agua y saneamiento básico en general; por esta razón en casi todos los proyectos de municipios saludables en América Latina, en especial en Centroamérica, se han priorizado dichos aspectos.

El mejoramiento de entornos sociales es más complejo y requiere de estímulos e incentivos especiales para fortalecer estrategias de ayuda mutua y de la organización de grupos de autogestión y soporte en problemáticas comunes; algunos ejemplos muy exitosos son los grupos de víctimas de la violencia



sexual en países desarrollados, que han demostrado el poder que están alcanzando en la obtención de las correspondientes políticas públicas.

Con relación al mejoramiento de ambientes culturales puede decirse que también es un área atractiva para proyectos intersectoriales de PS. Entre los ejemplos están las ferias de arte y de salud que se organizan en muchas ciudades y municipios, la adecuación de parques y áreas verdes, la adecuación de zonas de espacio público para la recreación y el deporte, todas ellas muy valiosas para la promoción de opciones de vida saludable en la población de niños y jóvenes. (1)

1.2.1.3. Fortalecimiento de la participación comunitaria.

La participación social es un elemento esencial para el logro de los objetivos de la PS, por lo tanto las estrategias, mecanismos y estímulos para incrementar la capacidad de la gente de actuar y decidir sobre sus vidas, forman parte de toda agenda operativa de PS. La participación no se da sólo desde el punto de vista individual sino como proceso de la vida en comunidad.

El empoderamiento de individuos y grupos es una herramienta poderosa en promoción, y como proceso social (Wallerstein 1992) está íntimamente ligado a la participación comunitaria y a la consolidación concreta de los procesos participativos, cuestión crítica para la PS, porque no basta con el discurso y la retórica del sector salud, sino que es necesario activar los mecanismos dialógicos, crear espacios de concertación y de negociación y sobretodo, crear conciencia sobre los derechos sociales de las personas. El autoritarismo y la hegemonía de los gerentes de las instituciones de salud, va en contra de la participación comunitaria y del empoderamiento que se buscan.

Al poner en marcha acciones de participación es importante tener en cuenta la variable tiempo, sobretodo porque son procesos que no se consolidan tan rápidamente, por consiguiente, es necesario tener "*paciencia*" y no desmayar en el camino. La participación no debe concebirse sólo para fines de "*salud*" sino como parte del capital social de una comunidad y por ende, vital para su



desarrollo, lo que implica un gran respeto por la historia, la cultura y las prioridades que tenga dicha comunidad.

El término empoderamiento (empowerment) ha sido muy discutido en el idioma español, hoy sabemos que se utiliza desde el siglo XVII, así mismo, la interpretación del concepto de empoderamiento también es diversa dentro del campo de la PS; algunos lo interpretan como *“transferencia de poder”* lo que no es muy correcto porque no se trata de transferir el poder de unos a otros, sino por el contrario de crear ese poder, es decir de crear condiciones para que los individuos y los grupos comunitarios más excluidos socialmente adquieran poder de decisión y de control, sobre asuntos que les afectan su vida cotidiana. Esta es la *“capacidad de la comunidad”* para actuar con respecto a sus problemas y soluciones. La definición más aceptada de empoderamiento en el marco de la PS es la de Wallerstein (1992) que lo toma como el *“proceso de acción-social que promueve la participación de las personas, organizaciones y comunidades hacia metas de incremento del control individual y comunitario, eficacia política, mejora de la calidad de la vida en comunidad, y justicia social”*.

El empoderamiento individual que es también importante, se obtiene a través de acciones verdaderamente participativas y educativas. Se ha enfatizado en el empoderamiento individual para lograr los cambios favorables en los estilos de vida, es decir, para lograr las modificaciones personales y el incremento de las actuaciones salutogénicas del individuo, pero es claro que el empoderamiento comunitario tiene una fuerza mucho mayor para los fines de transformación de los determinantes de la salud y el bienestar, fines últimos de la PS. (1)

Los ejemplos más dicientes de participación y empoderamiento los encontramos en los movimientos de mujer a través de proyectos e iniciativas que incrementan la autoestima, la autogestión de grupos, el control de sus vidas y por ende la capacidad de hacer valer sus derecho, otros movimientos de la segunda mitad de este siglo que han aportado al desarrollo del empoderamiento son los de los ancianos, los de reivindicación de los negros e indígenas y los de integración social de discapacitados. (1).



1.2.1.4. Estilos de vida saludables.

Este componente de la agenda de Ottawa, es quizás el más aceptado y comprendido dentro de los proveedores de la atención de salud porque se relaciona con la educación para la salud, área de trabajo tradicional en el sector. Esta área tiene que ver con el concepto de estilos de vida saludables porque influye en la forma como se concibe su práctica. El concepto que prima en la doctrina actual de PS es amplio e integrador. *“El término estilo de vida se utiliza para designar la manera general de vivir, basada en la interacción entre las condiciones de vida, en su sentido más completo, y las pautas individuales de conducta, determinadas por factores socioculturales y características personales”* (Nutbeam 1996).

De acuerdo con este concepto, los estilos de vida comprenden no sólo algunos comportamientos reconocidos como saludables —ejercicio físico, dieta sana, y ausencia de consumos de sustancias dañinas—, sino también otras actitudes y prácticas tales como tolerancia, solidaridad, respeto por las diferencias y los derechos humanos, participación, etc., que inciden en la vida colectiva.

Estilos de vida de acuerdo a otro concepto representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control; desde el punto de la salud, las malas decisiones y los hábitos personales perjudiciales conllevan riesgos que se originan en el propio individuo. Cuando esos riesgos tienen como consecuencia la enfermedad o la muerte, se puede afirmar que el estilo de vida de la víctima contribuyó a ellas.

Desde el punto de vista práctico esta área de acción tampoco se puede considerar aislada de las anteriores, porque las políticas públicas saludables favorecen los cambios positivos, los ambientes están íntimamente ligados, y la participación es parte de los aspectos socioculturales que influyen en aptitudes y habilidades. No se puede exigir que una persona o grupo se interese por un cambio conductual cuando éste no forma parte de sus necesidades y



prioridades. Las estrategias y mecanismos para lograr implantar el desarrollo de aptitudes están ligados con el auto cuidado, la autogestión y el vasto campo de la educación, con enfoques muy valorados como los de Freire y enriquecidos con los adelantos tecnológicos modernos para la información y la comunicación.

Existe también el peligro que la modificación de los estilos de vida individuales y los programas que se dirigen a recomendar cómo cuidar mejor la propia salud de los clientes, se utilicen con fines lucrativos (Milio 1988). Esta corriente ha generado una serie de interpretaciones erróneas sobre el rango de acción de la PS, sin que esto le reste importancia a la prevención de riesgos y enfermedades muy prevalentes en la actualidad como son las cardiovasculares, cáncer, accidentes y violencia. Optar por conductas saludables requiere de entornos apropiados, por ejemplo un individuo que no fuma, no puede defenderse del humo pasivo en el trabajo si no existe una política institucional que le apoye su derecho a respirar aire sin humo de tabaco; una familia pobre no puede acceder a una dieta sana si no hay políticas de seguridad alimentaria y si no hay políticas educativas que le den la facultad de informarse sobre el contenido nutritivo de los alimentos disponibles, al igual que si no existen políticas de control de precios de productos alimenticios básicos; en el campo del estímulo al ejercicio físico, se han obtenido mayores logros en intervenciones saludables, sin embargo las políticas públicas de nuevo son indispensables para que exista la disponibilidad de los espacios públicos adecuados y seguros que permitan hacer ejercicio sin riesgos.

La tendencia común de culpabilizar al individuo por su enfermedad, por no hacer las modificaciones necesarias en sus comportamientos, se conoce como la de *“victimizar a la víctima”* y va contra toda la filosofía de la PS que busca cambios conscientes y razonados, no impuestos. (1)

1.2.1.5. Reorientación de los servicios de salud

La reorientación de los servicios de salud es muy discutida hoy en día por el movimiento de las reformas en los sistemas de salud, que buscan hacerlos



más eficientes y efectivos, y que hagan más prevención de enfermedades y promoción de la salud, aún cuando para este logro siguen conspirando las deficiencias en la comprensión de los conceptos, principios e instrumentos metodológicos de la PS, así como la escasez de recursos técnicos y financieros para ella.

Con respecto a la forma de operativizar la PS en los servicios de salud, ésta varía de un lugar a otro, sin embargo se puede afirmar que a pesar de existir en ocasiones la voluntad política para privilegiar el trabajo de PS en los sistemas de servicios de salud, esto no es posible por la fuerte tendencia actual a su privatización.

Esta se refleja en la orientación primordial a reforzar actividades de educación sanitaria para influir en conductas individuales y a programas de intervención en prevención secundaria y terciaria con en-foque individualista, sin considerar los alcances de salud pública que deben tener dichos programas para lograr impactos importantes en los índices de mortalidad y morbilidad.

Obviamente en el caso de los servicios de salud, es indispensable la capacitación del personal en las nuevas doctrinas de PS, para que incorporen en su trabajo, estrategias que faciliten el acercamiento entre “proveedores” con los verdaderos “promotores de la salud”, es decir, con todos aquellos actores sociales y políticos que puedan contribuir a la mejoría de la calidad y de las condiciones de vida de las poblaciones. Desde la atención primaria es posible fortalecer intervenciones de salud preventivas y promocionales, siempre y cuando se hagan con proyecciones comunitarias, es decir, para impactar la salud colectiva.

A pesar que la Carta de Ottawa se refiere a la reorientación de los servicios de salud, aquí se considera preciso hacer una lectura mucho más comprensiva y considerar a los servicios sociales en general, porque todos pueden influir en los niveles de calidad de vida y de bienestar. Entre ellos se mencionan a manera de ejemplos: los asistenciales de nutrición; los de atención a la población de ancianos y discapacitados; los de apoyo y soporte social a la



mujer; los dirigidos a la defensa de “*niños de la calle*”; los de adolescentes y jóvenes; las consejerías de familia; los de defensa de los derechos humanos; etc., todos trascendentales para alcanzar metas de equidad y desarrollo humano. Lamentablemente, estos servicios generalmente no forman parte de las reformas del sector salud y no hay una clara orientación sobre cómo influir en ellos desde este sector.

Finalmente, con relación a la agenda operacional de la Carta de Ottawa, además de las cinco áreas revisadas se incluyen tres procesos metodológicos muy importantes: el de “*mediación*”, para involucrar a todos los actores sociales y lograr su compromiso; el de “*abogacía*” (cabildeo), por causas de interés público, y el de la “*información y comunicación social*”. Estos mecanismos están implícitos en el quehacer de la PS para fortalecer los procesos que hacen posible su implantación.

De acuerdo a los cinco ejes de acción me he permitido cruzar algunos de estos para elaborar mi investigación como son: La elaboración de políticas públicas intra institucionales, mediante la creación de acuerdos y compromisos entre los escolares de primero de básica, la directora del centro educativo “Alianza Francesa”, y el responsable de la elaboración del refrigerio escolar; la creación de entornos saludables mediante la capacitación a padres, niños y maestras, sobre la importancia de la alimentación saludable y su vínculo con lo afectivo y emocional, además de la creación de un espacio para el huerto escolar y el jardín medicinal de la escuela que permita tener una “alternativa” natural; todo el proyecto fue participativo, todas las actividades fueron realizadas por los escolares, mediante las sugerencias obtenidas de cada taller, basándonos primero en un empoderamiento de los niños sobre la importancia del auto cuidado y la alimentación saludable, la diferenciación de alimentos saludables - comida chatarra y la influencia de esto sobre la salud, y segundo en la comunicación y difusión de lo aprendido con los demás niños del centro educativo y con los padres de familia mediante la técnica de niño a niño y niño a padres, la primera técnica me preemitió la generalización del conocimiento en el centro educativo y la segunda técnica la utilicé para motivación a los padre de familia en la participación del proyecto.



No me fue posible interrelacionar el quinto eje correspondiente a Reorientación de los Servicios de Salud, debido a la inexistencia del mismo, sin embargo considero apropiado dejar la puerta abierta para que en un futuro se incorpore estos servicios en el centro educativo para reforzar la capacitación.

En todo caso estos cuatro ejes de acción me permitieron mejorar los hábitos alimenticios de los niños que es considerado como parte del mejoramiento de los estilos de vida. (1)

CAPITULO 2.

2.1 FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ALIMENTACIÓN.

2.1.1 LA ALIMENTACIÓN, LO ECONOMICO Y LO POLITICO.

En nuestro país hemos pasado, en pocos lustros, de la falta de alimentación como consecuencia de la pobreza por las crisis económicas y políticas de ajuste a la malnutrición derivada de deficientes prácticas alimentarias y nutricionales. Las reducciones de los gastos públicos en salud, educación y otros servicios básicos junto con el desempleo, han afectado la tasa de malnutrición y la mortalidad asociada a ella.

No existen claras políticas alimentarias del gobierno, algunos pequeños avances se han conseguido gracias a las luchas de los movimientos indígenas, que han planteado reformas agrarias que fortalezcan la producción campesina y que en alguna medida beneficie a la calidad de alimentación. Hay algunos datos que nos dan una idea concreta del crecimiento del país, como es la producción interna bruta del país PIB, que en nuestro país presenta una variación anual del 3.30% ¹ con una inflación anual del 9.20%, y si además analizamos que el costo de la canasta básica familiar está en US 366.59 y la canasta familiar vital en US 256.61, percibiendo la mayoría de los ecuatorianos un salario básico de US 120, resulta fácil avizorar cuáles son los efectos de las políticas económicas sobre la economía del hogar.

¹ Tomado del Internet (www.inec.gov.ec)



Se hace necesaria la implementación de políticas de seguridad alimentaria, la cual es un derecho fundamental de los pueblos y se define como el acceso de todas las personas, en todo momento a los alimentos necesarios para llevar una vida sana y activa.

En este contexto, es fácil pensar que pueden proliferar formas clandestinas y / o precarias en la elaboración y comercialización de los alimentos, la alimentación influye decisivamente sobre la salud las Enfermedades Transmitidas por Alimentos (ETA), que en su mayoría tienen origen en deficiencias en los procesos de elaboración, almacenamiento, distribución y consumo de los alimentos, podrían ser de fácil prevención. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que sobre 1300 millones de casos anuales de diarrea aguda en niños menores de 5 años, de los cuales mueren de 4 a 5 millones, se calcula que hasta el 70% de estos casos es provocado por alimentos contaminados, lo que da una idea de la magnitud del problema. También estima, que a pesar del número elevado de casos de ETA que le son notificados, son una pequeña fracción de lo que ocurre en la realidad. Se calcula que en los países industrializados se informa menos del 10% de la cifra real. Para los países en vías de desarrollo algunos especialistas consideran que la relación entre la realidad y lo informado es del orden de 100 a 1.

Es importante resaltar que además de los perjuicios de salud originados, por las ETA, (morbi - mortalidad) estas generan cuantiosas pérdidas económicas, a todos los actores que intervienen en la cadena alimentaria, desde el productor hasta el consumidor. (Mermas, deterioros, desperdicios que originan rechazos, falta de competitividad, desconfianza, etc.)

Más del 25% de la oferta mundial de alimentos se pierde por contaminaciones-microbiológicas, parasitarias, químicas en cada una de las etapas que componen la llamada cadena alimentaria (producción, distribución, almacenamiento, elaboración, expendio, consumo), principalmente por esta última etapa de consumo y por su alto riesgo es necesario implementar una

estrategia para garantizar alimentos sanos para nuestros niños, mediante la elaboración de alimentos naturales y saludables.

2.2.1 SEGURIDAD ALIMENTARIA.

El problema del aseguramiento de la calidad de los alimentos es multicausal y multisectorial, en él están involucrados muchos actores, y por lo tanto depende de muchas variables. Podríamos acordar en que existen tres pilares fundamentales, uno representado por los elaboradores de alimentos (productores, distribuidores, comerciantes, etc.), quienes deben proporcionar alimentos inocuos, y hacerse responsables de lo que producen y / o comercializan; otro representado por los consumidores organizados a través de asociaciones, participando activamente y el último representado por el Estado con su responsabilidad indelegable de autoridad sanitaria, creando normas, auditando y controlando, todo el circuito de producción, comercialización y consumo de alimentos; elaborando políticas de promoción y prevención con el propósito de garantizar a todos los habitantes el acceso a alimentos seguros.



Una estrategia para disminuir las ETAS, es la incorporación de sistemas de aseguramiento de la higiene y calidad basados en la prevención y en la capacitación de los trabajadores del sector, en cada una de los eslabones de la cadena. Este tipo de sistemas como la aplicación de las Buenas Prácticas de Manufactura, (GMP), Análisis de Riesgos y Puntos Críticos de Control (HACCP), posibilitan un control en el proceso, evitando llegar al final del mismo con riesgos innecesarios.

Este tipo de sistemas es de carácter obligatorio en toda la Comunidad Económica Europea y permiten una homologación entre los productos



comercializados, además de garantizar su inocuidad. Para el MERCOSUR ya se han incorporado las GMP (Res Nro. 80/96) y el SENASA (Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria) las ha incorporado el año próximo pasado (Res 233/98).

En definitiva este tipo de sistemas de autocontrol, contribuye a garantizar la elaboración y distribución, de alimentos seguros e inocuos. Otra estrategia importante es la Difusión y Capacitación de todos los sectores de la sociedad, en temas que hacen a la Seguridad y Calidad Alimentaria, en nuestro país un paso significativo ha sido la conformación de la Tribuna del consumidor, aunque todavía no defina metas más ambiciosas para el control de seguridad alimentaría.

La agricultura y la alimentación son fundamentales para los pueblos y la gente en todo el mundo, tanto en términos de la producción y disponibilidad de cantidades suficientes de alimentos nutritivos y seguros, como en cuanto pilares de comunidades, culturas y ambientes rurales y urbanos saludables, en la actualidad se han difundido diversos programas incentivando la creación de huertos familiares, en espacios como casas, departamentos mediante diversas técnicas, como una alternativa para una agricultura sana y segura.

2.3.1 SOBERANÍA ALIMENTARIA.

Para garantizar la independencia y la soberanía alimentaria de todos los pueblos del mundo, es crucial que los alimentos sean producidos mediante sistemas de producción diversificados, de base campesina. La soberanía alimentaria es el derecho de cada pueblo a definir sus propias políticas agropecuarias y en materia de alimentación, a proteger y reglamentar la producción agropecuaria nacional y el mercado doméstico a fin de alcanzar metas de desarrollo sustentable, y a decidir en qué medida quieren ser autosuficientes evitando prácticas de 'dumping'².

² Se realiza dumping cuando un país vuelca los excedentes de su producción en un tercer país, a precios inferiores a los del mercado.



Para conseguir y preservar la soberanía alimentaria de los pueblos y garantizar la seguridad alimentaria, los gobiernos deberán adoptar políticas que fomenten una producción sustentable, basada en la producción familiar campesina, en lugar que un modelo industrial, de altos insumos y orientado a la exportación.

El llamado 'mercado mundial' de productos agropecuarios en realidad no existe. Lo que existe, ante todo, es comercio internacional de excedentes de cereales y productos lácteos y cárnicos volcados al mercado internacional principalmente por la Unión Europea (UE), Estados Unidos (EE.UU.) y otros miembros del llamado Grupo CAIRNS de países agro - exportadores. Aparte de eso, el comercio internacional en productos agropecuarios compromete solamente a un 10% del conjunto total de la producción agropecuaria mundial, y constituye fundamentalmente un intercambio entre empresas transnacionales de EE.UU., la UE y algunos otros países industrializados. Los así llamados 'precios del mercado mundial' son sumamente inestables y no guardan relación alguna con los costos de producción. Esos precios son sumamente bajos debido al dumping, y por lo tanto jamás podrán ser una referencia adecuada o conveniente para la producción agropecuaria.

El comercio internacional puede desempeñar un papel positivo, por ejemplo en tiempos de inseguridad alimentaria regional, o para el caso de productos que sólo se pueden cultivar en determinados lugares del planeta, o para el intercambio de productos de calidad. No obstante, esas normas de comercio deberán respetar el principio de precaución en todas las políticas a todos los niveles, así como reconocer los procesos democráticos y participativos en la toma de decisiones y la primacía de la soberanía alimentaria de los pueblos por encima de los imperativos del comercio internacional.

2.4.1 LA ALIMENTACIÓN Y LO SOCIAL

“Aun cuando los alimentos provienen de animales y plantas....., cuando se digieren parecen elementos muertos, (sin embargo) sus esencias permanecen vivas. La fuerza de las esencias afecta el sentimiento en todo el organismo” (Subuh Sumohadiwidjojo).



Existen otras formas de percibir el mundo que los instrumentos científicos actuales no pueden medir, pero no por eso no existen; la intuición, la energía, los estados especiales de conciencia han sido descritos por muchas culturas y son evidenciadas a través de distintos caminos espirituales. Los alimentos en un lenguaje más sutil, desde las esencias y fuerzas que hay detrás de las sustancias, toman otro significado. (2)

La forma en que viven y se cultivan plantas y animales influye en su sabor e impacta en la naturaleza de las personas que los consumen.

No tienen igual sabor la carne de pollo de campo que la de uno de criadero, no es igual comer un pez de agua dulce que uno del mar u otro criado en un estanque. Las flores cultivadas como industria pierden su aroma. Hay fuerzas más sutiles detrás de la estructura física, los sentimientos, los pensamientos, el comportamiento de los seres humanos son influenciados por la comida que ingieren. En este contexto, la realidad incluye tanto la dimensión física como una multitud de dimensiones no físicas. (Subuh Sumohadiwidjojo).

“A lo largo de la historia han existido una diversidad de grupos humanos unidos por creencias, visión, historia, y modelos de vida particulares a los que se denomina culturas. Conocer las formas de pensamiento, las creencias y principios en los que se basan las diversas culturas es fundamental para una comprensión más amplia e integral del rol de la alimentación en la vida humana”. (1)



CAPITULO 3

3.1 ESTILO DE VIDA SALUDABLE.

EL AUTOCUIDADO, NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN Y ENFERMEDADES RELACIONADAS.

3.1.1 GENERALIDADES.- A partir de los estudios realizados por Lavoisier en el siglo XVIII, la ciencia sostiene que una especie de ecuación matemática preside los procesos internos y externos de la alimentación y la nutrición que de ella se desprende. Está comprobada la importancia que tiene la alimentación en la conservación de la salud y en la propagación y estragos causados por las enfermedades.



Sin embargo el progreso alimentario mundial se ha venido desarrollando de modo imperfecto y desigual. Las informaciones actuales indican que una quinta parte de los habitantes del planeta, residentes en los Estados Unidos, la Unión Soviética y Europa, retienen unos cuatro quintos del alimento producido en los continentes, dejando sólo una mínima parte para las regiones tropicales.

Este desequilibrio adquiere caracteres dramáticos al analizar la distribución de alimentos en las zonas tórrida y templada y descubrir médicamente las consecuencias impresionantes, de la mala nutrición a la que están sujetos los habitantes del área tropical. Las secuelas enfermizas no sólo alcanzan lo orgánico sino que retardan la capacidad mental y la eficiencia de trabajo de esos seres humanos, hecho que se refleja en el desarrollo económico, social y cultural de este espacio geográfico.

La zona tórrida es el sitio de las avitaminosis cuantitativas y cualitativas, las carencias de proteínas y otras deficiencias y desequilibrios de la dieta son más importantes y abundantes. Si no puede corregirse esta situación poco puede esperarse de los progresos de la medicina y la salud pública, comprometidas en el desempeño de combatir enfermedades.

Es por estas razones que a mediados de los años ochenta, surge la idea de implementar la “atención no profesional”, que implica auto cuidado, cuidado voluntario y autoayuda todo esto dentro de lo que se considera un estilo de vida saludable.

3.2 EL AUTO CUIDADO.

El auto cuidado se refiere a las actividades de salud no organizadas y a las decisiones sobre la salud tomadas por individuos, familias, vecinos, amigos, colegas, compañeros de trabajo, etc.; comprende la automedicación, el autotratamiento, el respaldo social en la enfermedad, los primeros auxilios en un entorno natural, es decir, en el contexto normal de la vida cotidiana de las



personas. El auto cuidado es, definitivamente, el recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.*

Las acciones de auto cuidado y autoayuda asumidas por la población hacen de los profesionales y a los sistemas de servicios mas concientes de las necesidades y derechos de los pacientes.

La importancia del auto cuidado en los hábitos alimenticios durante la infancia es fundamental para la prevención de patología en los niños, las primeras etapas de la vida son fundamentales para que el individuo forme todo su sistema inmunitario y para evitarle la patología secundaria a una nutrición incorrecta.

Junto con la respiración, la nutrición es el acto más importante que condiciona la vida del organismo: efectivamente, constituye el conjunto de procesos por los que el organismo utiliza los alimentos para asegurar su existencia, su crecimiento, el funcionamiento normal de sus tejidos y la producción de energía, en condiciones térmicas determinadas. Quien habla de nutrición, habla de asimilación, es decir un conjunto de fenómenos de síntesis a escala celular, por vía enzimático esencialmente, cuyas reacciones bioquímicas que los traducen absorben generalmente energía: en pocas palabras, esta asimilación es el término último de trabajo de la digestión, según el cual las sustancias asimiladas, se combinan con los elementos contenidos en las células para permitirles realizar su función en la economía orgánica. (3)

Graves escribió hace más de 100 años: “Cuando la alimentación no es suficiente o el alimento es inadecuado o incompleto, hay predisposición a enfermar en el hombre, debido al efecto debilitante en el sistema”.

3.3 RESEÑA HISTÓRICA.

• Hatch S. And Kickbusch. I. (Eds.) Self-Help and Health in Europe. WHO, Regional Office for Europe,



Desde épocas ancestrales el hombre tuvo que alimentarse para poder subsistir, y la alimentación partió de la premisa de encontrar alimentos que facilitarían por una parte el mantenimiento de sus procesos vitales y por otra que lo curaran.

Es así que en la Biblia ya se encuentran ciertas recomendaciones sobre alimentación, y sugiere un concepto de salud más allá de lo que significa extirpar tumores, saturar vasos, detener hemorragias, reemplazar válvulas y órganos, y recetar medicamentos.

“La sanidad es el reajuste del individuo al orden divino de la naturaleza, y el regreso al abrigo de sus sabias leyes” (Paracelso)*.

La historia muestra además una relación cercana entre la comida de una población y los cambios sociales y fisiológicos que se generan en ella, un ejemplo de esto fue la invención del fuego y la preparación de alimentos cocidos a partir de esto. Otro ejemplo de esto es la variación de los métodos de recolección de las cosechas, primero el hombre utilizó las manos pero al encontrarse con terrenos duros empleó otros instrumentos como el azadón y el arado, utilizados hasta nuestros días.

Para comprender a la alimentación y su relación con la salud hay que trascender los nutrientes y las calorías, es necesario dimensionar la interrelación de diferentes aspectos como el económico, político, social, tal es así que las grandes transformaciones sociales y económicas se reflejan en la comida, un ejemplo claro es la forma de comer en la actualidad, el ritmo apresurado de vida nos han llevado a ingerir alimentos listos para consumir, cuyo contenido nutricional deja mucho que desear, olvidándonos de la ingesta de alimentos frescos, listos para el consumo y eliminando un espacio importante de comunicación como es la cocina, la mesa, sitios importantes de intercambio de saberes, de afectos. (2)

* Copenhague, 1983.



En la comida está implícita la íntima conexión con el ambiente, con factores religiosos, ceremoniales y espirituales. La comida es un medio que comunica con un lenguaje propio y toca emociones que impactan en el ser humano, a quien no le ha ocurrido que el “sabor” de una comida preparada rápidamente (Comúnmente llamada comida hecha de mala gana) varía notablemente de aquella a la cual le asignamos más atención en su preparación.

“La comida ha sufrido procesos de sofisticación, pero en la actualidad también se evidencia un retorno a las raíces, a los valores y principios que, ignorados por mucho tiempo, hoy son vigentes por la integralidad con la que fueron planteados. La conexión con el entorno y lo sagrado por un lado, y con la tierra que nos brinda el alimento para conservar la vida por el otro, están presentes en muchas culturas. A través de ritos y ceremonias en que se ofrecen los mejores frutos de la tierra a los dioses, y conociendo el lenguaje de la misma, muchos pueblos han aprendido a respetarla, concientes de la íntima relación e interdependencia que guardan con ella.” (2)

3.4 LA SECUENCIA ALIMENTARIA.

A medida que las fuentes de producción de alimentos se alejan de la boca del consumidor, como ocurre en las áreas urbanas, se produce un incremento en el costo de estos alimentos, además de una multiplicación en los riesgos biológicos que esto significa sin son o no convenientemente conservados y manipulados (lavado y cocción).

Sin embargo, esta regla tiene sus excepciones como es el caso de la hidatosis, en donde la faena sin control sanitario conlleva el riesgo de esta infección.

3.5 FACTORES QUE REGULAN EL CRECIMIENTO.



El crecimiento implica la biosíntesis de moléculas complejas a partir de otras más simples, con el aumento en número y tamaño de células, y el agrandamiento de órganos y sistemas, que se traducen en el incremento de la masa corporal total.

En el complejo proceso de crecimiento, participa una serie de factores relacionados con el medio ambiente y con el propio individuo. En algunas circunstancias dichos factores favorecen el crecimiento, mientras que en otras lo retrasan.

La detención o retraso del crecimiento puede ser consecuencia directa de un factor dado. Por ejemplo la privación nutricional produce detención del crecimiento por falta del material necesario para la formación de nuevos tejidos. En cambio, la falta de higiene puede afectar en forma directa el crecimiento, entre otros mecanismos, por la contaminación de las fuentes de provisión de agua, con la aparición de cuadros infecciosos que generan desnutrición y afectación concomitante del crecimiento.

En forma general pueden agruparse los factores que regulan el crecimiento, de la siguiente manera:

Factores nutricionales: se refiere a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo.

Factores socioeconómicos: es un hecho conocido que los niños de clases sociales pobres crecen menos que aquellos pertenecientes a clases sociales más favorecidas. Si bien este fenómeno responde a una asociación multicausal, el solo hecho de contar con pocos recursos económicos tiene implicancias sobre el crecimiento. Esta situación tiene carácter extensivo a la población de recién nacidos de regiones pobres, donde la incidencia d recién



nacidos de bajo peso es significativamente mayor en los países en vías de desarrollo.

Factores emocionales: se relacionan con la importancia de un ambiente psicoafectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento. Los estados de carencia afectiva se traducen, entre otras manifestaciones, en la detención del crecimiento.

Factores genéticos: ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aun entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos. En algunas circunstancias pueden ser responsables de la aparición de enfermedades secundarias a la existencia de aberraciones en la estructura de los genes.

Factores neuroendocrinos: participan en el funcionamiento normal de un organismo. Su actividad se traduce en el efecto modulador que ejercen sobre funciones preexistentes. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden manifestarse a través de una aceleración o retraso del proceso de crecimiento y desarrollo. Todas las hormonas y factores que regulan el crecimiento y ejercen su acción a través de mecanismos específicos y a edades determinadas de la vida, tanto en la etapa de crecimiento prenatal como en la postnatal.

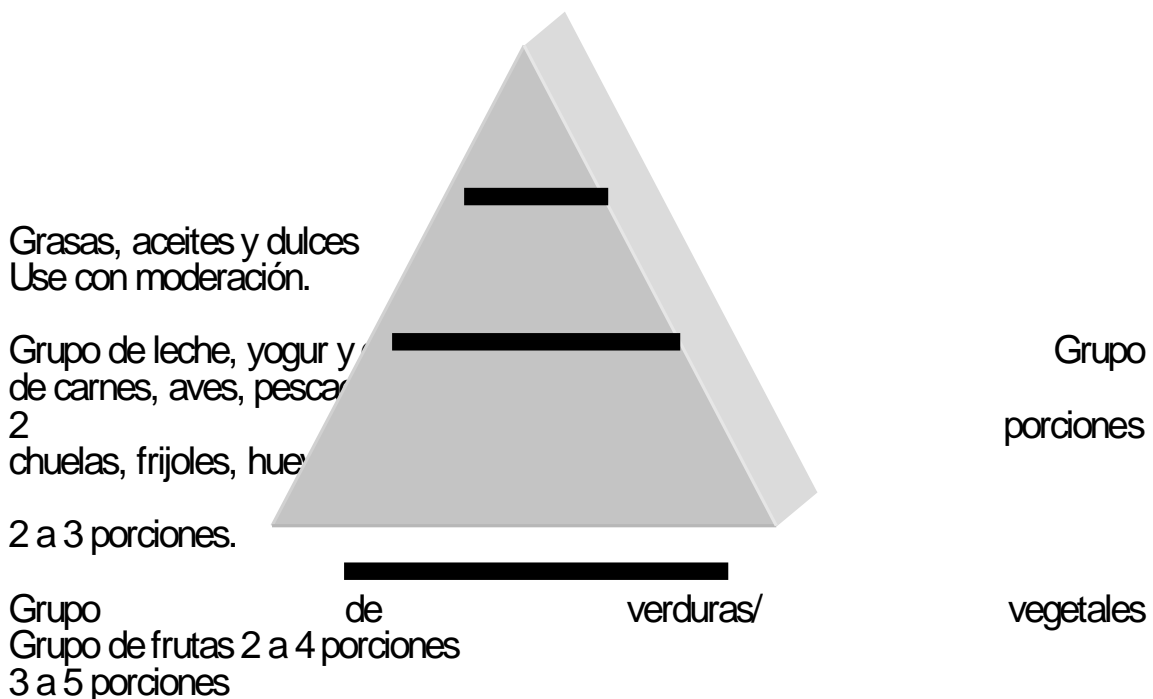
De los diferentes factores expuestos es muy importante actuar sobre el de más fácil vulnerabilidad, como es el factor nutricional, debido a que la mayoría de las veces, la desnutrición está muy ligada a la falta de conocimiento, sobre la importancia de la alimentación y su repercusión en la salud (Pirámide alimentaria).

3.6 LA PIRÁMIDE ALIMENTICIA.

La Pirámide Alimenticia es una guía práctica que hace énfasis en los alimentos de los cinco grupos diferentes. Es flexible y realista, y está recomendada para todas las personas sanas de los dos años de edad en adelante.

Siguiendo los consejos de la Pirámide, los niños obtienen de los alimentos los nutrientes y la energía que necesitan para crecer y gozar de buena salud.

La Pirámide muestra la variedad de alimentos dentro de cada grupo, y el número de porciones adecuadas para los niños. La mayor parte de los niños mayores de dos años, necesitan el número mínimo de porciones de cada grupo alimenticio.



3.6.1 INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE ALIMENTOS.

Para que el crecimiento del niño se desenvuelva normalmente, es indispensable contar con el aporte de una dieta adecuada en cuanto a calidad, cantidad y proporción armónica de sus componentes.



Los alimentos, al ser ingeridos, aportan los nutrientes que permiten la formación y mantenimiento de los tejidos, el funcionamiento de los órganos y la provisión de la energía para la vida.

En la naturaleza existen seis tipos de nutrientes: proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua. Cada uno de ellos desempeña una función específica en el organismo, a saber:

Función energética. Provee la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo. Comprende carbohidratos con un aporte de 4 cal* por cada gramo, grasas con aporte de 9 cal por cada gramo y las proteínas con un aporte de 4 cal por cada gramo que por su utilización compleja es de reserva.

Función plástica. Provee el material para la formación de tejidos y órganos; son los ladrillos con que se constituye el cuerpo. Comprende proteínas de origen animal o vegetal y además algunos minerales. 100gr de carne contienen de 18 a 22 g de proteínas, además de hierro, zinc y vitamina B. Un huevo provee 6 g de proteínas. Legumbres (lentejas) alrededor del 20% de su composición en proteínas, soja 30% y menos del 10% vegetales de hoja y cereales.

Función reguladora. Favorece el desarrollo de las funciones plásticas y energéticas. Comprende frutas y verduras que proveen minerales (potasio, calcio, hierro, zinc, cobre, flúor) y vitaminas (A, C, ect.)

3.6.2 Hidratos de Carbono.

Han de proporcionar entre el 50 – 60% del valor calórico de la dieta. Se incluyen: pan, cereales, pastas alimenticias, legumbres, verduras y frutas. Pueden clasificarse en: simples como azúcar, miel y productos elaborados con azúcares (no debe constituir más del 10% del aporte calórico), y complejos; estos últimos pueden ser almidones, entre los que se incluyen el pan, los cereales y la patata, y la fibra alimentaria que puede encontrarse en las

* Cal es la cantidad de calor necesario para la degradación química de los alimentos.



verduras, hortalizas, frutas, cereales integrales, pan integral y legumbres. La fibra alimentaria ha cobrado gran interés ya que tiene efectos beneficiosos para el organismo.

3.6.3 Proteínas.

En una dieta equilibrada han de aportar el 10 – 15% del valor calórico, y su procedencia ha de ser: vegetal y animal, en idéntica proporción , ya que el valor biológico según la fuente no es el mismo.

Los requerimientos diarios medios serán: 23 gr. en niños de 1 a 3 años y de unos 30 gr. en los de 4 a 6 años.

Las proteínas aportarán aminoácidos, algunos de los cuales tienen la propiedad de ser “esenciales”, es decir, han de ser aportados por la dieta ya que el organismo infantil no es capaz de sintetizarlos; estos, como los que no se incluyen en tal denominación serán necesarios para un normal crecimiento y desarrollo puesto que la función primordial de las proteínas será la plástica, que implica un determinante papel en la elaboración de nuevos tejidos. Además participan en numerosos procesos vitales como la inmunidad (Los anticuerpos son gammaglobulinas, a fin de cuentas un tipo de proteína), la oxigenación (Necesarias para la formación de hemoglobina como transportadora) y un largo etcétera.

Entre las proteínas de origen animal, tendremos las que aportan: carnes en general incluidas aves, pescados, huevos y lácteos. Las vegetales se obtendrán de: pan, cereales, legumbres, frutos secos y verdura.

3.6.4 Lípidos.

Deben aportar entre el 30 y el 35% de las calorías y además de la función energética tienen importantes funciones relacionadas con el aporte de ácidos grasos esenciales (Linoleico, linolenico, y araquidónico) y vitaminas liposolubles entre otras.



Los alimentos que contienen grasa pueden ser clasificados en función de su composición predominante en cuatro grupos, según contengan:

Ácidos grasos saturados: Carnes, embutidos, huevos, lácteos, vísceras, pan de molde.

Ácidos grasos monoinsaturados: Aceite de oliva.

Ácidos grasos poliinsaturados: Pescados, aceites vegetales.

Colesterol: Huevos, vísceras, carnes, quesos, flan, natillas, embutidos.

Hoy día se plantea como una necesidad de primer orden el controlar la ingesta de ácidos grasos saturados ya que estos favorecen el aumento de colesterol en sangre, además de un consumo excesivo de aquellos alimentos que los contienen.

Es recomendable, a el incrementar el consumo de grasa monoinsaturada y de ácidos grasos poliinsaturados, de tal manera que predominen los primeros, seguido de poliinsaturados y por último no más del 10% del total de energía de los saturados.

También reducir el huevo a tres a la semana y evitar excesos con alimentos ricos en colesterol.

3.6.5 Vitaminas.

Son nutrientes necesarios para el organismo, quedando cubiertas sus necesidades con una dieta variada. Se clasifican según solubilidad en: hidrosolubles y liposolubles. En las siguientes tablas se recogen los datos más relevantes de ambos tipos de vitaminas.

Vitaminas hidrosolubles.	
Denominación	Fuentes alimentarias
Vitamina B ₁ (Tiamina)	Cereales integrales, legumbres, carnes.



Vitamina B ₂ (Riboflavina)	Huevo, leche y derivados.
Vitamina B ₃ (Niacina)	Carnes, pescados, legumbres y cereales integrales.
Vitamina B ₆ (Piridoxina)	Cereales integrales, hígado, carnes, frutos secos, frutas (plátano)
Vitamina B ₉ (A. Fólico)	Hígado, vegetales de hoja.
Vitamina B ₁₂ (Cianocobalamina)	Carne
Vitamina C (Acido Ascórbico)	Frutas (cítricas) y verduras.
Vitaminas liposolubles	
Vitamina A (retinol)	Leche, huevo, hígado, pescado y vegetales.
Vitamina D y D ₃ (Calciferol y colecalciferol)	Leche y derivados, radiación solar.
Vitamina E (Tocoferol)	Aceites de semillas y frutos secos, cereales y huevos.
Vitamina K (antihemorràgica)	Verduras de hoja, tomates, coles, y frutas.

3.6.6 Minerales.

Tienen un destacado valor nutricional, siendo la mayoría de ellos imprescindibles para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño.

En la tabla se detallan :

Minerales.	
Mineral	Fuentes alimentarias
Calcio	Leche y derivados, frutos secos, legumbres, otros.
Fósforo	Carnes, pescados, leche, legumbres, otros.
Hierro	Carnes, hígado, legumbres, frutos secos.
Fluor	Pescado de mar, agua potable.
Yodo	Pescado, sal iodada.
Zinc	Carne, pescado, huevos, cereales integrales, legumbres.
Magnesio	Carne, verduras, hortalizas, legumbres, frutas, leche.

3.7 NUTRICION EN EL PREESCOLAR Y ESCOLAR.



En la etapa preescolar, considerada desde los 2 años a los 6 años, y en el período escolar, desde los 7 años hasta la pubertad, se produce una desaceleración de la velocidad de crecimiento lineal en relación al incremento en el desarrollo durante el primer año y durante la adolescencia. En esta edad se crean los hábitos sociales, familiares y ambientales y se adquieren las costumbres dentro de la propia cultura en que el niño vive. Es la edad ideal para establecer pautas de comportamiento saludables; debe establecerse un horario regular, teniendo especial importancia el desayuno y el resto de las comidas bien organizadas para conseguir alcanzar los requerimientos energéticos diarios. Es preciso que las comidas sean satisfactorias para el niño, creándole un ambiente agradable, lo que no siempre se consigue.

Muchas veces hay que convencer a las familias que los requerimientos diarios son los que debe comer el niño y no lo que los padres creen.

Para calcular la energía diaria necesaria hay que considerar el metabolismo basal, los requerimientos complementarios para mantener su actividad y su crecimiento, y las pérdidas derivadas de la termogénesis, siendo en esta edad más escaso el panículo adiposo. Puede considerarse, según la OMS y el Subcomité de Alimentación y Nutrición, que de 1 a 3 años de edad se precisa 1300 Kcal. / día (102 Kcal. / Kg. de peso); de 4 a 6 años son necesarias 1800 Kcal. / día (90 Kcal. / Kg. de peso) y de los 6 a los 10 años 2000 Kcal. / día (70 Kcal. / Kg. de peso). Estas cantidades están aceptadas en la actualidad por todos los Organismos Internacionales responsables de esta materia.

En estas edades se han establecido los siguientes requerimientos de proteínas: De 1 a 3 años, 1.2 gr. /Kg. / día; de 4 a 6 años, 1.1 gr. /Kg. / día; y entre los 7 y los 10 años de edad, 1.0 gr. /Kg. / día. El aporte de Ca tiene el doble objetivo de contribuir al incremento de la masa ósea y de evitar la hipoplasia del esmalte dentario; oscila la cantidad desde los 1400 mg. diarios que recomienda la conferencia de consenso NIH (1994) hasta los 800 mg. diarios que propone RDA (National Research Council, 1989). Las necesidades de hierro se estiman , hasta los 10 años, en 10 mg. / día, con los aumentos posteriores de 2 mg. /



día en relación al crecimiento y 5 mg. / día en las niñas al aparecer la menarquia. Las recomendaciones de Zinc están en 10 mg. / día, con aporte más bajos pueden encontrarse valores de la talla por debajo del percentil 10. Con el flúor hay que tener en cuenta la fluorización del agua de bebida, estimándose las necesidades entre 0.9 mg. / día y 1.7 mg. / día dependiendo del aporte de flúor del agua.

Es necesario insistir en la conveniencia del desayuno con los padres, se ha demostrado según Ballabriga, que el no tomar el desayuno supone no cubrir ni los dos tercios de las recomendaciones diarias para minerales y vitaminas.

En esta edad deben tenerse en cuenta los factores de riesgo para prevenir la aterosclerosis.

3.7.1 FUNDAMENTOS DE UNA BUENA NUTRICION PARA NIÑOS PEQUEÑOS.

Una nutrición adecuada empieza con los alimentos que se compran en el mercado, tienda o supermercado, y continúa en la casa, cuanto se prepara y sirve las comidas. Al darle al niño un comienzo sano con buenos hábitos alimenticios, constituye a que goce de buena salud durante toda la vida.

Además de la nutrición adecuada, su niño necesita la actividad física para gozar de buena salud durante toda su vida. La actividad física no sólo le abre el apetito a su niño, sino que además le ayuda a desarrollar el sentido de bienestar y confianza. Jugar a la pelota, saltar la soga, cavar en la arena, o empujar un carrito de juguete, son sólo algunas formas activas y divertidas mediante las cuales los niños juegan y aprenden.

A medida que los niños crecen y se desarrollan , empiezan a observar cómo escoger sus alimentos. A menudo, los pequeños copian de los demás sus hábitos alimenticios. Cuando se eligen los alimentos apropiados, sus acciones expresan más que sus palabras.



Una gran variedad de alimentos dan a los niños pequeños la nutrición necesaria para desarrollar un cuerpo fuerte y gozar siempre de buena salud. La comida les da además la energía que necesitan para crecer normalmente, jugar, aprender y explorar el mundo que les rodea.

La mejor manera de darle a un niño que está creciendo la nutrición que necesita es ofreciéndole una variedad de alimentos sabrosos.

Una gran variedad de alimentos forman parte de los cinco grupos alimenticios diferentes. Cada grupo contribuye a la nutrición de una manera especial, y cada nutriente tiene ciertas funciones en el cuerpo.

Los alimentos de todos los grupos actúan juntos para dar la energía y los nutrientes necesarios para la salud y el crecimiento. Ninguno de estos grupos es más importante que el otro. Para gozar de buena salud el adulto y el niño, necesitan de todos ellos.

Además en la etapa de vida de preescolar en los niños se observan cambios en los hábitos cotidianos que influirán decisivamente sobre el niño. Son destacables las siguientes circunstancias:

Tras el primer año de vida se observa un enlentecimiento del crecimiento, con una disminución de los requerimientos nutricionales. Esto favorece la pérdida de apetito.

La actividad física es muy variable de unos niños a otros niños, lo cual implica mayores o menores requerimientos nutricionales por este concepto.

La escasa dentición limita el triturado de ciertos alimentos; han de seguir evitándose alimentos no tolerados por el aparato digestivo del niño. La aparición de una conducta alimentaria caracterizada por preferencias y aversiones que cambian continuamente, que pueden conducir, en ocasiones, a dietas carentes de algunos nutrientes.



Progresivamente se va produciendo una menor dependencia familiar, y la escolarización impone cierta autonomía en relación a diversas costumbres, incluida la alimentación. Es una etapa importante para fijar hábitos saludables. Habrá que recomendar una dieta equilibrada que tenga en cuenta los requerimientos energéticos, de principios inmediatos, minerales, vitaminas y agua.

3.7.2 ESTRATEGIAS PARA UNA ALIMENTACIÓN CORRECTA.

¿Cómo saber si el niño come suficiente?

Los niños comen cuando tienen hambre, y normalmente dejan de comer cuando se sienten satisfechos. Algunos padres se preocupan porque les parece que los niños pequeños consumen muy poca cantidad de comida, especialmente si se compara con los adultos. Un niño que está creciendo bien, está comiendo lo suficiente.

Para darse cuenta del patrón alimenticio de su niño, preste atención a los alimentos que escoge. Asegúrese de que ningún grupo alimenticio quede excluido. Si esto ocurre durante un par de días, no es preocupe. Sin embargo, si su niño continuamente no consume los alimentos de un grupo determinado, esto podría hacer que no obtenga los nutrientes que necesita.

Anime también a su niño a que se arriesgue y pruebe alimentos de cada grupo. Aún dentro de un mismo grupo, los diferentes alimentos aportan diversos nutrientes.

Tenga precaución de no proporcionar alimentos demasiado azucarados, ya que estos tienden a dar sensación de saciedad con pequeñas cantidades.

Las porciones de adultos pueden ser demasiado para los pequeños. Es más fácil que el niño acepte la comida si se le ofrece una porción adecuada para él.



Sirva un cuarto o un tercio de la porción para adultos, o una cucharada por cada año de edad del niño. Sírvale menos cantidad de la que usted piensa que va a consumir. Deje que el niño pida más si aún tiene hambre.

Existen algunas causas para que los niños no quieran comer:

No necesitan más alimentos

No les interesan los alimentos

Problemas psicológicos

Enfermedades.

3.7.2.1 No necesitan más alimentos.

En vista que las medidas son menores que la de un adulto, necesitan menos calorías que un adulto para movilizar su cuerpecito más pequeño, por lo que las cantidades que deberá consumir serán menores que la de un adulto.

Tradicionalmente en nuestra cultura, se considera que “un niño gordo es un niño sano”, concepto que probablemente se origina en la idea: “No estar desnutrido significa salud y defensa contra las enfermedades.” Sin embargo, existen muchos niños que son genéticamente delgados y de poco apetito que por otra parte son muy sanos y activos. Sus requerimientos calóricos son constitucionalmente menores que de otros niños.

Los niños que consumen pocas calorías, debido a que realizan pocas actividades, como por ejemplo cuando se mantienen encerrados en casa viendo televisión o jugando videojuegos, tienen escaso apetito pues sus requerimientos también lo son.

El estómago de los niños es más pequeño que el de los adultos y por ello las porciones para adultos pueden ser demasiado grandes para ellos.

Algunos niños pierden el apetito simplemente porque están sobrealimentados. Reciben enormes cantidades de alimentos que cubren o sobrepasan sus



requerimientos nutricionales diarios, por lo que desprecian los otros alimentos que les ofrecen, debido a que es imposible agregar mayores volúmenes a una dieta que ya los tiene de sobra.

A partir del primer año de edad, ocurre una desaceleración del crecimiento que se acompaña de una disminución fisiológica del apetito.

Las comidas fuera del horario acostumbrado, en especial las golosinas o “chucherías” incorporan calorías adicionales que aumentan sus niveles de energía y disminuyen notablemente su apetito. Cuando reciben estos alimentos antes de una de las comidas principales, no ingerirán las cantidades acostumbradas. Esto resulta particularmente cierto en casos en los que las madres, preocupadas porque sus niños no comen lo que ellas consideran necesario, terminan ofreciéndoles “bocadillos” con la intención de evitar la desnutrición, pero lo que realmente logran es disminuir aún más su apetito.

3.7.2.2 No le interesan los alimentos.

Los niños, al igual que muchos adultos, requieren ciertas normas de disciplina y conducta. Los cambios frecuentes en los horarios o lugares donde se alimenta un niño pueden alterar sus costumbres, haciéndolo perder el interés por los alimentos.

La mayoría de los niños están más interesados en jugar y explorar que en comer. Para ellos la hora de la comida solo constituye una “pérdida de tiempo”. Por otra parte, sus lapsos de atención son menores que los de los adultos y están interesados en cosas diferentes. Por esto podemos afirmar que simplemente están interesados en cualquier cosa excepto la comida.

Muchos niños presentan “manías en el comer”. Sólo aceptan el mismo alimento, comida tras comida. Estas manías son causadas por madres que prestan demasiada atención a la alimentación de los niños. Ante el primer rechazo de su niño por determinado alimento y por temor a no verlo pasar de hambre o que se desnutra, corren a prepararle sus comidas preferidas, con lo



que sólo se acentúan su comportamiento: el niño llorará y rechazará cada nuevo alimento, sabiendo que mientras más lllore y más se resista a comerlo, más rápidamente le prepararán su plato preferido y mientras más caso se le preste, más insistirá en comer sólo ciertos alimentos.

3.7.2.3 Problemas psicológicos:

Los seres humanos comemos para alimentarnos, no para complacer a nuestras madres. Muchas madres necesitan que sus niños engorden con la intención de obtener seguridad, reconocimiento a sus labores, agradecimiento y gratificación . La negativa del niño a comer no significa que rechace a la madre. En estos casos el problema básico es de tipo emocional: la ansiedad de la madre se traduce por procedimientos que inventa para lograr que su niño se alimente, tales como: súplicas

o amenazas, juegos y distracciones, sobornos, fuerza o violencia, a los que el niño reaccionará con mayor pérdida del interés por la comida. Por otra parte, su natural reacción será oponerse a la autoridad materna y buscará recursos para controlar el ambiente familiar, llamando más aún la atención por medio de su aparente pérdida de apetito.

Muchos casos de pérdida o disminución del apetito obedecen al recuerdo de eventos desagradables relacionados con el momento de la alimentación. Algunas madres cometen con cierta frecuencia el error de obligar a comer a su niño en el curso de una enfermedad aguda que cursa con pérdida de apetito. Estos eventos desagradables serán recordados por el niño, quien reaccionará con desinterés o rechazo por los alimentos.

Las niñeras o sirvientas que en muchos casos deben ocuparse de la alimentación infantil, generalmente son víctimas de una infancia sufrida, quienes trasladan sus conflictos y frustraciones al niño bajo su cuidado. Estas personas fuerzan la alimentación del niño de acuerdo a los deseos de la patrona, lo que puede originar rechazo a los alimentos, a la niñera e incluso a la madre.



3.7.2.4 Porque están enfermos.

Prácticamente todas las enfermedades producen, además de sus síntomas característicos, una verdadera inapetencia o inapetencia de origen orgánico. Determinadas afecciones producen particularmente una marcada pérdida del apetito como por ejemplo: las infecciones agudas, la anemia por deficiencia de hierro y muchos trastornos renales.

Esta inapetencia puede observarse desde antes que se inicien los síntomas de la enfermedad, durante el período sintomático y puede persistir hasta un tiempo después que los síntomas hayan desaparecido.

Tomando en cuenta que en los primeros años de vida los niños se enferman repetitivamente, llegando a veces a sufrir 6 infecciones por año, y que los períodos de incubación, sintomático y de convalecencia pueden persistir hasta por unos 20 días, se podrá entender porqué algunos niños se mantienen con poco apetito durante casi todo el año.

El temor a las enfermedades, y a sus posibles complicaciones o secuelas, hace pensar a todas las madres que la pérdida del apetito de su niño se debe siempre a una enfermedad, que amerita consultar al médico y practicar exámenes complementarios, pero lo usual es que la inapetencia sea causada por los factores mencionados anteriormente, por lo que resultaría simplista y hasta peligroso atribuir la inapetencia siempre a alguna enfermedad.

3.8 ALIMENTACION DESDE LA TRADICIÓN ANDINA.

Las culturas tradicionales y la andina presentan cosmovisiones completamente distintas, la andina comprende una visión holística del ser humano, interrelacionado con el medio ambiente, con la pacha mama, con el espíritu, con lo trascendente, y considera además el principio de lo cálido y lo fresco en la alimentación, en donde la comida forma parte de la vida y de la salud cotidianamente.



3.8.1 EL PRINCIPIO DE LO CÁLIDO Y LO FRESCO.

La cultura andina históricamente ha mantenido el principio, de los opuestos equilibrados, tanto en el manejo de las plantas medicinales, como en la clasificación de los alimentos. Sin embargo, existen evidencias históricas de que el principio de alimentos calientes y fríos fue traído por los conquistadores. Este sistema binario caliente – frío está difundido por el mundo, lo encontramos en países como China, India, Filipinas, Malasia, Egipto, entre otros. (Ortega)

Los alimentos de naturaleza cálida aportan calor y fuerza al organismo, mientras que los de naturaleza fresca eliminan calor. Esta forma de clasificar los alimentos de la cultura andina resulta en la búsqueda de “opuestos equilibrados” que se aplica tanto para el manejo de plantas medicinales, como para el de alimentos.

En el momento de consumir los alimentos se debe tomar este equilibrio en cuenta, pues el exceso de alimentos cálidos o frescos puede llevar a malestares y enfermedades.

En el caso de los alimentos cálidos su consumo en exceso produce sudor, ardor gástrico, diarreas calientes, estreñimiento, inflamaciones estomacales, inflamaciones renales, problemas hepáticos, hemorroides, dermatitis y procesos infecciosos en general. Estos estados de malestar influyen también en las emociones provocando irritabilidad y cólera. En el caso de los alimentos de naturaleza fresca, su consumo en exceso produce pesadez, cólicos, flatulencia, cansancio, fatiga, debilidad y diarreas muy líquidas. En cuanto a los trastornos en el plano emocional estos reflejan una carencia de energía y se presentan en forma de tristeza y nostalgia. (2)

Alimentos frescos

Azúcar blanca
huevo
Arveja
Berro
Avena

Alimentos cálidos

Yema de
Aceite
Ajo
Ají



Carne de cuy
dulce
Carne de cabra
Cebada
Trigo
Pescado
Culantro
Perejil
Naranja
Papa
Manzana
Oca
Maíz
Nabo silvestre
buena

Pimienta

Tabaco
Paico
Queso de cabra
Ruda
Canela
Orégano
Maíz rojo
Mantequilla
Plátano
Manteca
Azúcar morena
Hierba

El maíz por ejemplo, contiene hidratos de carbono y un contenido de proteínas llamado zeína, vitaminas y minerales, al combinarlo con chocho y habas, tostarlos en tiesto de barro o someterlos a procesos de fermentación se obtienen proteínas completas.

El ají además de condimento de las comidas, fue utilizado como conservador de alimentos perecibles, como medicina natural por su efecto antiparasitario y en agricultura como insecticida.

La quínoa, tanto en grano como su planta, presentan alto contenido proteico y buena cantidad de minerales, las hojas eran consumidas como una delicada hortaliza.

El paico era incluido en la elaboración de sopas, que además de alimentar servía para prevenir infestaciones por helmintos.

Estos son apenas unos pocos alimentos que la cultura andina utilizó para “comer curándose”.

3.9 PRINCIPALES ENFERMEDADES RELACIONADAS CON LA MALA NUTRICIÓN.



La nutrición no es solamente el estudio de los mecanismos celulares de la asimilación de los nutrimentos; se presenta igualmente como la de los propios alimentos, del equilibrio que debe establecerse entre el aporte alimenticio y los consumos del organismo y, finalmente, de las propias enfermedades celulares donde la química de la digestión está alterada por un mal funcionamiento.

El estado de enfermedad es la resultante de una serie de factores causales tanto de orden biológico como psicosocial y ambiental, que encadenados entre sí producen una alteración determinada. El conocimiento de estos factores, y la intervención preventiva para evitar un daño, es decir, la ruptura de esta cadena en algunos de estos eslabones, forman parte de los enfoques clásicos en la atención materno infantil.

No todos los individuos tienen la misma probabilidad de enfermar o morir, sino que para algunos ese riesgo es mayor que para otros, en tal virtud se supone que se deberá cuidar más la salud de aquellos más vulnerables, con mayor riesgo.

La gran mayoría de los problema de salud del niño son de causa postnatal, y producen un retardo de crecimiento o de peso, por lo que es necesario reconocer la causa, la más frecuente en nuestro medio la desnutrición, que en un futuro puede agravarse debido a problemas de trastornos alimentarios como son la anorexia y la bulimia, que por la influencia de los “modelos actuales” impuestos por los medios de comunicación, han ido ganando territorio.

3.9.1 DESNUTRICIÓN.

Debido en general a un aporte alimenticio insuficiente y que se traduce en una pérdida de peso consecutiva a una atrofia global de todos los tejidos, de la cual la caquexia es la forma extrema. Es el problema más frecuente en la región, por ello es necesario encuadrarlo en un marco referencial:

Según etiología.



- Desnutrición primaria: síndrome de déficit nutricional por falta de alimentos.
- Desnutrición secundaria: debida a enfermedades que alteran el estado nutricional.

Según el tiempo de evolución.

- Enfermedad aguda de cierta duración que repercute en cierto grado sobre el estado nutricional del niño. Es transitorio con respuesta positiva compensatoria siempre y cuando no se sumen injurias al medio ambiente en el que vive.
- Enfermedad crónica que compromete el proceso de crecimiento, con mínimas posibilidades de compensación del déficit, compromete también el desarrollo del niño, ya que complica el aprendizaje del niño en la edad escolar.

Según el medio en el que vive el niño.

- Desnutrición rural, es característica de comunidades tradicionales, que viven en condiciones de extrema pobreza, afecta a niños mayores de un año, ya que la lactancia materna les garantiza un crecimiento natural hasta esa época.
- Desnutrición urbana, es características de comunidades de formación más o menos reciente, producto de migraciones, que están sometidos a fenómenos de transculturación y afectan a los niños a toda edad, debido a que la leche materna se les suspende tempranamente.

3.9.2 OBESIDAD.- Ubicada al otro extremo por el exceso de alimentación. Si bien la obesidad no es tan frecuente como la desnutrición, es un problema de importancia creciente. La obesidad en la infancia implica un alto riesgo de



presentar en la adultez problemas vasculares como hipertensión arterial, infarto del miocardio, arteriosclerosis), por lo que el riesgo de muerte es mayor en esos individuos.

Además en la niñez y adolescencia es un factor que influye en el desarrollo psicosocial, por lo que su acción preventiva se requiere a corto y largo plazo.

La obesidad puede ser primaria o secundaria. La obesidad secundaria se debe a enfermedades hormonales o metabólicas y siempre va acompañada por un retardo de crecimiento en la talla. En la obesidad primaria, en cambio, el crecimiento de la talla es normal o alto. Por lo tanto, no se debe pensar en enfermedad hormonal o metabólica ante un niño obeso, si el niño es alto o si el crecimiento de su talla es normal.

La mayoría de los casos de obesidad es por causa primaria y se debe a un conjunto de factores como genéticos, medioambientales, y culturales.

Debe explicarse a los padres que ser obeso no es sinónimo de ser sano y que la sobrealimentación no garantiza mejor salud. Debe equilibrarse la ingestión, modificando pautas alimentarias y ofreciendo un aporte calórico adecuado que lleve al niño a un peso adecuado para su edad y talla. Si los padres del niño son obesos o tienen antecedentes de enfermedad cerebro vascular, infarto de miocardio o hipertensión, la necesidad de que el niño requiera de una dieta estricta es aún mayor.

3.9.3 ANOREXIA- Es una alteración grave del comportamiento alimentario que se caracteriza por el rechazo a mantener el peso corporal en los valores mínimos normales.

Generalmente la pérdida de peso se consigue mediante una disminución de la ingesta total de alimentos. Aunque los anoréxicos empiezan por excluir de su dieta todos los alimentos con alto contenido calórico, la mayoría acaba con una dieta muy restringida, limitada a pocos alimentos. Existen otras formas de



perder peso, como la utilización de purgas, vómitos provocados o ejercicio excesivo.

En la anorexia se distinguen dos subtipos:

- El tipo restrictivo
- El compulsivo / purgativo

El primero describe cuadros clínicos en los que la pérdida de peso se consigue con dieta o ejercicio intenso, mientras que el segundo se utiliza para identificar al individuo que recurre regularmente a atracones o purgas.

Los factores causantes de la anorexia son una combinación de elementos biológicos (predisposición biológica y genética), psicológicos (Influencias familiares y conflictos psíquicos) y sociales (Influencias y expectativas sociales).

3.9.4 BULIMIA- Es una enfermedad de causas diversas, que produce desarreglos en el comportamiento y en la ingesta alimentaria con la alternancia de períodos de compulsión para comer (atracones) con otros de conductas compensatorias inadecuadas (dietas abusivas, provocación de vómitos, ingesta de diversos medicamentos (laxantes y diuréticos)

En la bulimia nerviosa se distinguen dos subtipos:

- El purgativo
- El no purgativo

El primero describe cuadros clínicos en los que durante el episodio de bulimia nerviosa, el individuo se provoca regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

En el segundo se emplean otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente a provocarse vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.



Los factores causantes de la anorexia son una combinación de elementos biológicos (predisposición genética y biológica), psicológicos (Influencia familiares y conflictos psíquicos)

3.10 CAUSAS DE RETARDO DEL CRECIMIENTO.

3.10.1 ENTEROPARASITOSIS.

Los parásitos son huéspedes indeseables, en los países occidentales con un alto nivel de vida, a pesar de los progresos de higiene, no se ha conseguido una victoria contra ellos definitiva. En los países tropicales, donde la falta de higiene, la ignorancia y una alimentación deficiente facilitan la pululación, los parásitos provocan cada año millones de enfermedades y muertes.

Las parasitosis comprometen el estado nutricional y el crecimiento del individuo a través de varios mecanismos:

Competiendo con el individuo parasitado por sus propios nutrientes (Ascaris Lumbricoides).

Impidiendo la absorción intestinal de los nutrientes. (Gyardias, strongyloides).

Expoliando los reservorios hemáticos a través de la pérdida crónica de sangre por vía intestinal. (Necator).

Las enfermedades parasitarias constituyen en sí un buen modelo para demostrar las influencias que ejercen las alteraciones del medio sobre el estado de salud del individuo. Las enfermedades parasitarias en individuos de países desarrollados no constituyen un problema real sanitario en cuanto a la afectación del estado nutricional de la población, mientras que en individuos de países en vías de desarrollo ocurre todo lo contrario.

3.10.2 DEPRIVACION PSICOSOCIAL

AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz



Es una causa frecuente de retardo del crecimiento. Una de las características más notorias del ser humano es la necesidad de afecto. Desde los primeros momentos de la vida, a través de un vínculo regular y continuo con una misma persona, generalmente la madre, el niño se comunica con el ambiente que debe ofrecerle todos los estímulos necesarios para un desarrollo adecuado. De ahí que la presencia de esta figura mediatizadora es fundamental durante los primeros años del niño.

La ausencia de esta persona origina el llamado síndrome de privación materna, que se caracteriza por una detención del crecimiento y desarrollo del niño. El cuadro es fácil de reconocer por ejemplo en los niños que permanecen por largo tiempo hospitalizados o que viven los primeros años de su vida en orfanatos, en donde el personal que está a cargo de ellos está en constante cambio.

Las características de vida con los padres, es otro factor, ya que muchas veces existen signos sutiles de negligencia materna. Muchas madres de niños con privación materna han sufrido en su propia infancia carencias afectivas importantes y es por esto que les cuesta mucho criar a sus hijos. A veces la hospitalización por unos días del niño, período en el cual se le ofrezcan cuidados necesarios y estimulación afectiva, puede confirmar el diagnóstico el niño crece en el hospital y no crece en el hogar con su familia.

Algunas veces el niño puede presentar lesiones de abuso físico como quemaduras, golpes, fracturas o hemorragias, o consulte reiteradamente por traumatismos de difícil explicación que son la expresión de la violencia ejercida por los mayores. Es así que el síndrome del niño golpeado no es más que una variación del síndrome de privación.



CAPITULO 4.

4.1 PLAN OPERATIVO

4.1.1 OBJETIVOS.

GENERAL

Modificar las prácticas alimentarias de los niños de primero de básica, para mejorar su estado nutricional.

ESPECÍFICOS.

AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz



- Elaborar la línea de base sobre las prácticas alimenticias de la comunidad educativa y los factores que inciden en ellas.
- Implementar un plan de modificación de las prácticas alimentarias de los niños.
- Capacitar a padres y maestros sobre un plan de nutrición adecuado a la realidad de la ciudad.
- Generar un plan mínimo de seguimiento.

4.1.2 DISEÑO METODOLOGICO.

TIPO DE ESTUDIO.

La investigación a realizar es de tipo investigación – acción, puesto que permite conocer la realidad de la comunidad educativa y al mismo tiempo implementar acciones que puedan mejorarla.

UNIVERSO Y MUESTRA.

El Universo con el cual se va a trabajar es la Unidad Educativa Alianza Francesa, y la muestra los niños de primero de básica de la escuela y están constituidos por 17 niños y niñas, se plantea este grupo para desarrollar un plan piloto debido a la potenciación del desarrollo social (Socialización), le permite ya asimilar hábitos, asimilar normas sociales, desarrollar sentimientos y sensibilidad, afianzar la integración grupal y favorece la expresión; y también en lo referente a autoayuda está el niño en capacidad de desarrollar actividades diarias y afianzar la personalidad e individualidad.⁴

4.1.3 PLAN DE OBSERVACIÓN DE CAMPO.

⁴ Tomado de “Los niños dicen lo que sienten”, Regina Katz

La línea de base será determinada a partir de los siguientes componentes:

- ✓ Situación nutricional y enfermedades relacionadas con su deficiencia.
- ✓ Prácticas alimentarias.
- ✓ Valores culturales de la alimentación.

4.1.3.1 MATRIZ DE LA LÍNEA DE BASE

Componentes / Variables	Dimensiones	Indicadores	Escalas
Estado nutricional y enfermedades relacionadas.	Alumnos de la escuela	Número de alumnos	Numérica
	Edad.	Número de alumnos por grupo étnico.	54 meses 57 meses 60 meses 63 meses 66 meses
	Sexo.	Número de alumnos por sexo.	Hombres - Mujeres
	Desnutrición	Porcentaje de desnutrición por sexo.	Desnutrición aguda Desnutrición crónica Desnutrición global.
	Obesidad	Porcentaje de obesos por sexo.	Numérica.
Prácticas alimentarias	Clases de alimentación	% Alimentación óptima. (AO) % Alimentación deficiente (AD)	AO.= Más de 57 puntos AD.= Menos de 57 puntos
	Clases de alimentos ingeridos el día anterior a la encuesta.	% de Carbohidratos. % de frutas. % de vegetales. % de proteínas. % de grasas.	Porciones de huevos, carne, fréjol, lenteja, manzanas, lechuga, col, nabo, etc.



	Comidas que realiza en el día.	Número de comidas que realiza en el día.	Desayuno. Almuerzo. Merienda.
	Ingresos mensuales según ocupación	Porcentaje de ingresos mensuales.	Alto: Mas de 600 US X mes. Medio: De 450 US a 600 US X mes. Bajo: Menos de 450 US X mes.
	Volumen de gasto según productos	Porcentaje de gastos por producto.	Numérica.
	Preparación de los alimentos.	Responsables de la preparación.	Madre Padre Hermanas Empleada Come de viandas Otro (Especifique)
Valores culturales de alimentación	Alimentación por estado de salud. Alimentación por edad. Distribución de alimentos. Preferencia alimentaria.		

4.1.3.2 DETERMINACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS.

Instrumentos:

AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz



Para pesar a niños con peso superior a los 15 Kilogramos, utilizamos una balanza de pie con graduaciones cada 100 gramos.

Técnicas:

Ubicar la balanza sobre una superficie firme, horizontal y lisa. Puede ser un piso de cemento, baldosa o tierra firme.

Comprobar que la balanza esté encerrada antes de cada medición.

Debe pesarse a los niños preferentemente sin ropa y si esto no es posible se les pesará con ropa interior.

Hacer que el niño se coloque en la balanza con los pies juntos, sin apoyarse a la pared u objeto cercano.

Pedir al niño que no se mueva para permitir que la aguja de la balanza se quede quieta.

Hacer la lectura del peso y anotar, por ejemplo:

Si el peso observado es de 35 Kg. y 200 gramos. Se registra 35.2 Kg.³

Para medir a los niños y niñas:**Instrumentos:**

Se utiliza el tallímetro incorporado a la balanza o el tallímetro sólo, o bien una cinta métrica pegada a la pared con cinta adhesiva.

Técnicas:

³ Tomado de serie de guías de Salud Escolar, Universidad de Cuenca, 2000, Pág. 22.



Comprobar que el niño se encuentre sin zapatos, gorro o sombrero. En el caso de las niñas además no deben tener moños o adornos en la cabeza.

Solicitar al niño o niña que se pare de espaldas al tallímetro o a la cinta métrica colocando los pies juntos sobre el suelo. La cabeza, hombros, espalda, nalgas, talones deben estar en contacto con el tallímetro o la pared donde se encuentra pegada la cinta métrica.

Sujetar el mentón del niño o niña para acomodar la cabeza de manera tal que los ojos y orejas estén en una misma línea.

Tomar la escuadra y deslizar sobre la cabeza del niño o niña ejerciendo una ligera presión.

Hacer la lectura observando el punto de coincidencia del borde inferior de la escuadra con la escala graduada de la cinta métrica, luego anotar.

METODOLOGÍA.

- a. Se utiliza los valores del CENTRO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS DE SALUD DE LOS ESTADOS UNIDOS (NCHS-USA) como ESTANDAR, o PARÁMETRO DE REFERENCIA (NCHS 1997; Hamill. 1979; OPS-OMS 1980).
- b. Se utiliza el porcentaje de la Mediana de peso y talla como límite de clasificación.
- c. Se clasifica el caso o los casos en uno de los CUATRO GRANDES GRUPOS, siguiendo el diagrama de acción de Waterlow., con el 80 por ciento del estándar de peso y el 90 por ciento del estándar de talla, para edad y sexo.
- d. Se grafica la ubicación del caso o los casos en el Auxograma.

GRAFICO.



Para el diagnóstico individual y grupal del estado nutricional (crecimiento físico):

El gráfico consiste en un eje de coordenadas que tiene en la ordenada (vertical) el peso en Kg. y en la abscisa (horizontal) la talla en milímetros. De acuerdo a estas variables se encuentran graficados los valores normales para cada edad (“mediana” para cada edad) del NCHS de los USA.

Al lado izquierdo de la vertical se encuentran señaladas las edades que marcan los valores correspondientes al 80 por ciento de la mediana para el peso. Como puede observarse en la tabla anexa, el 80 por ciento corresponde muy similarmente al tercer percentil y a menos de dos desviaciones estándar, de la media de peso para cada edad.

Por debajo de la horizontal se encuentran marcadas las edades que señalan los valores correspondientes al 90 por ciento de la mediana para la talla. Como puede observarse en la tabla anexa, el 90 por ciento corresponde muy similarmente al tercer percentil y a menos dos desviaciones estándar de la media de talla para cada edad.

El gráfico sirve para estudios individuales referidos a la evolución del peso y la talla en diferentes edades de una misma persona, así como para estudios poblacionales transversales. En ambos casos se marcan con puntos los valores individuales, justamente en donde se encuentran los valores de peso y talla de cada individuo.

Luego de graficar este punto de cruce del peso y la talla, se procede a trazar dos líneas, una perpendicular y otra horizontal, que parten de la edad correspondiente del individuo (o individuos). Esta operación debe hacerse en el gráfico correspondiente para cada sexo, para facilitar el proceso puede también elaborarse una tabla de talla peso edad con los valores obtenidos para comparar directamente los datos obtenidos.

El individuo (o los individuos) quedan ubicados en uno de los cuatro grupos:



A (arriba y derecha)

“Normales”

No requieren ninguna acción.

B (abajo y derecha)

“Bajos de peso, aunque normales de talla”
Desnutrición aguda.- Rehabilitación, dieta
 (Complementación alimentaria)

C (arriba e izquierda)
peso”

“Bajos de talla, aunque normales de
Desnutrición crónica.

Acción preventiva previa, no hay acción
 presente

D (abajo e izquierda)

“Bajos de talla y peso”

Acción urgente, posiblemente hospitalaria y
 en la comunidad.

Desnutrición global.

Complementación alimentaria.

Edad	Estándar USA.		Auxograma 90%		Estándar USA.		Auxograma 80%	
	Talla		Talla		Peso		Peso	
En meses	H	M	H	M	H	M	H	M
54 meses	106.4	105.0	95.8	94.5	17.7	16.8	14.1	13.4
57 meses	108.2	106.7	97.3	96.0	18.2	17.2	14.5	13.8
60 meses	109.9	108.4	98.9	97.6	18.67	17.66	14.9	14.1
63 meses	111.4	109.9	100.2	98.9	19.17	18.12	15.25	14.4
66 meses	113.0	111.5	101.06	100.3	19.68	18.56	15.6	14.85

Fuente: National Center for health statistics (N.C.H.S)

Para determinar obesidad de los niños mediante el uso de tablas:



Peso para talla:

El niño o niña tiene un problema de exceso de peso cuando está sobre el percentil 90 y se lo denominará sobrepeso.

Deberán ser llevados a consulta con el médico en caso de déficit o exceso de peso.⁴

PESO / TALLA MUJERES DE 82 CM A 137 CM.

Estatura En cm	PESO / TALLA DE 82 CM A 137 CM.	PESO / TALLA DE 88 CM A 145 CM.
	Peso en Kg. Percentil 90	Peso en Kg. Percentil 90
Edad	Mujeres	Hombres
54 meses	12.3	14.1
57 meses	12.6	14.4
60 meses	12.9	14.7
63 meses	13.2	15.0
66 meses	13.6	15.4

Fuente: National Center for health statistics (N.C.H.S)

4.1.3.3 DETERMINACIÓN DE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS DE LOS NIÑOS Y PADRES DE FAMILIA.

Para el diagnóstico con niños se utilizarán una encuesta lúdica, en la cual se les entregará varias láminas con figuras de diferentes tipos de alimentos y un formulario con cuatro preguntas en cual responderán pegando las figuras recortadas. (Ver anexo 1), y a los padres se les entregará un formulario con preguntas relacionadas a las prácticas alimentarias.

Para la valoración se considerará algunos criterios importantes de la pirámide alimentaria, obteniéndose la siguiente escala:

Grupo vitaminas y minerales: Alimentos clase A.

⁴Tomado de serie de guías de Salud Escolar, Universidad de Cuenca, 2000, Pág. 24 – 25.



Grupo proteínas: Alimentos clase B.

Grupo carbohidratos: Alimentos clase C.

Grupo grasas: Alimentos clase D.

Alimentación óptima: Alim. clase A + Alim. clase B + Alim. clase C + 1/2Alim. clase D.

Alimentación deficiente: Exclusión de un grupo de alimentos, que no sea grasas.

Alimentación peligrosa: Exclusión de dos grupos de alimentos.

Para el diagnóstico con los padres de familia se realizará una encuesta, en el que se evaluará aspectos relacionados a:

- ✓ Clases de alimentos ingeridos el día anterior a la encuesta.
- ✓ Número de comidas que realiza en el día.
- ✓ Ingresos mensuales según ocupación
- ✓ Volumen de gasto según productos
- ✓ Fuentes de abastecimiento (Lugares de compra).
- ✓ Preparación de los alimentos. (Formas y responsables).
- ✓ Frecuencia de compras de alimentos perecibles y no perecibles por familias. (Ver anexo 2)
- ✓ Alimentos de producción propia.

4.1.3.4 DETERMINACIÓN DE LOS VALORES CULTURALES EN LA ALIMENTACIÓN

La alimentación vista como una expresión cultural, resulta de la mezcla de las manifestaciones de la cultura popular con los elementos ideológicos de las clases dominantes que se evidencian en la cultura popular, es por esto que se intentará explicar algunos factores culturales relacionados con la alimentación, para lo cual se utilizará una encuesta elaborada con preguntas abiertas. (Ver anexo 3).



4.1.4 PLAN DE ACTIVIDADES.

Mi tesis está dividida en tres fases, la primera de diagnóstico sobre hábitos alimenticios para lo cual se trabajará con los niños de primero de básica de la escuela utilizando una encuesta lúdica. (Anexo 1) y con los padres de familia utilizando una encuesta con preguntas abiertas (Anexo 2). Para la determinación de los factores culturales que influyen en la alimentación se utilizará con los padres de familia una encuesta elaborada con preguntas claves. (Anexo 3)

La segunda fase corresponde a la implementación de un programa de capacitación en nutrición y alimentación orientado a escolares y padres de familia mediante la realización de talleres lúdicos con los siguientes temas:

“Los grupos de los alimentos”. (Teórico-práctico) Taller 1
“Cómo saber cuál es comida chatarra”.(Teórico-práctico) Taller 2
“Recetas fáciles de preparar”..(Teórico-práctico) Taller 3
“Podemos cultivar y cómo hacerlo en la escuela” (Teórico-práctico) Taller 4

El

producto final esperado de la capacitación es la apropiación de las prácticas alimenticias saludables, y el empoderamiento de los niños y padres de familia sobre su capacidad de decidir qué comer, propuestas desde ellos de acuerdo a la siguiente secuencia:

1. Recuperación de la información de la comunidad.
(Precontemplación)



- | | |
|-----------------------------------------|-------------------|
| 2. Análisis participativo de los datos. | (Estimulación) |
| 3. Propuestas de acción | (Mediación) |
| 4. Ejecución del cambio | (Personalización) |
| 5. Sostenibilidad del proceso | (Apropiación). |

Este proceso será reforzado mediante la implementación de actividades participativas y novedosas relacionadas con el tema, así tendremos la elaboración del huerto escolar, la elaboración del jardín botánico escolar, la elaboración de las golosinas saludables incorporando elementos andinos, y otras actividades que sean sugeridas por los niños.

Evaluación de resultados de acuerdo a la obtención de datos comparables.

4.1.4.1 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL TALLER 1

1. Título: “Los grupos de los alimentos”.



2. Objetivo: “Mejorar las conocimientos en los niños sobre los grupos

Componentes / contenidos	Compresión / estrategia	Recursos	Tiempo	Facilitador
<p><i>Realidad.</i> Se observa que no existe conocimiento sobre los diferentes grupos alimenticios y la importancia de su equilibrio en la alimentación.</p>	<p>Preguntas y respuestas. ¿Qué es alimentación sana para Uds.? ¿Qué clases de alimentos conocen? ¿Qué les gusta comer? ¿Qué no les gusta comer?</p>	Papelería.	15 min.	<p>Dra. Mónica Ayala. Profesora.</p>
<p><i>Concienciación.</i> Existe relación entre alimentación y salud.</p>	<p>Preguntas y respuestas. ¿Qué debe comer un niño para estar sano?</p>	Papelería.	5 min.	<p>Dra. Mónica Ayala. Profesora.</p>
<p><i>Confrontar.</i> Identificar el impacto que tiene la alimentación en la salud</p>	<p>Preguntas y respuestas. Efectos y causas. ¿Alguna vez se enfermaron por comer algo?</p>	Papelería.	5 min.	Dra. Mónica Ayala.
<p><i>Solución.</i> Incorporación de las temáticas en la formación académica.</p>	Elaboración de la dieta multicolor.	Papelería. Material didáctico	30min	<p>Dra. Mónica Ayala. Profesora. Escolares</p>
<p><i>Ejecución.</i> Desarrollar acuerdos con el centro educativo para la socialización con los padres de familia y responsables del bar.</p>	Reuniones.	Papelería.	1 día.	Dra. Mónica Ayala.
<p><i>Evaluación.</i> Valoración del aprendizaje</p> <p>AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz</p>	<p>Preguntas y respuestas.</p>	Papelería.	30 minutos	<p>Dra. Mónica Ayala. Profesora. Escolares</p>




alimenticios”

4.1.4.2 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL TALLER 2

1. Título: “Cómo saber cuál es comida chatarra”.

2. Objetivo: “Enseñar a los escolares a diferenciar comida chatarra de alimentación saludable”

Componentes contenidos	Compresión / estrategia UNIVERSIDAD DE CUENCA	Recursos	Tiempo 	Facilitador
<i>Realidad.</i> Se observa que los niños consumen preferentemente alimentos procesados envasados, preferentemente golosinas.	Leer un cuento sobre como María enfermó por comer comida chatarra, maximizando los efectos negativos sobre la salud y sobre como las frutas y las verduras le pusieron sana	Papelería.	15 min.	Dra. Mónica Ayala.
<i>Concienciación.</i> Existe relación entre alimentación y salud.	Preguntas y respuestas. ¿Qué alimentos debe comer un niño para estar sano? ¿Qué alimentos enferman a los niños?	Papelería.	10 min.	Dra. Mónica Ayala. Profesora.
<i>Confrontar.</i> Identificar cuáles son alimentos chatarra y cuáles saludables para los niños.	Juego: Se les entrega varios recortes de diversos tipos de alimentos y comida chatarra, se pega en el pizarrón dos cartulinas una roja (Peligro) para los alimentos chatarra y una verde (Seguridad) para los alimentos saludables y se pegan según corresponda, cuando alguien pega mal se pide a los niños que le corrijan y le expliquen la razón	Papelería. Material didáctico	15 min.	Dra. Mónica Ayala. Escolares. Profesora.
<i>Solución.</i> Incorporación de las temáticas en la formación académica. Socialización permanente con los niños más pequeños.	Comunicación niño a niño sobre lo aprendido. Preguntas y respuestas. ¿Porqué es más sano la alimentación natural? ¿Por qué es perjudicial la comida chatarra?	Papelería. Material didáctico	10min	Dra. Mónica Ayala. Profesora. Escolares
<i>Ejecución.</i> Desarrollar acuerdos con el centro educativo para la socialización con los padres de familia y responsables del bar.	Reuniones.	Papelería.	1 día.	Dra. Mónica Ayala.
AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz <i>Evaluación.</i> Valoración del aprendizaje	Preguntas y respuestas.	Papelería.	30 minutos (Semana	76 Dra. Mónica Ayala



4.1.4.3 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL TALLER 3

1. Título: “Recetas fáciles de preparar”.

Componentes contenidos /	Compresión estrategia /	Recursos /	Tiempo	Facilitador
<p><i>Realidad.</i> Se observa que los niños consumen preferentemente golosinas.</p>	<p>Elaboración de golosinas saludables por los niños Y capacitación posterior de niños a padres sobre lo aprendido.</p>	<p>Papelería. Plantas medicinales. Vasos descartables. Paletas de helado. Chocolate natural.</p>	<p>30 min.</p>	<p>Dra. Mónica Ayala. Escolares. Profesora.</p>
<p><i>Concienciación.</i> Es posible ingerir golosinas sin que afecten la salud.</p>	<p>Preguntas y respuestas. ¿Qué golosinas nos gusta comprar en la tienda? ¿Qué golosinas podemos hacer nosotros mismos en la casa?</p>	<p>Papelería.</p>	<p>10 min.</p>	<p>Dra. Mónica Ayala. Profesora.</p>
<p><i>Confrontar.</i> Identificar cuáles son las ventajas de elaborar nuestras propias golosinas.</p>	<p>Se les entrega varios tipos de frutas y cereales, así como moldes de chocolate y se elaboran chocolates de frutas. A otro grupo se les entrega las plantas medicinales y los vasos y paletas, ellos elaboran helados a partir de aguas aromáticas. Un tercer grupos se le entrega papas cocidas y verduras al vapor para que ellos preparen los purés de colores. Y un grupo final que es el encargado de elaborar una ensalada con algunos ingredientes.</p>	<p>Papelería. Material didáctico Alimentos diversos</p>	<p>30 min.</p>	<p>Dra. Mónica Ayala. Escolares. Profesora.</p>
<p><i>Solución.</i> Socialización con los padres. Socialización con los más pequeños de la escuela. AUTOR: Bioquímica. Mónica</p>	<p>Comunicación niño a niño sobre lo aprendido. Comunicación niño a padres. Ayala Cruz</p>	<p>Papelería. Material didáctico</p>	<p>10min</p>	<p>Dra. Mónica Ayala. Profesora. Escolares</p>
<p><i>Ejecución.</i> Desarrollar acuerdos</p>	<p>Reuniones.</p>	<p>Papelería.</p>	<p>1 día.</p>	<p>78 Dra. Mónica</p>



2 Objetivo: “Elaborar con los niños alternativas saludables para preparar golosinas.

4.1.4.4 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DEL TALLER 4

1. Título: “Podemos cultivar y cómo hacerlo en la escuela”

2. Objetivo: “Elaborar con los niños del huerto escolar”



Componentes contenidos /	Compresión / estrategia	Recursos	Tiempo	Facilitador
<i>Realidad.</i> Un gran porcentaje de las verduras son compradas por los padres de familia.	Panificación del huerto escolar para garantizar un acercamiento a las verduras y hortalizas.	Papelería. Material didáctico	30 min.	Dra. Mónica Ayala. Escolares. Profesora.
<i>Concienciación.</i> Es más seguro comer verduras y hortalizas cultivados orgánicamente, y económico también.	Preguntas y respuestas. ¿Qué alimentos siembran en tu casa? ¿Cómo desinfectan las verduras en tu casa? ¿Compran y comen verduras en tu casa? ¿Tienes espacio para cultivar?	Papelería.	10 min.	Dra. Mónica Ayala. Profesora.
<i>Confrontar.</i> Es mejor sembrar uno mismo o comprar los vegetales y hortalizas.	Elaboración por los niños del huerto, sembrado de semillas y delegación de responsables del cuidado.	Humus. Semillas. Piedras. Arena. Tablas.	15 min.	Dra. Mónica Ayala. Escolares. Profesora.
<i>Solución.</i> Incorporación de las temáticas en la formación académica. Socialización permanente con los niños más pequeños.	Comunicación niño a niño sobre lo aprendido. Preguntas y respuestas. ¿Por qué es más sano la alimentación natural? ¿Por qué es perjudicial la comida chatarra?	Papelería. Material didáctico	10min	Dra. Mónica Ayala. Profesora. Escolares
<i>Ejecución.</i> Desarrollar acuerdos con el centro educativo para el mantenimiento del huerto escolar.	Reuniones.	Papelería.	1 día.	Dra. Mónica Ayala.
<i>Evaluación.</i> Valoración del aprendizaje	Preguntas y respuestas.	Papelería.	30 minutos	Dra. Mónica Ayala. Profesora. Escolares

AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz



4.1.4.5 MATRIZ DE ACTIVIDADES.

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	FUENTE	INSTRUMENTO
UNIVERSIDAD DE CUENCA			
Determinar cuáles son hoy los hábitos alimenticios de los niños.	Recopilación de información relacionada con la mala alimentación	Niños	Ficha de evaluación Gráficos.
Identificar los factores que inciden en los hábitos alimenticios de los niños.	Recopilación de información sobre Factores externos que influyen en la calidad de alimentación	Niños	Entrevista estructurada Gráficos
Capacitar a los niños sobre un plan de nutrición que modifique los malos hábitos alimenticios.	<p>Capacitación teórico práctico sobre los estilos de vida y la salud con los niños de la escuela.</p> <p>Capacitación teórico práctico sobre la importancia de la alimentación saludable con los niños de la escuela</p> <p>Capacitación teórico práctico sobre los estilos de vida y la salud con los padres de familia.</p> <p>Capacitación teórico práctico sobre la importancia de la alimentación saludable con los padres de familia.</p> <p>Elaboración participativa con los niños de la dieta adecuada, para obtener la comida multicolor.</p> <p>Capacitación y elaboración participativa con los niños de bebidas refrescantes medicinales</p> <p>Capacitación y elaboración participativa con los niños de golosinas saludables.</p> <p>Implementación del huerto escolar en función de las capacitaciones.</p>	<p>Escuela.</p> <p>Escuela.</p> <p>Padres de familia</p> <p>Padres de familia.</p> <p>Escuela.</p> <p>Escuela.</p> <p>Escuela.</p> <p>Escuela.</p> <p>Escuela.</p>	<p>Equipo técnico Taller.</p> <p>Equipo técnico Taller.</p> <p>Equipo técnico Taller.</p> <p>Equipo técnico Taller.</p> <p>Equipo técnico Taller teórico</p> <p>Equipo técnico Taller teórico práctico</p> <p>Equipo técnico Taller teórico práctico</p> <p>Equipo técnico Minga</p> <p>Equipo técnico Taller</p>
AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz	Día del compromiso	Escuela.	Equipo técnico Taller
		Escuela.	Equipo técnico



4.1.5 PLAN DE TABULACIÓN Y DE EVALUACION

Se realizó con los datos obtenidos de la línea de base y después de la implementación de las actividades es decir con los resultados obtenidos, mediante el análisis de resultados cualitativos - cuantitativos de los diagnósticos, para el procesamiento de datos cuantitativos se utilizó el programa de computación Excel y el EPI Info. y para la valoración de datos cualitativos se utilizó una matriz de evaluación.

La evaluación técnica de los planes de estudios tiene por objetivo garantizar el rigor técnico de las propuestas. Los informes de evaluación técnica se realizaron en el marco del Reglamento Operativo aprobado para el Programa de la Maestría de Salud Pública y se constó de dos etapas, la primera una evaluación del grupo meta y la segunda etapa una evaluación autocrítica sobre el desarrollo del proceso.

CRITERIOS PARA LA EVALUACION TECNICA DEL PLAN DE ESTUDIOS.

La evaluación del grupo meta está estructurada en base a diferentes criterios, por lo cual deberá otorgar un indicador de evaluación para cada uno de los criterios, marcando con una X el símbolo que corresponda:

- ☹ - **Pobre o incompleto**
- 😊 - **Satisfactorio o bueno**
- ☺ - **Muy bueno o excelente**

Para la evaluación técnica del proceso en sí, se otorgará un indicador sobre el cual se marcará con una X, y se asignará un puntaje de 1 a 4, de acuerdo con los siguientes criterios:

- 1. No aceptable**
- 2. Aceptable**



3. Bueno

4. Excelente

Para cada criterio, fundamente el puntaje otorgado, con un breve comentario. Verifique que el puntaje asignado a cada criterio sea concordante con el significado de los símbolos seleccionados para cada subcriterio.



CAPITULO 5 .

5.1 ANÁLISIS DE DATOS E INFORMACIÓN

5.1.1 Parte I : Datos generales del centro:

El centro educativo “Alianza Francesa”, se compone de tres niveles de atención, maternal, prekinder, y Kinder, con un total de 70 niños, en edades comprendidas entre los 3 y 6 años, cuenta con 4 maestras, 2 para nivel maternal, una para nivel prekinder, una para nivel Kinder y una maestra adicional de idioma Francés de los tres niveles.

La directora del centro educativo es además cónsul honoraria de Francia, el apoyo al arte y la cultura es la característica principal de la misma, ocasionalmente en el centro se realizan exposiciones de pintura de grandes maestros locales; esta influencia se visualiza en los trabajos realizados por los niños que se caracterizan por su creatividad.

La metodología educativa utilizada por el centro, es participativo, utiliza proyectos que se plantean desde los niños y son implementados con la ayuda de las maestras, realizándose cada fin de semestre una exposición de los trabajos realizados, así como presentaciones artísticas.

El centro cuenta con 70 niños, distribuidos 24 en el nivel maternal con edades comprendidas entre 3 y 4 años con un promedio del 34% del total de la población escolar, 29 niños pertenecen al prekinder que representan el 42% y el Kinder con 17 niños que representan el 24% del total.

Cuadro Nº 1

**Población total del centro educativo “Alianza Francesa” según escolaridad
Cuenca, marzo - 2003.**

Nivel	Número	Porcentaje
Maternal	24	34%
Prekinder	29	42%



Kinder	17	24%
Total	70	100%

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

5.1.2 DEL GRUPO DE ESTUDIO:

La investigación se realizó con los niños del nivel Kinder, conformado por 10 niños con un porcentaje del 59% del total y 7 niñas con un porcentaje del 41%, la población masculina es ligeramente superior a la femenina.

Cuadro Nº 2
Distribución de la población escolar del primero de básica según
sexo . Centro Educativo Alianza Francesa.
Cuenca, marzo - 2003.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	10	59.0%
Femenino	7	41%
Total	17	100%

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Distribución del total de la población escolar por sexo y por grupo etéreo.- La clasificación por grupo etéreo y por sexo, tiene como finalidad facilitar el acceso a datos comparativos de edad y sexo, para favorecer un ágil análisis entre datos obtenidos y los valores referenciales.

Cuadro Nº 3

Distribución de los estudiantes del Kinder según edad y sexo.
Centro Educativo Alianza Francesa.
Cuenca marzo – 2003.



Edad en meses	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
54 meses	4	40	1	14.28	5	29.42
57 meses	2	20	1	14.28	3	17.64
60 meses	2	20	3	42.86	5	29.42
63 meses	1	10	2	28.58	3	17.64
66 meses	1	10	-	-	1	5.88
Total	10	100.0	7	100.00	17	100.00

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

5.1.3 Parte II: Línea de base.

La línea de base planteada para la determinación de las prácticas alimentarias de los niños de primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa” midió la situación alimentaria acorde a tres componentes, explicado anteriormente:

- Situación nutricional y enfermedades relacionadas con su deficiencia.
- Prácticas alimentarias.
- Valores culturales de la alimentación.

5.1.3.1 De la situación nutricional y enfermedades relacionadas con su deficiencia.

Distribución del total de la población escolar y por sexo, según estado nutricional de acuerdo al Auxograma.- El 82.35% del total de la población escolar considerados normales, presentando desnutrición aguda, el 17.64% del total de la población escolar, disgregando por sexo encontramos que el 90% de los niños se encuentran normales, en las niñas el porcentaje desciende a 71.42%, los niños con porcentaje de 10% presentan desnutrición aguda pero en el caso de las niñas el porcentaje aumenta al 28.57%, estos datos se obtienen tomando como referencia los valores del NCHS.

Cuadro Nº 1

Distribución del primero de básica según sexo, de acuerdo al Auxograma. Cuenca - Abril 2003.

Est.nutricio nal	Hombres		Mujeres		Total	
	Numer o	Porcent aje	Númer o	Porcent aje	Númer o	Porcent aje
Normal	9	90	5	71.4	14	82.4
Desnutrició n Aguda	1	10	2	28.6	3	17.6
Desnutrició n Crónico	-	-	-	-	-	-
Desnutrició n global	-	-	-	-	-	-
Total	10	100.0	7	100.0	17	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Distribución de la población escolar del primero de básica, según estado nutricional de acuerdo a la clasificación del estándar del NCHS.- Al analizarse los datos obtenidos aplicando el estándar de la NCHS que trabaja con valores correspondientes al 100% del estándar de peso y 100% del estándar de talla, se determina una completa variación de los resultados se obtiene el 23.5% del total de la población escolar considerados normales, el 29.4% del total de la población escolar presenta desnutrición aguda, el 11.7% se encuentra con desnutrición crónica, y lo más grave el 35.4% presenta desnutrición global, disgregando por sexo encontramos que el 30% de los niños se encuentran normales, en las niñas el porcentaje desciende a 14.4%, los niños con porcentaje de 20% presentan desnutrición aguda pero en el caso de las niñas el porcentaje aumenta al 42.8%, igual sucede en la desnutrición



crónica que en los niños es del 10% y en las niñas el 14.3%, en el caso de desnutrición global los valores se incrementan de manera alarmante en los niños el 40% y para las niñas 28.5%.

Quadro Nº 2

Distribución del primero de básica según sexo, de acuerdo al estándar del NCHS. Cuenca - Abril 2003

Est.nutricion al	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	Porcentaj e	Númer o	Porcentaj e	Númer o	Porcenta je
Normal	3	30	1	14.4	4	23.5
Desnutrición Aguda	2	20	3	42.8	5	29.4
Desnutrición Crónico	1	10	1	14.3	2	11.7
Desnutrición global	4	40	2	28.5	6	35.4
Total	10	100.0	7	100.0	17	100.0

Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Distribución del total de la población escolar y por sexo, según estado nutricional comparando el Auxograma y los valores del estándar del NCHS.- La presentación de los datos obtenidos según las dos clasificaciones nos permite analizar la importancia de la elaboración de un Auxograma acorde con la realidad local, las variaciones que se presentan en los resultados son muy significativas, si bien los datos obtenidos acorde al Auxograma indican que el 82.4% del total de niños se encuentran sanos, este porcentaje disminuye significativamente frente a los valores del NCHS que reporta como sanos al 23.5%, según el Auxograma se encuentran con desnutrición aguda el 17.6%, según valores del NCHS, desnutrición aguda presente en el 29.4%,



desnutrición crónica en el 11.7% y con desnutrición global el 35.4%, sumando un porcentaje total de 76.5% de niños que se encuentran con alteración de su estado fisiológico.

Cuadro Nº 3

Distribución del total de la población escolar, según estado nutricional de acuerdo al Auxograma y de acuerdo a la clasificación del estándar del NCHS. Cuenca - Abril 2003.

Est.nutricional	Auxograma		NCHS	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Normal	14	82.4	4	23.5
Desnutrición Aguda	3	17.6	5	29.4
Desnutrición Crónico	-	-	2	11.7
Desnutrición global	-	-	6	35.4
Total	10	100.0	7	100.0

Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Distribución del primero de básica mediante relación peso / talla y por sexo, de acuerdo a la NCHS.- Se obtiene cifras muy preocupantes, el 100% de la niñas están con sobrepeso y el 90% de los niños también lo están, sumando un porcentaje total para la población de 94.11% que es muy preocupante si lo cotejamos con el 76.47% de desnutrición presente en el total



de niños de primero de básica, con esto se demuestra que no todo niño “gordo” está sano.

Cuadro Nº 4

Distribución del total de la población escolar, según relación peso / talla y según sexo. Cuenca Abril – 2003.

Clasificación	Hombres		Mujeres		Total	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
Normal	1	10	-	-	1	5.9
Sobrepeso	9	90	7	100	16	94.1
Total	10	100	7	100	17	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

5.1.3.2 De las prácticas alimentarias.

Prácticas alimentarias de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.

La determinación de las prácticas alimentarias en sus diferentes dimensiones se la realizó con los padres de familia del primero de básica del centro educativo y mediante la utilización de una encuesta:

Clases de alimentos ingeridos el día anterior a la encuesta por los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.- Los resultados de los alimentos ingeridos el día anterior a la encuesta nos entregan los siguientes datos: Lácteos 16.4%, carbohidratos 27.9%, proteínas 22.9%, frutas 9.9%, verduras 13.1%, hortalizas 3.3%, grasas 6.5%, estos porcentajes expresan los grupos de alimentos que ingieren los niños, es notable la carencia de verduras, hortalizas y frutas.

Cuadro Nº 5



Clases de alimentos ingeridos el día anterior a la encuesta por los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”. Cuenca Abril 2003.

Grupo alimenticio	Número	Porcentaje
Lácteos	10	16.4
Carbohidratos	17	27.9
Proteínas	14	22.9
Frutas	6	9.9
Verduras	8	13.1
Hortalizas	2	3.3
Grasas	4	6.5
Total	61	100.0

Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Clasificación del tipo de alimentación de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.- El tipo de alimentación de los niños del primero de básica de acuerdo a la escala creada entrega los siguientes resultados, alimentación óptima 58.8%, alimentación deficiente 23.6% y alimentación peligrosa 17.6%, lo cual indica que del total de la población escolar el 41.2% se encuentra con una mala alimentación.

Cuadro Nº 6

Clasificación del tipo de alimentación de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”. Cuenca Abril 2003.

Grupo alimenticio	Número	Porcentaje
Alim. óptima	10	58.8
Alim. deficiente	4	23.6
Alim. peligrosa	3	17.6
Total	17	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.



Número de comidas que ingieren en el día los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.- De la evaluación de la población del centro educativo “Alianza Francesa”, se obtuvo lo siguiente:

Cuadro Nº 7

Número de comidas que ingieren en el día los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”. Cuenca Abril 2003.

Comidas	Número	Porcentaje
Una comida al día	-	-
Dos comidas al día	-	-
Tres comidas al día	17	100
Total	17	100

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Ingresos mensuales de los padres de los alumnos del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.- En cuanto a los ingresos mensuales percibidos por los padres de familia es notoria una cierta estabilidad económica en el 58.8% considerando adecuados los porcentajes de ingresos altos (Más de 600 US) el 11.7% e ingresos medios (De 450 a 600 US) y con algo de inconvenientes el grupo de ingresos bajos (Menos de 450 US) con un porcentaje del 29.5%, este análisis considerando que la canasta básica vital está calculada en 256.61 US.

Cuadro Nº 8

Ingresos mensuales de los padres de los alumnos del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”. Cuenca Abril 2003.

Ingresos mensuales	Número	Porcentaje
Alto	2	11.7
Medio	10	58.8
Bajo	5	29.5
Total	17	100



Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Responsables de la elaboración de los alimentos de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.- En cuanto a las responsabilidades de la preparación de los alimentos tenemos Mamá 58.8%, Abuela 23.7%, Empleada 11.7% y Papá 5.8%, existe un riesgo especial en el 11.7% de la población infantil cuya alimentación está a cargo de las empleadas domésticas que poco o ningún conocimiento sobre dietas equilibradas, sería importante valorar también en investigaciones futuras los criterios utilizados para la preparación de alimentos.

Cuadro Nº 9

Responsables de la elaboración de los alimentos de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”. Cuenca Abril 2003.

Responsable	Número	Porcentaje
Mamá	10	58.8
Abuelita	4	23.7
Empleada	2	11.7
Papá	1	5.8
Otros	-	-
Total	17	100

Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

5.1.3.3 VALORES CULTURALES DE LA ALIMENTACIÓN

Valores culturales de la alimentación de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.

La determinación de los valores culturales de la alimentación se la realizó en un grupo muestra del centro educativo, y se analizó los siguientes componentes:



Preferencia alimentaria de los niños del primero de básica del Centro Educativo "Alianza Francesa".- En relación a las preferencias alimentarias de los niños tenemos el 41% por las frutas, pero el porcentaje decrece notablemente cuando hablamos de verduras y hortalizas con porcentajes de 11.8% y 11.8% respectivamente.

Cuadro Nº 10

Preferencia alimentaria en los niños del primero de básica del centro educativo "Alianza Francesa". Cuenca Abril 2003.

Grupo alimenticio	Porcentaje
Alim. clase a	67.0
Alim clase c	18.6
Alimentos clase b	5.6
Alimentos clase d	4.8
Liq. y bebidas naturales	4.8
Total	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Priorización en la repartición de los alimentos en los hogares de los niños del primero de básica del centro educativo "Alianza Francesa".- Respecto al orden de repartición de los alimentos, se observa todavía un criterio de preferencia al hombre adulto 44.59%, luego se ubican los hombres ancianos con un 27.07%, después niños con porcentaje del 18.27%, luego madre con 8.10% y finalmente la empleada con 2%.

Cuadro Nº 11

Priorización en la repartición de los alimentos en los hogares de los niños. Cuenca Abril 2003.

Orden de repartición	Miembro de la familia
Primero	Padre
Segundo	Abuelos
Tercero	Niños
Cuarto	Madre
Quinto	Empleada
Total	



Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Miembro familiar que recibe mejor porción durante las comidas en los hogares de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.- En lo relacionado con la mejor porción al momento de servir existe mayor atención a la alimentación de los niños con 54.85%, y para los adultos 45.15%.

Cuadro Nº 12

Miembro familiar que recibe mejor porción durante las comidas en los hogares de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”. Cuenca Abril 2003.

Miembro de la familia	Número	Porcentaje
Niños	9	52.9
Padre	8	47.1
Total	17	100.0

Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Criterios de alimentación saludable de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”.- En cuanto a los criterios de alimentación para estar sanos según los niños obtuvimos entre las cuatro primeras respuestas: frutas 25%, verduras 12%, sopas 12% y medicinas para el 8%, es notable el criterio medicamentoso que existe ya en los primeros años de vida como generador de salud, y por consiguiente su comprensión como “solución a la enfermedad”.

Cuadro Nº 14

Criterios sobre alimentación saludable de los niños del primero de básica del centro educativo “Alianza Francesa”. Cuenca Abril 2003.

Respuestas	Número	Porcentaje
Frutas	17	100.0



Verduras	15	88.2
Sopas	10	58.8
Medicinas	6	35.2
Arroz	12	70.5
Todo lo que mamá le da	2	11.7
Cebollas	4	23.5
Arvejas	6	35.2
Todo lo que el niño quiera	1	5.8
Golosinas si comen toda la comida	1	5.8
Pan con sustagen	1	5.8
Jugo	10	58.8
No sabe	2	11.7

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

5.1.3.4 Indicadores de línea de base.

Obtenidos los datos de la línea de base, se clasificò los indicadores de referencia para evaluar el impacto, se los resume en el siguiente cuadro:

Estado nutricional Normal	Número	Porcentaje
Hombres	3	20.00
Mujeres	1	14.28
Total	4	34.28
Actitud hacia Alimentación	Número	Porcentaje
Alim. óptima	10	58.82
Preferencia Alimentaria	Número	Porcentaje
Alim. clase a	7	41.17
Alim. clase b	2	11.76
Alim. clase c	4	23.52
Alim. clase d	4	23.52

Fuente directa.

Elaborado por Mónica Ayala.

5.1.4 PLAN DE ACCION.



Parte I.

5.1.4.1 La inserción en la comunidad y el autodiagnóstico.

El primer acercamiento al centro educativo “Alianza Francesa” se da en los primeros meses del año 2003, se realizan entrevistas con las maestras para determinar la apertura a implementar el proyecto de estudio, obteniendo resultados favorables, en segunda instancia se realiza una entrevista con la directora del centro quién además desempeña las funciones de cónsul honoraria de la embajada de Francia en Cuenca, mostrándose abierta y permitiendo el inicio del mismo.

Se determina con el grupo de maestras trabajar con los niños cuyas edades oscilen entre 5 y 6 años por las características y facilidades de aprendizaje fijándose al primero de básica, realizo un reconocimiento del centro educativo, el espacio en el que reciben clases y se comparte con los niños el momento del refrigerio el cual es preparado en el mismo centro; posteriormente se realiza la primera convocatoria a los padres de familia y niños para explicar el objetivo del proyecto y determinar el problema sobre el cual vamos a actuar.

En la primera reunión se aplica la técnica de búsqueda de consensos e interactivas, que comprende dos pasos 1ª lluvia de ideas y 2ª la matriz de priorización, obteniéndose como problema principal: “Los niños no quieren comer”, una vez delimitado el problema principal se realizan preguntas del porqué – porqué y se obtiene varias respuestas las cuales se agrupan por afinidad, y se elabora el esquema de causa efecto o espina de pescado. Se determina objetivos general, específicos, actividades a realizar y recursos con los que se cuenta, se fija plazos y responsables. Posterior a esto se aplica una encuesta que contiene varias preguntas relacionadas con la problemática principal (Ver Anexo 2), para determinar la línea de base.

Se realiza una reunión con la directora y maestra del primero de básica, para fijar los espacios de tiempo disponibles en los cuales se va a trabajar y se fija fecha para realizar



el autodiagnóstico con los niños, el cual se lo realiza con una encuesta lúdica especialmente diseñada para niños. (Ver Anexo 1).

Obtenidos los resultados de cada reunión se elabora un informe y se da a conocer a los padres de familia, maestras y directora del centro educativo.

Parte II.

5.1.4.2 El momento de la ejecución.

Se determinó actividades a realizar, plazos, y responsables de cada actividad, comprendiendo las siguientes fases:

- ✓ Implementación del programa de capacitación.
- ✓ Actividades relacionadas con la problemática.

Del programa de capacitación y actividades relacionadas con la problemática.

El programa de capacitación propuesto como siguiente etapa a la determinación de línea de base, se lo dividió en cuatro talleres orientado a los niños y a padres de familia con la siguiente temática:

Taller 1 :“Los grupos de los alimentos”. (Teórico-práctico)

Taller 2: “Cómo saber cuál es comida chatarra”.(Teórico-práctico)

Taller 3: “Recetas fáciles de preparar”..(Teórico-práctico)

Taller 4 : “Podemos cultivar y cómo hacerlo en la escuela” (Teórico-práctico)

Del taller N° 1.-

Tema: “Los grupos de los alimentos”. (Teórico-práctico)

Objetivo: Mejorar los conocimientos de los niños sobre alimentación.

Para la realización del taller, se solicita el permiso respectivo a la directora del centro educativo “Alianza Francesa”. Obtenido el mismo se procedió a coordinar con la



maestra del primero de básica para coordinar horarios y complementar el cronograma por ella establecido.

Con los niños.- El primer taller con los niños se lo realiza el primero de abril del 2003 en el aula de clases y con la presencia de la maestra, la cual acompaña activamente durante todo el proceso, permitiéndole vincularse al mismo , previo al mismo se solicita a los niños traer recortes de todo lo que ellos comen en sus casas y se complementa con fichas de los alimentos de los diferentes grupos. Se colocó cuatro cartulinas de diferentes colores, rojo para el grupo de las grasas; verde para el grupo de minerales y vitaminas (Legumbres, hortalizas, frutas, verduras); azul para el grupo de las proteínas (Pescado, huevo, carne, queso, leche); y blanco para el grupo de los carbohidratos (Papas, pan, harinas, fideo). Se explica brevemente que alimentos pertenecen a cada grupo y los identificamos por color: rojo, peligroso comer en pocas cantidades; verde, permitido comer toda la cantidad que deseen; blanco y azul permitido comer en cantidades razonables. Al final se armoniza una dieta multicolor y se les solicita comentar en la casa y a los demás amiguitos de la escuela lo aprendido.

Terminada la explicación se les entrega 5 recortes a cada uno de los niños y niñas y se les pide ordenar acorde a la clasificación enseñada, de esta manera evaluó si comprendieron la charla.

Comprensión de los niños	Niños	Niñas	Total	Porcentaje
Buena	7	6	13	76.5%
Regular	2	1	3	17.6%
Mala	1	-	1	5.9%
Total	10	7	17	100.0%

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.



Terminado el taller les entrego una hoja pequeña en blanco para que evalúen el taller, con la siguiente escala.

☹ - Malo.

☺ - Regular.

☺ - Bueno.

Evaluación	Niños	Niñas	Total	Porcentaje
☺	8	7	15	88.3%
☺	2	0	2	11.7%
☹	-	-	-	-
Total	10	7	17	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Con los padres de familia.- Se lo realiza en la misma semana del taller de los niños, con la finalidad de dar respuesta a las inquietudes que los niños plantearon en sus hogares con la resocialización propuesta por la técnica de hijos a padres y de niño a niño. El taller se convoca para el día viernes 4 de abril y se lo realiza en el centro educativo “Alianza Francesa”, con la participación de 25 personas, incluido el responsable de la elaboración del refrigerio escolar.

El taller dura 2 horas, exponiéndoles los siguientes subtemas:

- ✓ “El impacto de la alimentación en la salud de los niños”.
- ✓ “La importancia de la preparación de los alimentos”.
- ✓ “Valores nutricionales de algunos alimentos”.
- ✓ “Cómo elaborar una dieta adecuada”

Terminado el taller se les entrega una hoja de evaluación, obteniendo lo siguiente:

Valoración de los padres	Asistentes	Porcentaje
Buena	20	80.0
Regular	4	16.0
Mala	1	4.0
Total	25	100.0



Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Del Taller Nº 2-

Taller 2: “Cómo saber cuál es comida chatarra”.(Teórico-práctico)

Objetivo: Diferenciar la comida chatarra de la alimentación saludable.

El Segundo taller se lo realizó dos semanas después, en el tiempo intermedio a cada taller se intercaló actividades relacionadas con los talleres que permitan dar coherencia y continuidad a la capacitación, se elabora el cartel de los alimentos y la dieta multicolor, además se exhibe en el cartelero de la escuela la diferencia entre alimentos chatarra y los alimentos saludables, incentivando a los niños del primero de básica a explicar a los niños más pequeños, el contenido de los mismos, fortaleciendo el proceso mediante la técnica niño a niño.

Con los niños.- El segundo taller con los niños se lo realiza el 22 de abril del 2003 en el aula de clases y con la presencia de la maestra, se lee un cuento lúdico sobre “María la niña que enfermó por comer comida chatarra”, se buscó maximizar los efectos negativos de la alimentación con comida chatarra y se resaltó las propiedades de las frutas y verduras.

Para evaluar lo aprendido se les entregó fichas que contenían diferentes tipos de alimentos y se les pidió que los alimentos saludables y naturales los pegaran en una cartulina colocada sobre la pared y los alimentos chatarra los pusieran en un cesto. Esta técnica permitió que sean los propios niños quienes diferencien los dos grupos.

Se tomó nota del sistema de ordenamiento de cada uno de los niños y niñas y de esta manera se evaluó la charla.

Comprensión de los niños	Niños	Niñas	Total	Porcentaje



Buena	10	7	17	100
Regular	-	-	-	-
Mala	-	-	-	-
Total	10	7	17	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Terminado el taller les entrego una hoja pequeña en blanco para que evalúen el taller, con la siguiente escala.

☹ - Malo.

☺ - Regular.

☺ - Bueno.

Evaluación	Niños	Niñas	Total	Porcentaje
☺	10	7	17	100.0
☺	-	-	-	-
☹	-	-	-	-
Total	10	7	17	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Con los padres de familia- El taller se convoca para el día viernes 25 de abril y se lo realiza en el centro educativo “Alianza Francesa”, con la participación de 30 personas, incluido el responsable de la elaboración del refrigerio escolar, los propios niños fueron los encargados de invitar a sus padres a la charla y adicionalmente se envió una invitación en el cuaderno de notas que poseen los niños, adicionalmente se invita a los niños para que expongan lo aprendido.

El taller duró dos horas, la primera se abordó los siguientes subtemas:

- ✓ A qué se considera comida chatarra.
- ✓ Impacto de los alimentos con colorantes y preservantes sobre la salud de los niños.
- ✓ Influencia de los medios de comunicación sobre la alimentación.

En la segunda hora, fueron los propios niños quienes expusieron lo aprendido en los talleres anteriores, fortaleciendo la retroalimentación niño – padre.



Concluido el taller se entrega una hoja de evaluación, obteniendo lo siguiente:

Valoración de los padres	Asistentes	Porcentaje
Buena	30	100.0
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	30	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Del Taller Nº 3.-

Taller 3: Recetas fáciles de preparar. (Teórico-práctico)

Objetivo: Elaborar alimentos saludables como alternativa a lo clásico.

El tercer taller se lo realizó dos semanas después, en el tiempo intermedio al taller 2 y taller 3, se elaboró el huerto escolar, cada niño fue responsable de traer semillas de diferentes clases, la elaboración del huerto fue realizada por los propios niños, en la construcción del cajón por pisos, ayudaron los padres de familia, pero la preparación de la tierra, semillas, y siembra la realizaron los propios niños, se designó a los responsables del cuidado del huerto, como es deshierba y regadío. La convocatoria para el taller con los padres de familia fue responsabilidad de cada uno de los niños del primero de básica, asistieron 28 personas, padres de familia y maestras.

Con los niños.- El tercer taller con los niños se lo realiza el 6 de mayo del 2003 en el aula de clases y con la presencia de la maestra, la elaboración de golosinas naturales fue presentado como una alternativa a las clásicas golosinas, y además permitió incorporar a los niños en el proceso de elaboración. Se elaboraron chocolates de diferentes frutas, como uvas, fresas y pasas, los cuales fueron repartidos a los demás niños de la escuela, además



se elaboraron chupetes de frutas y chocolate que los niños llevaron a casa como regalo para el “Día de la madre”.

En una segunda etapa elaboraron la ensalada multicolor, incorporando lechuga, coliflor, y tomate, preparando una vinagreta de limón más ajo; además elaboraron el puré de verduras, como puré de zanahoria y puré de brócoli, todo esto fue servido como refrigerio del día. Las recetas realizadas fueron resocializadas por los niños en casa con los padres.

Por sugerencia de los pequeños se empieza a preparar una función de títeres para exponer a los demás niños todo lo que ellos aprendieron, y construimos nuestro propio cuento sobre “El dinosaurio que no crecía y no podía jugar porque no comía saludable”.

Para la evaluación de este taller se evaluó la participación de los niños y los criterios con los que aportaron.

Comprensión de los niños	Niños	Niñas	Total	Porcentaje
Buena	9	6	15	88.2
Regular	1	1	2	11.8
Mala	-	-	-	-
Total	10	7	17	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Terminado el taller les entrego una hoja pequeña en blanco para que evalúen el taller, con la siguiente escala.

	Evaluación	Niños	Niñas	Total	Porcentaje
☹ - Malo.	☺	10	7	17	100.0
☺ - Regular.	☹	-	-	-	-
☺ - Bueno.	☹	-	-	-	-
Total		10	7	17	100.0

AUTOR: Bioquímica. Mónica Ayala Cruz



Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Con los padres de familia.- El taller se convoca para el día viernes 9 de mayo y se lo realiza en el centro educativo “Alianza Francesa”, con la participación de 30 personas, incluido el responsable de la elaboración del refrigerio escolar, los propios niños fueron los encargados de invitar a sus padres a la charla y adicionalmente se envió una invitación en el cuaderno de notas que poseen los niños.

El taller duró dos horas, la primera se abordó los siguientes subtemas:

- ✓ Cómo llevar una dieta balanceada.
- ✓ Criterios importantes en la elaboración de la dieta.
- ✓ Recetas nutritivas y fáciles de preparar.

Finalizado el taller se brindó un refrigerio, con recetas elaboradas con criterio de alimentos saludables.

Concluido el taller se entrega una hoja de evaluación, obteniendo lo siguiente:

Valoración de los padres	Asistentes	Porcentaje
Buena	30	100.0
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	30	100.0

Fuente directa
Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Del Taller Nº 4.-

Taller 4: Podemos cultivar en casa y cómo hacerlo. (Teórico-práctico)

Objetivo: Elaborar un huerto familiar.



El cuarto taller se lo realizó únicamente con padres de familia, incluido el responsable de la elaboración del refrigerio escolar, se convocó por intermedio de los niños del primero de básica al taller. No se realizó con los niños puesto que la elaboración del huerto escolar fue realizado con anterioridad.

Con los padres de familia.- El taller se convoca para el día viernes 23 de mayo y se lo realiza en el centro educativo “Alianza Francesa”, con la participación de 30 personas, padres de familia y maestras. Tuvo una duración de dos horas y se abordaron los siguientes subtemas:

- ✓ La importancia de ingerir alimentos seguros.
- ✓ Enfermedades relacionadas con contaminación alimentaria.
- ✓ Cómo cultivar en casa nuestro alimentos.

Concluido el taller se entrega una hoja de evaluación, obteniendo lo siguiente:

Valoración de los padres	Asistentes	Porcentaje
Buena	30	100.0
Regular	-	-
Mala	-	-
Total	30	100.0

Fuente directa

Elaboración : Dra. Mónica Ayala.

Una vez finalizado el proceso de capacitación, se planifica realizar el día del compromiso y de la salud, el cual coincide con el día de finalización de clases, para lo cual se organiza el concurso del “Plato más nutritivo” y por parte de los niños se organiza una exposición de los conocimientos adquiridos en alimentación saludable, todo el proceso se sella con el juramento de los niños de ser “Guardianes de la alimentación saludable en casa y en la escuela”.

Parte III.-

5.1.4.3 De la evaluación de resultados.



Se realiza una evaluación de proceso aplicando la matriz de evaluación, evaluación de resultados aplicado al programa de capacitación cuyas resultados se expresaron en cuadros anteriormente finalmente una evaluación de impacto sobre los indicadores utilizados.

5.1.4.3.1 EVALUACIÓN DE PROCESO

TITULO DEL PROYECTO	ESTILOS DE VIDA SALUDABLES. “Potenciación de las prácticas alimentarias para mejorar la salud en el primer grado de básica de la Unidad Educativa Alianza Francesa”.
FECHA DE INICIO	2 de enero del 2003.
RESPONSABLE	Dra. Mónica Ayala Cruz.



SUBCRITERIOS	CRITERIO 2. LA PROPUESTA		Puntaje:
	CRITERIO 1.		Comentarios Puntaje:
	a. Los resultados esperados del proyecto tienen planes para ser implementados, a fin de contribuir a mejorar las condiciones de vida del grupo de estudio.	☹ ☹ ☺ X	4 4: Sí.
	b. Los beneficios esperados son alcanzables en caso de implementar a escala macro los resultados del proyecto.	☹ ☺ ☹ ☺ X X	4 : Los datos estadísticos a nivel nacional, sobre la deficiencia de la nutrición infantil, dan soporte a la apertura de los próximos grupos meta.
	c. El Objetivo General está expresados con claridad.		
	b. La descripción del problema planteado que da origen al proyecto está adecuadamente enmarcada en la realidad nacional y local.	☹ ☺ ☺ ☺ X X	4: Sobre todo cuando la PS, enfoca un eje muy importante como es el de estilos de vida saludables.
	c. La revisión bibliográfica y / o de otra documentación es pertinente y ofrece información útil y adecuada como respaldo.	☹ ☺ X	4: La información encontrada es abundante y pertinente.



CRITERIO 3. DE LA METODOLOGÍA		Puntaje: 1 2 3 4			
SUBCRITERIOS	a. La metodología general propuesta, presenta la calidad y rigurosidad necesaria para lograr los objetivos desde el punto de vista científico y operativo.	☹	☺	☺ X	Comentarios: 4: Sobre todo porque lo considero creativo y acorde a la realidad.
	b. La metodología propuesta permite obtener y validar los resultados de acuerdo al objetivo propuesto.	☹ X	☺	☺	4: Se obtuvo datos cuantificables y cualificables.
	c. Las técnicas y métodos propuestos son los más eficientes para el logro de los resultados propuestos (relación costo / beneficio, tiempo, calidad y precisión requerida).	☹ X	☺	☺	3: Hubo cierta dificultad en el tipo de comunicación con los niños pero se superó en el proceso mismo.



SUBCRITERIOS	CRITERIO 4. DE LAS ACTIVIDADES		Puntaje: 1 2 3 4	
	a. Las actividades a desarrollar es consistente con relación a la metodología propuesta y los resultados esperados (evaluar pertinencia, duración y oportunidad).	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	Comentarios: 4: Reforzaron el proceso fueron un eje fundamental.
	b. Los procedimientos seguidos son claros y adecuados.	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/>	
			4: Sí.	



SUBCRITERIOS	CRITERIO 5.		Puntaje: 1 2 3 4
	DE LOS RESULTADOS		
	a. Los resultados esperados están expresados con precisión.	☹ ☺ ☺ X	Comentarios: 4: Sí
	b. Es posible el logro de los resultados esperados a partir del cumplimiento de las actividades propuestas para cada taller.	☹ ☺ ☺ X	4: Las actividades propuestas refuerzan al proceso.
	c. Los resultados esperados son necesarios y suficientes para cumplir el objetivo general.	☹ ☺ ☺ X	3: La construcción de estilos de vida saludables es un proceso que apenas empieza.
	d. Con los recursos humanos y económicos presupuestados es posible alcanzar los resultados esperados en los plazos previstos.	☹ ☺ ☺ X	3: El financiamiento fue personal y por ende limitado.

5.1.4.3.2 EVALUACIÓN DE IMPACTO.



Evaluación inicial.			Evaluación final.			Variación
Est.nutricional Normal	Número	Porcentaje	Est.nutricional Normal	Número	Porcentaje	
Hombres	3	20.00	Hombres	4	26.66	+6.66
Mujeres	1	14.28	Mujeres	2	28.56	+14.28

Evaluación inicial.			Evaluación final.			Variación
Actitud hacia alimentación	Número	Porcentaje	Actitud hacia alimentación	Número	Porcentaje	
Alim. óptima	10	58.82	Alim. óptima	13	76.47	+17.65

Evaluación inicial.			Evaluación final.			Variación
Preferencia alimentaria	Número	Porcentaje	Est.nutricional Normal	Número	Porcentaje	
Alim. clase a	7	41.17	Alim. clase a	9	52.94	+11.77
Alim. clase b	2	11.76	Alim. clase b	4	23.52	+11.76
Alim. clase c	4	23.52	Alim. clase c	3	17.64	-5.88
Alim. clase d	4	23.52	Alim. clase d	1	5.88	-17.64

Del estado nutricional.- Al determinar el estado nutricional al final del proceso se obtuvo valores positivos, con un porcentaje de mejoría del 6.66%, favoreciendo sobre todo a los niños y niñas con desnutrición aguda, en los casos de desnutrición crónica es difícil apreciar cambios notorios en tan corto tiempo por lo que no hubo variación en estos casos.

Actitud hacia la alimentación.- Al clasificar el tipo de alimentación de los niños obtuve un porcentaje del 10% para alimentación óptima, la escala fue creada en base de los principios de la pirámide alimentaria y que fueron



explicados en la parte metodológica, luego de finalizado el proceso se realizó una nueva medición obteniendo una variación de +17.65%, gracias en su mayoría a las actividades implementadas y la participación de los involucrados en el proceso.

Preferencia alimentaria.- Todos los grupos alimentarios tienen su importancia, sin embargo en el caso de los niños es de mayor importancia los Grupos A y Grupos B, sobre todo por la etapa de crecimiento en la que se encuentran, al medir la preferencia alimentaria al final del proceso y comparando con los datos iniciales obtuve un aumento de la preferencia alimentaria por el grupo a de +11.7% y para el grupo b de +11.7%



Recopilación de algunos criterios vertidos por los padres de familia y niños del primer nivel de básica del centro educativo “Alianza Francesa” en el transcurso del proyecto.

“Cuando Ud. Todavía no venía yo comía Kchitos picantes, huevos Kinder, papas de funda, chicles con colorantes; con Ud. aprendí de la comida saludable, ahora como lo que es bueno zanahoria, brócoli, cebolla, verduras en sopas y el poroto.” Daniel Cornejo – Primero de básica.

“Yo antes no comía el limón porque era agrio, a veces comía frutas, ahora como las verduras, todas las frutas, las sopas, el arroz y todas las cosas buenas que hace mi mamá”. Juan Esteban León – Primero de básica.

“La salud es comer la comida de mi abuelita, de mis tíos y la comida que me da mi mamá, porque la comida de mi mamá es más rica y saludable porque tiene muchos ingredientes, mucho sabor, y tiene proteínas que nos hace crecer los músculos fuertes y sanos”. Fernando Salazar – Primero de básica.

“Yo pienso que un niño para no enfermarse debe comer toda la comida, todo lo que le da la mamá, pero si el niño se come todo, también puede comer golosinas.” Rafael Jara – Primero de básica.

“Me alegra mucho que Ud. esté trabajando con los niños, me ha ayudado mucho, antes era un problema darle de comer, ahora cuando mi hijo viene y me cuenta lo que ha aprendido yo le digo que entonces ponga en práctica y se come nomás las ensaladas”. Rosana de León – Madre de familia.

“Ahora es mejor porque mi guagua ya piensa antes de pedirme que le compre cosas en la tienda, se fija en todo, que no tenga grasa, y que no tenga colorantes, porque él sabe que le hace mal”. Viviana de Cornejo – Madre de familia.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

Porcentajes de desnutrición aguda de 42.8% y 20% para niñas y niños respectivamente, son preocupantes debido sobre todo a que el 73.33% de los padres de familia tienen ingresos aceptables, lo cual demuestra que la desnutrición no es un problema ligado únicamente a lo económico, es notorio el desconocimiento sobre nutrición, y la importancia de esta en el desarrollo de los niños. Al imaginar una centro educativo privado, parecería que los problemas de desnutrición no aparecerían de ninguna manera, sin embargo esta investigación demuestra cuán alejada de la verdad es semejante afirmación.

El momento de analizar la desnutrición crónica, se observa que esta se concentra en las niñas con 10% y en los niños se presenta en el 10% de los casos, debido principalmente a la falta de apetito que presentan algunos niños y la ausencia del cuidado de la madre que ligado a la alta ingesta de alimentos azucarados, con preservantes y colorantes disminuyen notablemente la calidad de alimentación de los niños.

De acuerdo a conversaciones con las abuelas responsables se nota un mejor criterio para la preparación de alimentos, ya que predomina en ellas todavía la importancia de la comida natural conocida y practicada por ellas, para la segunda generación es decir para las madres, existe cierta conciencia de la importancia de la comida natural, pero influyen ciertos factores como son: el trabajo, la falta de tiempo por las innumerables tareas domésticas y despreocupación en algunos casos, en la adopción de prácticas rápidas para la preparación de alimentos, por estas razones el programa de capacitación con los padres favoreció al mejoramiento de la calidad de alimentación mejorando en un 17.65%

La preferencia alimentaria de los niños por las frutas era del 41.7%, fuente importante de vitaminas a los niños, sin embargo el momento de consultar los alimentos ingeridos el día anterior a la encuesta, del total apenas el 6% de los



niños habían ingerido frutas, lo cual demostraba el antagonismo existente entre lo que los niños prefieren y lo que las madres sirven en cada comida

La técnica niño a niño, de niño a padres, me ayudó a la resocialización de los conocimientos impartidos, favoreciendo la participación de los padres en los talleres y permitiendo que se formen unos pequeños “guardianes de la alimentación” dentro y fuera de la escuela.

La elaboración del huerto escolar permitió generar un acercamiento de los niños con las verduras y hortalizas y demostrar la importancia de cultivar de manera segura, al sentirse responsables del huerto, hubo una apertura para ingerirlos después de la cosecha, lo cual permitió a las madres proporcionarles alimentos de este grupo sin mayor inconveniente. La elaboración de las golosinas saludables, les brindó una alternativa natural, la idea no es suprimir lo que les gusta sino modificar por productos naturales estas preferencias.

La socialización con todos los padres de familia del centro educativo promocionó y motivó a los padres y maestras a continuar y ampliar este proyecto en los años posteriores.



BIBLIOGRAFIA

- (1) Restrepo, Elena. Promoción de la Salud. OMS, OPS. Colombia. 2000.
 - (2) Galarza, Mariana. El Poder de la comida. Imprenta Noción. Primera edición. Quito 2002.
 - (3) Biazzzi, Eliza. Salud Total, Edit. Sudamericana, Buenos Aires – Argentina, 1996.
 - (4) Blouin, Claude. La Salud, Enciclopedia médica familiar. Círculo de Lectores. España 1996.
- Galarza, Mariana. ¿Qué hago? Construyamos salud integral desde la escuela. Publicación de Asociación Vivir. Imprenta Noción. Quito 2002.
 - Proyecto Espacios Saludables. Crezco sano porque como bien y juego mucho. Imprenta Noción. Quito 1999.
 - Guías de salud escolar. Los niños por la salud y la vida. Imprenta Gráficas Fernández. Cuenca 1999.
 - Proyecto Espacios Saludables. Cuido mi salud y la de mi familia. Imprenta Noción. Quito 2000.
 - Proyecto Espacios Saludables. Módulo sobre género y nutrición. Imprenta Grafisum. Loja 2000.
 - Guías de salud escolar. Nutrición y salud escolar. Imprenta Taller del Sol. Cuenca 2000.
 - Aguirre Lekue. , M.A. et al. Alimentación Infantil y trastornos asociados. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya. 1996.



- Alimentación infantil. Aspectos de interés farmacéutico. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. 1998.
- Gonzáles Gomis., M. Manual de alimentación infantil para el farmacéutico. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. 1999.
- Vega, Gustavo. Expresiones culturales andinas en Azuay y Cañar, Tomo I, Pág. 28, Publicaciones del IDIS, Cuenca – Ecuador, 1992.
- Astudillo, Jaime. Revista Pucará artículo “Premisas conceptuales y metodológicas sobre el desarrollo cultural de Cuenca y la región”, Pág. 7, Publicaciones del departamento de Filosofía, Letras y Ciencias de la Universidad de Cuenca, Cuenca – Ecuador, 1996.
- Salazar, Blanca. Nutrición, Salud y Energía, 2da Edición, Ecuador, 1991.
- Oscar Lanza V. MD, MPH AIS-Bolivia GENERO, POBREZA Y SALUD.
- Carlos Álvarez-Dardet LAS BASES DE LA PROMOCION DE LA SALUD.
- Ballabriga A, Carrascosa A. Nutrición en la edad preescolar y escolar, En Nutrición en la Infancia y Adolescencia. Ed. ERGON; 1998: 327 – 357.
- <http://www.ecoport.com.ar/articulos/alim-y-salud.htm/>
- [http://www.tupediatra.com/temas/tema 152.htm/](http://www.tupediatra.com/temas/tema%20152.htm/)
- [http://www.ecoport.com.ar/articulos/soberanía.htm/](http://www.ecoport.com.ar/articulos/soberania.htm/)
- <http://www.geocities.com/jorge-a6/requerimientos.html/>
- <http://165.158.1.110/Spanish/sha/prflecu.htm/>
- <http://www.inec.gov.ec/>
- <http://www.mipediatra.com.mx>



ANEXOS 1.

DIAGNOSTICO DE LAS PRACTICAS ALIMENTICIAS DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS DEL PRIMERO DE BASICA DEL CENTRO EDUCATIVO ALIANZA FRANCESA

Nombre:

Fecha de cumpleaños:

Instrucciones: Recorta las figuras y pégalas como respuesta a las preguntas



Qué te gusta comer?	¿Qué comiste ayer en el almuerzo?	¿Qué debe comer un niño para estar sano?

ANEXOS 2.

FICHA DE DIAGNOSTICO DE SALUD FAMILIAR Y ESCOLAR .



DATOS DE IDENTIFICACION			
Nombre:	Edad:	Fecha:	Parentesco:
ASPECTOS FAMILIARES: Instrucciones: Favor marque con una X en la respuesta que corresponda.			
1.- ¿Cuántas personas viven bajo el mismo techo?		Padre: Madre: Hijos: Tíos: Abuelos: Otros: (Especifique)	
3. ¿Mantiene una buena comunicación con sus hijos?		Casi siempre: Algunas veces: Rara vez: Nunca:	
4. ¿Mantiene una buena comunicación con su pareja?		Casi siempre: Algunas veces: Rara vez: Nunca:	
SITUACIONES CRITICAS DE LA FAMILIA			
1. ¿Algún miembro de la familia se quedó sin trabajo?		Casi siempre: Algunas veces: Rara vez: Nunca:	
2. Los padres se separaron o divorciaron		Casi siempre: Algunas veces: Rara vez: Nunca:	
3. ¿Algún miembro de la familia emigró del país?		Casi siempre: Algunas veces: Rara vez: Nunca:	



PRACTICAS ALIMENTARIAS.	
1. ¿Qué comió el día de ayer, detalle por favor?	
2. ¿Cuántas comidas hizo en el día?	Una: Dos: Tres:
3. ¿Quién prepara los alimentos en su hogar?	Mamá: Papá: Abuelita: Empleada: Otros: (Especifique)
INGRESOS MENSUALES.	
1. ¿Cuánto es su ingreso mensual familiar?	Mas de 600 US X mes: De 450 US a 600 US X mes: Menos de 450 US X mes.:
ALIMENTACIÓN POR ESTADO FÍSICO.	
1. ¿Qué alimentación se da a un enfermo?	
2. ¿Qué alimentación se da a los niños?	
ALIMENTACIÓN POR EDAD.	
1. ¿Qué come un niño sano?	
2. ¿Qué come un niño enfermo?	
3. ¿Qué le gusta comer a su hijo / hija?	
DISTRIBUCIÓN DE ALIMENTOS.	
1. ¿A quién se debe servir más cantidad de alimentos?	
2. ¿A quién se debe servir primero los alimentos?	
3. ¿A quién se debe servir la mejor porción?	