



ESCUELA SUPERIOR POLITECNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

**“ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QUE ASISTEN AL CENTRO
INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NUMERO UNO” E
IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL –
CANTÓN PUJILÍ – COTOPAXI, 2012”**

TESIS DE GRADO

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

NUTRICIONISTA DIETISTA

María del Carmen Tovar Zambonino

RIOBAMBA – ECUADOR

2012

CERTIFICADO

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación.

Dra. Sylvia Gallegos

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICACIÓN

Los miembros de tesis certifican que el trabajo de investigación titulado **“ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NUMERO UNO” E IMPLEMENTACIÓN DE ACCIONES DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL – CANTÓN PUJILÍ – COTOPAXI, 2012”**; de responsabilidad de la Srta. María del Carmen Tovar Zambonino ha sido revisada y se autoriza su publicación.

Dra. Sylvia Gallegos.
DIRECTOR DE TESIS

N. D. Valeria Carpio
MIEMBRO DE TESIS

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud en especial a mi querida Dra. Silvia Gallegos Directora de tesis, y mi gran amiga Valeria Carpio Miembro de tesis; quienes con su dedicación, conocimiento, experiencia, paciencia, motivación y con su colaboración pueda terminar con éxito esta investigación.

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública, Escuela de Nutrición y Dietética, por abrir sus puertas y formar en mi una profesional con exitosos.

Agradezco sinceramente al personal, madres de familia, niños y niñas del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Numero Uno” su valiosa colaboración en esta investigación.

DEDICATORIA

A mi amada madre Sra. Judith Zambonino por su comprensión, ayuda y guía en todos los momentos felices y tristes. Por forjar en mí un espíritu luchador lleno bondad con valores, principios y empeño.

A mi hija Naomi Vásquez por compartir, acompañarme y por ser el principal pilar de mi superación, por ese amor incondicional y alegría que me entrega todos los días. Te amo mi princesa.

A mis hermanos por su compañía a lo largo del camino, brindándome su ayuda para culminar una más de mis metas.

A mis abuelitos: Doña Digna Macero y Don Luis Zambonino que amo incondicionalmente.

A Dios Jehová por dotar mi alma de luz, amor, sabiduría y sobre todo perseverancia para lograr mis metas.

RESUMEN

El objetivo de la investigación es evaluar el estado nutricional de niños y niñas menores de cinco años que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche” Número 1 Cantón Pujilí, con el propósito de Identificar el Estado Nutricional y proponer Acciones de Consejería Nutricional. Mediante estudio de tipo descriptivo, transversal, el universo de 45 preescolares, el 64% mujeres y 36% varones; nivel de instrucción de la madre, 42% Analfabeta, Primaria 38% y Secundaria 22% ; nivel de clase social del jefe de hogar, 56% Extracto Popular Bajo y Alto 44%; riesgo de la vivienda nivel medio y bajo 42% y alto 16%; evaluación nutricional en base a indicadores antropométricos (P//E, T//E, P//T); Bajo Peso 62%, Desmedro 36%; IMC 36% Desnutrición, Normal 49 % y Sobrepeso 15%; test de Prácticas Alimentarias, deficiente 60% y mejorada 24%. Frecuencia alimentaria, 47% Proteínas, Hidratos de Carbono 96%, Cereales y Tubérculos 100% y Verduras 58% y Leguminosas 80%. Prácticas de salud, control de peso cuando acude al centro de salud 33%; Las madres no saben si desparasitan 35% y no sabe cuando desparasita 22%. Determinó que las prácticas alimentarias y de salud son deficientes en los niños y niñas menores de 5 años. Se recomienda la aplicación de las Acciones de Consejería Nutricional dirigido a las madres de familia incentivando así las Prácticas Alimentarias, mejorando el buen vivir de los niños y niñas preescolares en los hogares.

SUMMARY

The objective of the research is to evaluate the nutritional status of kids, younger than five years of age that in the Children's Center for Well-being "Niño de Isinche Number One" Pujilí town, in order to identify the Nutritional Status and suggest Nutritional Counseling Activities. On this research descriptive and transversal study were applied. The population of 45 preschool students, the 64% women and 36% men; level mother's education, the 42% illiterate, the 38% Primary and the 22% Secondary school; social status of head of household 56% lower middle class, the 44% upper class; housing risk, the 42% lower and middle level, and the 16% upper level, nutritional evaluation based on the anthropometric indicators (P//E, T//E, P//T); the 62% low weight, the 36% detriment; the 36% IMC malnutrition, the 49% normal, and the 15% overweight; test of eating habits, the 60% deficit, and the 24% improved. Food frequency, the 47% Proteins, the 96% Hydrates of Carbon, the 100% Cereals and Tubers and 58% vegetables and the 80% Legumes; the 33% health habits, checkup of weight in a public health center; the 35% of mothers don't know if their children are dewormed and the 22% of them don't know when to deworm their children. The research work determined that eating and health habits are deficient on kids younger than five years of age. Socializing about Nutritional Counseling Activities with the mothers of the children's Centre is recommended, and thus good eating habits will be encouraged at home to improve the well-being of kids younger than five years of age.

INDICE GENERAL

CONTENIDO	PAGINA
I. INTRODUCCIÓN	1- 2
II. OBJETIVOS	
A. OBJETIVO GENERAL	3
B. OBJETIVO ESPECÍFICOS	
III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	
A. ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES	4
1. <u>Indicadores del Estado Nutricional</u>	5
a. Valores de Referencia	5
b. Antropometría	5
1) Indicadores Antropométricos del Estado Nutricional	6
2) Indicadores de Datos Antropométricos en preescolares	7
3) Mediciones Antropométricas Técnicas: técnicas y equipo	16
a) Equipo Antropométrico	16
b) Técnicas de Medición	17
c. Historia Dietética	20
B. MALNUTRICIÓN: CAUSAS O CONSECUENCIAS	21

1. <u>Causas de Malnutrición</u>	22
2. <u>Consecuencias de la Malnutrición</u>	25
	26
C. CONSEJERÍA NUTRICIONAL	28
1. <u>Objetivos consejería nutricional</u>	28
2. <u>Fases de la consejería</u>	32
IV. HIPÓTESIS	33
V. METODOLOGÍA	33
A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN	33
B. VARIABLES	33
1. Identificación de Variables	33
2. Definiciones de Variables	33
a. Condiciones Sociales	34
b. Practicas alimentarias	34
c. Estado Nutricional	34
d. Sexo	34
e. Edad	35
3. Operacionalización	37
C. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO	37
D. POBLACIÓN	37

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTO	37
1. Consentimiento informado	37
2. Recolección de datos	37
3. Técnicas de Antropometría Utilizada	38
a. Peso	38
b. Estatura	39
c. Longitud	39
4. Procedimiento de Datos	39
5. Análisis de datos	
VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
A. Características biológicas	40
B. Condiciones Socioeconómicas	42
C. Estado Nutricional Según Indicadores Antropométricos	45
D. Practicas Alimentarias	54
E. Prácticas de salud	60
F. Consejería nutricional	71
VII. CONCLUSIONES	91
VIII. RECOMENDACIONES	95
IX. RESUMEN	
SUMMARY	
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95

LISTA DE GRÁFICOS	PÁG.
GRÁFICO 1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN EDAD.	40
GRÁFICO 2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIÑOS Y NIÑAS SEGÚN SEXO.	41
GRÁFICO 3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRES	42
GRÁFICO 4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA	43
GRÁFICO 5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DE HOGAR	44
GRÁFICO 6. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN TALLA//EDAD EXPRESADO PUNTAJE Z	45
GRÁFICO 7. DIAGNOSTICO DE CRECIMIENTO LINEAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	46
GRÁFICO 8. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN PESO//TALLA EXPRESADO PUNTAJE Z	47
GRÁFICO 9. DIAGNOSTICO DE PESO//TALLA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	48

GRÁFICO 10. ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGÚN PESO//EDAD EXPRESADO PUNTAJE Z	49
GRÁFICO 11: DIAGNOSTICO DE PESO//EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	50
GRÁFICO 12: DISTRIBUCIÓN DE LOS PERCENTILES DE IMC DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA	51
GRÁFICO 13: DIAGNOSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA DE ACUERDO IMC/EDAD	52
GRÁFICO 14: DIAGNOSTICO PORCENTUAL DEL TEST DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	53
GRÁFICO 15: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA FORMA DE PREPARACIÓN DE LOS ALIMENTOS	54
GRÁFICO 16: FRECUENCIA QUE EL NIÑO/NIÑA COME AL DÍA	55
GRÁFICO 17: TIPO DE CONSISTENCIA DE LA COMIDA QUE LAS MADRE PROPORCIONA AL NIÑO/NIÑA	56
GRÁFICO 18: IDENTIFICACIÓN DE OTRAS PERSONAS QUE ALIMENTAN AL NIÑO/ NIÑA	57
GRÁFICO 19: FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS	58
GRÁFICO 20: TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE SE SUPRIME CUANDO EL NIÑO/NIÑA TIENE DIARREA	60

GRÁFICO 21: ALIMENTACIÓN QUE SE LE ADMINISTRA AL NIÑO/NIÑA CUANDO SE ESTA MEJORANDO DE UNA ENFERMEDAD	61
GRÁFICO 22: APRECIACIÓN DE LAS MADRES CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DE CONTROL DE PESO DEL NIÑO/NIÑA	63
GRÁFICO 23: PRÁCTICAS DE DESPARASITACIÓN DEL NIÑO/NIÑA	64
GRAFICO 24: FRECUENCIA CON LA QUE SE DESPARASITA AL NIÑO/NIÑA	66
GRAFICO 25: PRÁCTICAS ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y SALUD EN EL HOGAR DE LOS NIÑOS/NIÑAS INVESTIGADOS	68

LISTA DE CUADROS	PAG.
CUADRO 1: RELACIÓN DE ÍNDICES DEL ESTADO NUTRICIONAL	9
CUADRO 2: ÍNDICES DE REFERENCIA SEGÚN POBLACIÓN	12
CUADRO 3: EVALUACIÓN DE ÍNDICES SEGÚN PERCENTILES	14
CUADRO 4: PORCENTAJE DE PESO//TALLA	15
CUADRO 5: PORCENTAJE DE PESO//EDAD	15
CUADRO 6: PORCENTAJE DE TALLA // EDAD	16
CUADRO 7: GUÍA DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	83
CUADRO 8: GUÍA DE ALIMENTACIÓN NORMAL DE NIÑA Y NIÑOS 1 A < 2 AÑOS	86
CUADRO 9: GUÍA DE ALIMENTACIÓN NORMAL DE NIÑA Y NIÑOS 2 A < 5 AÑOS	89

LISTA DE ANEXOS	PAG.
ANEXOS 1:	96
ANEXOS 2:	97
ANEXOS 3:	98
ANEXOS 4:	99
ANEXOS 5:	100

I. INTRODUCCIÓN

Las condiciones de pobreza y marginalidad en la que viven un alto porcentaje de la población ecuatoriana, especialmente los sectores campesino e indígenas, desencadenan una serie de problemas sociales que sin lugar a duda afectan su calidad de vida y el Buen Vivir, este último entendido como ***“la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte digna, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas. El Buen Vivir presupone tener tiempo libre para la contemplación y la emancipación, y que las libertades, oportunidades, capacidades y potencialidades reales de los individuos se amplíen y florezcan de modo que permitan lograr simultáneamente aquello que la sociedad, los territorios, las diversas identidades colectivas y cada uno -visto como un ser humano universal y particular a la vez- valora como objetivo de vida deseable (tanto material como subjetivamente y sin producir ningún tipo de dominación a un otro)”***.¹

En el marco de estas zonas marginadas del desarrollo social y económico se ubica El Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno” del Cantón Pujilí, Provincia de Cotopaxi, al cual asisten de manera regular 45 niños/as comprendidos en la edad de 0 a 5 años. Que proceden de hogares pobres con jefes de hogar subempleados dedicados a trabajos informales como a las faenas agrícolas, de construcción, venta ambulante, lavandería, entre otros; ante estas circunstancias los padres deciden dejar a los menores en el centro infantil, donde los asisten las madres comunitarias quienes

¹ PLAN NACIONAL DEL BUEN VIVIR 2009-2013. CONSTRUYENDO UN ESTADO PLURINACIONAL E INTERCULTURAL

cumplen una ardua labor en el cuidado y alimentación de cada niño/a durante 8 horas diarias.

Las condiciones en la que se desenvuelven los niños/as de este centro de cuidado no son las mejores, pues las madres de familia desconocen normas básicas de atención a los niños y niñas, aspectos que afectan el desarrollo integral de la niñez tanto en sus condiciones de salud como nutricionales sin que existan datos fehacientes de esta realidad,

En base a lo planteado surge la necesidad de valorar, diagnosticar e intervenir en esta Guardería Infantil con fin de dar a conocer su realidad alimentaria y nutricional y con la base de estos resultados implementar acciones de consejería nutricional dirigidas a las madres cuidadoras que prestan sus servicios en este Centro, con la finalidad de garantizar una alimentación balanceada y nutritiva.

Por otro lado, es indispensable recalcar que la nutrición y la salud son indicadores del grado de desarrollo de una población, en este caso la infantil. El círculo vicioso de pobreza- enfermedad solo puede ser erradicado cuando los actores involucrados en el problema tengan una educación nutricional apropiada y una salud preventiva con una consejería técnica, para evitar el apareamiento de enfermedades crónico-degenerativas. La atención integral de los preescolares requiere de un compromiso entre los organismos ejecutores como es el MIES (Ministerio de Inclusión Económica y Social), el INFA (Instituto de la Niñez y la Familia); a ellos se suma el trabajo tesonero de las madres comunitarias que son las encargadas de la atención a los niños/as del Centro Infantil, así como el de los padres de familia que necesitan de consejería nutricional adecuada. Oportuna y pertinente

II. OBJETIVOS

A. GENERAL

Evaluar el estado nutricional de los pre escolares que asisten al Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno” e implementación de acciones en Consejería nutricional.

B. ESPECÍFICOS

- a. Identificar las características biológicas de la población investigada.
- b. Conocer las condiciones socioeconómicas.
- c. Identificar las prácticas alimentarias de las madres.
- d. Evaluar el estado nutricional de los niños/as mediante indicadores antropométricos.
- e. Implementar acciones de consejería nutricional dirigida a madres cuidadoras y a las madres de los niños del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno”.

III. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

A. ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes, será por lo tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso.

Se debe tener en cuenta los diferentes factores que afecta al estado nutricional como:

- ✓ Educación
- ✓ Disponibilidad de alimentos
- ✓ Prácticas alimentarias
- ✓ Prácticas de salud
- ✓ Ingreso económico de la familia
- ✓ Distribución de alimentos dentro de la familia
- ✓ Lactancia materna
- ✓ Hábitos de higiene

El Estado Nutricional se determina según los métodos de: antropométrica, dietéticos, bioquímicos y clínicos, que identifican aquellas características que se asocian con

problemas alimenticios y nutricionales. Este método es posible detectar a los individuos mal nutridos por déficit, por exceso o que se encuentran en riesgo nutricional.

1. Indicadores del Estado Nutricional

Son instrumentos de diagnóstico del estado nutricional de los niños y niñas preescolares (normalidad, desnutrición, sobrepeso, y obesidad). Representan el uso de índices, con valores límites determinados.

a. Valores de Referencia

Es el conjunto de datos o valores provenientes de una población sana y bien nutrida, representativa de los distintos sexos y grupos de edad, con lo cual se construye tablas o con rangos de normalidad que sirven de **patrón de referencia**. Estos datos clasifican a la población de acuerdo a criterios preestablecidos. Para los niños menores de 5 años durante muchos años se ha utilizado los patrones de referencia de la National Center for Health Statistics (NCHS), la OMS en el año 2006 publicó las nuevas curvas de crecimiento para uso mundial las mismas que han sido instituidas por MSP en el 2010.

b. Antropometría

Es el método más aplicable, económico y no invasivo para determinar las dimensiones, las proporciones y la composición del cuerpo humano. Dado que las dimensiones corporales de cada edad reflejan el estado general de salud y de bienestar de los individuos y de las poblaciones, la antropometría puede ser empleada para estimar la funcionalidad, el estado de salud y sobre vivencia. Los datos antropométricos, que han demostrado ser de mayor utilidad para valorar el estado de nutricional son: **el peso, la talla, el perímetro craneal, el perímetro del brazo y el grosor del pliegue cutáneo**. En líneas generales se puede afirmar que el peso, perímetro del brazo y pánículo

adiposo reflejan las alteraciones recientes de la nutrición, mientras que la talla se afecta solamente en los cuadros crónicos.

Sin embargo, es importante considerar que la aplicación de la antropometría deberá realizarse con cautela debido a la validez que pueda tener tanto las mediciones como la evaluación de las mismas; así mismo deben considerarse los cambios en las mediciones de acuerdo al grupo de edad con el cual se esté trabajando, ya que ambos aspectos determinan la existencia de errores que invalidan esta evaluación.

La OMS recomienda el uso de las curvas de crecimiento elaboradas por el Nacional Center For Health Statistics (NCHS) ya que los pesos y tallas de niños provenientes de grupos socioeconómicos alto y medio de países subdesarrollados son similares a los niños de países desarrollados con antecedentes comparables.

1) Indicadores Antropométricos del Estado Nutricional

Es útil distinguir la evaluación antropométrica en el estado nutricional de los preescolares considerando así los principales indicadores antropométricos clasificados según esquema. (6)

- ✓ **Peso para la edad (P//E).**- Refleja la masa corporal en relación con la edad cronológica, esta influenciada por la talla. En este indicador permite establecer la insuficiencia ponderal o desnutrición global que da una visión general del problema alimentario nutricional del individuo. (6)

- ✓ **Talla para la Edad (T//E).**- Es el indicador que refleja el crecimiento lineal continuo. Se relaciona con una alimentación adecuada y se manifiesta con el estado nutricional a largo plazo del individuo. El niño normal puede cambiar de percentil en cierto rango, durante el primer año de vida, debido a que la talla de nacimiento es

poco influenciada por factores genéticos o constitucionales; y, estos habitualmente se expresan durante el primer año, periodo en el cual el niño adquiere su canal de crecimiento. Este indicador permite detectar el retardo de crecimiento “desnutrición crónica” que se relaciona con la deprivación nutricional a la que ha estado sometido el individuo. (2)(6)

- ✓ **Peso para la Talla o Longitud (P//T).**- Es un indicador del estado nutricional actual o de la gravedad del estado nutricional y no requiere conocimiento preciso de la edad.

Es útil para el diagnóstico de malnutrición (desnutrición o sobrepeso/ obesidad). No es aconsejable utilizarlo como único parámetro de evaluación ya que puede no diagnosticar como desnutridos a algunos niños que efectivamente lo son (algunos casos de retraso global de crecimiento). Por ello, se recomienda el uso combinado de los índices peso/talla y talla/edad, lo que permite una evaluación más precisa.

- ✓ **Índice de Masa Corporal.**- Es un número que pretende determinar, a partir de la estatura y de la masa, el rango más saludable de masa que puede tener una persona. El IMC resulta de la división de la masa en kilogramos entre el cuadrado de la estatura expresada en metros.(6)

2) Interpretación de Datos Antropométricos en Preescolares.

La evaluación e interpretaciones de los datos antropométricos están sujetas a la selección de índices, tablas de referencia para su evaluación así como los puntos de corte permitirán establecer diagnósticos antropométricos correctos cuyo nivel de sensibilidad y especificidad sea adecuado. Entendiéndose por sensibilidad al indicador que permita identificar y clasificar a los preescolares con problemas de salud. Un indicador con baja sensibilidad arrojará muchos falsos positivos (personas no enfermas

clasificadas como enfermas). Estableciéndose así que, en un panorama ideal, el indicador deberá ser 100% específico y sensible.(2)

Para evaluación de las mediciones, resulta indispensable en primera instancia la construcción de índices, los cuales son combinaciones de mediciones o características del individuo. El peso corporal se relacione con la edad, el sexo o la estatura de la persona. Así, por ejemplo, si se relaciona el peso con la estatura puede obtenerse el indicador de masa corporal (IMC), que permite evaluar la condición del preescolar. El análisis de estos índices clasifica al preescolar en categorías antropométricas al compararse con la distribución de una población de referencia, la cual debe estar integrada por sujetos sanos y con un estado de nutrición adecuado, lo cual permite clasificar al preescolar como normal, superior a lo normal o inferior a lo normal, dándole así una ubicación específica sin embargo para maximizar la efectividad del diagnóstico antropométricos a partir de la clasificación mencionada, se debe utilizar técnicas estadísticas basadas en puntuación Z o en datos percentilares.

La evaluación antropométrica depende de la mediación de las dimensiones físicas y la composición corporal del preescolar. La antropométrica es una técnica indispensable para evaluar el estado nutricional, ya que permite identificar a preescolares en riesgo o con problemas de deficiencias nutricionales (de desnutrición a obesidad) y evaluar la efectividad de una terapia nutricional. (1)

Como se ha mencionado, la evaluación antropométrica de los niños no solo representa un indicador de su estado nutrición, sino que son un reflejo del crecimiento lineal que se presenta. Para ello, en el caso de niños preescolares las mediciones necesarias para la evaluar la masa corporal total son: peso, estatura o longitud (se diferencia la estatura de la longitud, ya que la primera medición se realiza con el niño parado, la longitud se refiere a la medición con el niño acostado normalmente hasta los dos años de edad en

que el niño pueda sostenerse por si mismo sin ayuda), circunferencia cefálica
 circunferencia de brazo, para con ellos obtener índices:

- ✓ Peso/edad
- ✓ Peso/talla
- ✓ Talla/edad
- ✓ Índice de masa corporal (peso/talla²)
- ✓ Circunferencia cefálica/edad

Cada una de los índices mencionados evalúa distintos aspectos relacionados con el estado de nutrición y de crecimiento lineal de los niños como presenta en el cuadro.

CUADRO 1: Relación de Índices del Estado Nutricional

ÍNDICE	¿QUÉ EVALÚA?	DETECTA
Peso / edad	El peso del niño en relación con un grupo de niños de la misma edad.	Desnutrición – bajo peso. Obesidad – sobrepeso. No definido para los niños y adolescentes mayores de 10 años debido a las diferencias inherentes a la maduración sexual.
Peso / talla	El peso del niño en relación a su propia estatura.	Desnutrición aguda – bajo peso. Definida por Waterlow como: emaciación.

		<p>Obesidad – sobrepeso.</p> <p>No definido para niños mayores de 5 años y adolescentes, ya que es sustituido por el índice de masa corporal.</p>
Talla / edad	<p>La estructura del niño en relación a la estatura esperada para niños de la misma edad.</p>	<p>Desnutrición crónica con alteración en el crecimiento lineal.</p> <p>Definida por Waterlow como desmedro.</p>
Índice de masa corporal	<p>La relación del peso del niño en relación con su propia estructura.</p>	<p>Desnutrición – bajo peso.</p> <p>Obesidad – riesgo de obesidad.</p>
Circunferencia cefálica / edad	<p>Crecimiento encefálico del niño en relación con su edad, refleja crecimiento anormal del cerebro especialmente durante el primer año de vida; posteriormente el crecimiento disminuye por lo cual deberá medirse solo hasta los 36 meses de edad.</p>	<p>Indicador de desnutrición.</p>

	Se considera un indicador de riesgo pero su relación con el estado de nutrición es pobre.	
Circunferencia de brazos / edad	La circunferencia de brazos del niño en relación con su edad.	Representa una mediación indirecta de desnutrición cuando se utiliza en evaluación de poblaciones ya que una mediación <12.5 cm se ha relacionado de manera directa con presencia de desnutrición en poblaciones y representa un predictor de mortalidad para estos casos, considerándose por ello un indicador de riesgo poblacional para comparación a partir de los 3 meses de edad

FUENTE: Libro abcd de la nutrición del estado nutricional

Es importante reconocer que la evaluación de estos índices normalmente se da en conjunto y no de forma aislada, ya que habitualmente un niño presenta alteraciones en más de un índice, por ello la combinación de índices nos indicará aspectos específicos de su estado de nutrición. La interpretación de los índices así como las combinaciones más frecuentes se presentan en el cuadro.

CUADRO 2: Índices de Referencia Según Población

ÍNDICES	UBICACIÓN EN RELACIÓN CON LA POBLACIÓN DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
Peso / edad		
	Inferior	Desnutrición o bajo peso.
	Superior	Obesidad – sobrepeso.
Peso / talla		
	Inferior	Desnutrición aguda o emaciación. Bajo peso.
	Superior	Obesidad – sobrepeso
Talla / edad		
	Inferior	Desnutrición crónica con alteración en el crecimiento lineal – desmedro.
	Superior	Sin relevancia clínica.
Índice de masa corporal		
	Superior	Desnutrición o bajo peso.
	Inferior	Riesgo de obesidad.

		Obesidad.
Combinación de índices.		
Peso / edad +	Inferior	<p>Peso normal</p> <p>Es importante considerar que el índice p/t tiene mayor sensibilidad y especificidad que p/e, ya que evalúa al niño en relación con si mismo.</p>
Peso talla	Normal	
O peso / talla +	Superior	
Peso / talla	Normal	
Peso / edad +	Inferior	Desnutrición o bajo peso.
Talla / edad	Normal	
Peso / edad +	Superior	Obesidad o sobrepeso
Talla / edad	Normal	
Peso / talla +	Inferior	Desnutrición aguda – emaciación.
Talla / edad	Normal	
Peso / talla +	Superior	Obesidad o sobrepeso
Talla / edad	Normal	
Peso / talla +	Normal	Niño grande sin significancia nutricia.
Talla edad	Inferior	
Peso / talla +	Inferior	Desnutrición crónica agudizada, estado emaciado y desmedro.
Talla / edad	Interno	
Peso / talla +	Normal	Desnutrición crónica desmedro
Talla / edad	Inferior	

FUENTE: Libro abcd de la nutrición del estado nutricional

Para la evaluación de los índices anteriores, se debe ubicar el dato o medición realizada en el niño en la tabla de referencia específica, anotar el percentil más cercano en que se ubica la medición; el dato que se interpreta es el percentil en el que se encuentra el niño tomando como base el cuadro.

CUADRO 3: Evaluación de Índices según Percentiles

PERCENTIL	UBICACIÓN EN RELACIÓN AL PATRÓN DE REFERENCIA	INTERPRETACIÓN
<5	Inferior	Riesgo de desnutrición
5 -95	Normal	Normal
>95	Superior	Riesgo de obesidad (con la excepción de t/e)

FUENTE: Libro abcd de la nutrición del estado nutricional

Estos índices se evalúan con base en los puntos de corte propuestos por los mismos autores, pero fueron esencialmente determinados para los problemas de desnutrición por lo que carecen de validez en los casos en que la estatura o el peso son normales o excesivos; su interpretación se realiza en conjunto con la evaluación de los índices previos (p/e, p/t, p/e). Su cálculo y evaluación se presenta a continuación:

Porcentaje de Peso // Talla (Federico Gómez)

$$\%p/e = \frac{\text{peso real}}{\text{peso de referencia}} \times 100$$

Cuadro 4: Porcentaje de Peso//Talla

% P//E	INTERPRETACIÓN
> 90	Normal
75 – 90	Desnutrición leve – 1 ^{er} grado
60 – 74	Desnutrición moderada – 2 ^{do} grado
<60	Desnutrición severa – 3 ^{er} grado

FUENTE: Libro abcd de la nutrición del estado nutricional

Porcentaje de Peso//Edad (Federico Gómez)

$$\%p/e = \frac{\text{peso real}}{\text{peso de referencia}} \times 100$$

Cuadro 5: Porcentaje de Peso//Edad

% P/E	INTERPRETACIÓN
> 90	Normal
75 – 90	Desnutrición leve – 1 ^{er} grado
60 – 74	Desnutrición moderada – 2 ^{do} grado
<60	Desnutrición severa – 3 ^{er} grado

FUENTE: Libro abcd de la nutrición del estado nutricional

Porcentaje de Talla // Edad (Federico Gómez)

$$\%t/e = \frac{\text{peso real}}{\text{peso de referencia}} \times 100$$

Cuadro 6: Porcentaje de Talla // Edad

% T//E	INTERPRETACIÓN
> 90	Normal
75 – 90	Desnutrición leve – 1 ^{er} grado
60 – 74	Desnutrición moderada – 2 ^{do} grado
<60	Desnutrición severa – 3 ^{er} grado

FUENTE: Libro abcd de la nutrición del estado nutricional

3) Mediciones Antropométricas Técnicas: Técnicas y Equipos.

Existen dos mediciones antropométricas para la evaluación de los niños menores de 5 años que son peso y estatura como también las circunferencias y en algunos casos pliegues cutáneos, asimismo, se han descrito una gran cantidad de índices. Todos estos modelos antropométricos han sido desarrollados para predecir la composición del organismo en los diferentes grupos de edad. Vale la pena mencionar que de todas las edades reportadas, se pueden ubicar algunas que permiten evaluar el estado de nutrición del individuo ya que cuentan con patrones de referencia para compararlas y puntos de corte para evaluar, pero muchas otras pueden ser utilizadas solo para monitoreo longitudinal o seguimientos del individuo, ya que no cuentan con alguno o ambos de los aspectos mencionados. (4)

a) Equipo Antropométrico (7)

Como antes se mencionó una de las fuentes de error en la evaluación antropométrica la representa el equipo, ya que existen una gran cantidad de equipos disponibles en el mercado pero no todos pueden ser utilizados ya que no todos cumplen con los criterios de calidad necesarios. A continuación se establecen las características y cualidades que deben poseer los equipos.

- ✓ **Estadiómetro o Infantómetro.-** Consiste en una guía vertical graduada con una base móvil que se hace llegar a la cabeza del individuo y que corre sobre la guía vertical que es fija a una pared sin zoclo; con una longitud de 2.2 m y una precisión de 1mm. El Infantómetro se coloca sobre una superficie plana o se puede colocar en la pared y bajo el mismo principio permite medir al niño acostado; se utiliza para aquellos que no pueden sostenerse de pie por si mismos
- ✓ **Báscula.-** Puede utilizarse una báscula electrónica o mecánicas, con una precisión de ± 100 gramos, que pueda ser calibrada y con una capacidad de 150 kg. para evitar errores sistemáticos deberá colocarse en una superficie plana, horizontal y firme, así como estar calibrada.
- ✓ **Cinta antropométrica.-** Flexible, no elástica, de fibra de vidrio o metálica con una precisión de ± 0.1 cm. Anchura recomendable 5 a 7mm, con una longitud de 2m, y que la graduación no comience justo en el extremo de la cinta.

b) Técnicas de Medición

Como se mencionó, las técnicas para realizar las mediciones antropométricas utilizan el protocolo establecido por Lohman y que la OMS recomienda; sólo en el caso de circunferencia de abdomen el protocolo de medición es el establecimiento por los

Institutos Nacionales de Salud de estados Unidos y que la OMS acepta. A continuación se establecen las características y cualidades que deben poseer los equipos.

- ✓ **Peso.-** La medición se realizará sin zapatos ni prendas pesadas. Lo deseable es que el sujeto vista la menor cantidad posible de prendas, o bien alguna prenda con peso estandarizado, como las batas deseables. El peso de estas prendas no deberá restarse del peso del sujeto. El sujeto debe estar con la vejiga vacía y de preferencia por lo menos dos horas después de consumir alimentos. El individuo deberá estar en el centro de la báscula y mantenerse inmóvil durante la medición. La posición que tome el sujeto si este se coloca viendo hacia la ventana de registro o regla de báscula o dando la espalda a esta última no modifica la medición. La persona que tome la medición deberá vigilar que el sujeto no esté recargado en la pared ni en ningún objeto cercano y que no tenga alguna pierna flexionada. Estas precauciones tienen como propósito asegurar que el peso esté repartido de manera homogénea en ambas piernas. Se registrará el peso cuando se estabilicen los números de la pantalla en la báscula digital o cuando la barra móvil de la báscula mecánica se alinee con el identificador fijo que está en la parte terminal de la barra móvil y que, por lo general esta identificado con una flecha de color. La báscula deberá colocarse de tal manera que el medidor pueda hacer la lectura delante del sujeto sin que tenga que pasar los brazos por detrás de este. El peso deberá ajustarse a los 100 gramos más cercanos; es importante mencionar que el peso de un individuo tiene variaciones interpersonales a lo largo de un día, por tal motivo, es recomendable registrar la hora en que se realizó la medición del peso o bien homogenizar el momento del día en el que se realiza la medición.

- ✓ **Estatura.-** El sujeto deberá estar descalzo y se colocará de pie con los talones unidos, las piernas rectas y los hombros relajados. Los talones, espátulas, cadera

y la parte trasera de la cabeza debe estar pegados a la superficie vertical en la que se sitúa el establecimiento. Para evitar imprecisiones deberá vigilarse que no existan tapetes en el sitio donde se pare al individuo. La cabeza deberá colocarse en el plano horizontal de Frankfort, el cual se representa con una línea entre el punto más bajo de la órbita del ojo y el trago. Justo antes de que se realice la medición, el individuo deberá inhalar profundamente, conocer el aire y mantener una postura erecta mientras la base móvil se lleva al punto máxima de la cabeza con la precisión suficiente para comprimir el cabello deberá registrarse en caso de que pudieran interferir con la medición.

- ✓ **Longitud.-** Para la medición se requieren dos personas, el niño se colocará en posición supina, la corona de la cabeza deberá tocar el borde fijo del Infantómetro; la línea media del cuerpo deberá coincidir con la línea de la mesa de medición y con la cabeza sostenida en el plano de Frankfort. Los hombros y glúteos planos sobre la mesa, con las piernas extendidas y los brazos descansados a los lados del tronco. Uno de los medidores sostendrá la cabeza al final mes, el segundo medidor sostendrá las rodillas con una mano y con la otra mano moverá la barra hasta tocar las plantas de los pies. La medición se registra al 0.1cm más cercano.

- ✓ **Circunferencia cefálica.-** El niño deberá estar sentado, eliminando cualquier objeto del cabello, el medidor se coloca al lado izquierdo del niño y tomará la cinta con la mano izquierda, colocando el número 0 de la cinta en la cabeza por encima de la oreja. Pasar la cinta alrededor de la cabeza con la mano derecha hasta que la marca del número 0 quede inferior al valor que se anotará. La cinta deberá pasar justo por encima de las cejas; en la parte superior se colocará por la parte más prominente. Se deberá mantener la cabeza en el plano horizontal de Frankfort, pero el plano de la cinta deberá ser igual en ambos lados de la cabeza. La cinta debe

comprimirse fuertemente de manera que comprima totalmente el cabello. La medición se registra al 0.1 cm mas cercano.

c. Historia Dietética (7)

Por su parte, la información dietética se obtiene de los hábitos alimentarios del individuo, consiste en recabar la información relacionada con el patrón de alimentación, incluidos números de comidas por días, horarios, colaciones, en su caso, en su caso lugar donde consume sus alimentos, gustos y preferencias, tiempo que dedica a las comidas, intolerancias o alergias, etc.

Para evaluar la ingestión de alimentos o las características de la diete del paciente suelen utilizarse diferentes métodos (cuantitativos, cualitativos, semicuantitativos) así como el recordatorio de 24H, el cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos, el diario de alimentación o el perfil de la dieta habitual.

Debe tenerse en cuenta que cada instrumento proporciona información diferente. Por una parte, con el recordatorio de 24H se obtiene información de tipo cuantitativo y cualitativo, mientras que la frecuencia de consumo de alimentos y la dieta habitual aportan información de tipo cualitativo. No hay métodos ni instrumentos buenos o malos de por sí, la elección depende del objeto y el marco en que se realiza la valoración. Por ejemplo, si se desea conocer el consumo energético y la fibra de un paciente, se necesitara la información cuantitativa que proporciona el recordatorio 24h, pero si lo que se busca es evaluar la calidad de la dieta, se podrá realizar una frecuencia de consumo de alimentos previamente validada. Se debe tener en cuenta los componentes de la historia dietética:

- Número de comidas por día.
- Horario de comidas.

- Colocaciones o refrigerios.
- Alergias a ciertos alimentos (p. ej.: mariscos, pescado, aguacate, etc.)
- Preferencias y aversiones.
- Intolerancia a determinados alimentos (p. ej., a gluten, lactosa, etc.)
- Restricciones alimentarias.
- Evaluación de sensaciones de hambre y saciedad.
- Antecedentes de dietas previas y resultados.
- Antecedentes de medicamentos para bajar de peso.
- Bebidas preferidas (agua, café, te, etc.)

B. MALNUTRICIÓN: CAUSAS O CONSECUENCIAS

El término “malnutrición” significa alteración de la nutrición, tanto por defecto (desnutrición) como por exceso (hipernutrición). Es por lo tanto, el resultado de un desequilibrio entre las necesidades corporales y a la ingesta de nutrientes que puede llevar a un síndrome de deficiencia, obesidad. La producción mundial de alimentos es actualmente suficiente para proporcionar una dieta adecuada a todos los habitantes del planeta .Frente a esta terrorífica realidad del hambre en el mundo, la revista *Medicine de España*, señala que “*120 millones de niños menores de 5 años sufren malnutrición proteica y 2.000 millones de personas presentan carencias de micronutrientes*), en los países industrializados las tasas de mortalidad por enfermedades relacionadas con un exceso de alimentos (*enfermedades cardiovasculares, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, etc.*) van en aumento y representan la causa más frecuente de mortalidad entre sus habitantes. La desnutrición se produce por una ingesta inadecuada, malabsorción digestiva, pérdida anormal de nutrientes por el tubo digestivo, hemorragia, fallo renal o excesiva sudación, infección o adicción a drogas” (5)

Por lo manifestado la malnutrición es causada por una serie de combinaciones de factores que al ir acumulando produce un efecto nocivo en la salud del individuo por déficit o exceso, entonces la alimentación debe ser equilibrada de acuerdo a las condiciones corporales de las personas o sus necesidades nutrientes que exige el organismo , por lo tanto la identificación de estas causas y su análisis constituyen requisitos básicos para comprender la evaluación del estado nutricional que es el punto de partida para el presente trabajo de investigación.

1. Causas de la Malnutrición.

La desnutrición es un problema epidemiológico de la nutrición que se caracteriza, por deficiencias específicas y con presencia de enfermedades infecciosas y crónicas que están relacionadas con la mala nutrición. Mayor entre la población indígena del área rural y la obesidad y enfermedades crónicas que se convierten en problemas de salud.

a. Problemas Socioeconómicos

Estudios en niños, adolescentes y jóvenes reclutas ponen de manifiesto que el IMC y la prevalencia de obesidad y de desnutrición es mayor en los de familias de bajo nivel socioeconómico y educacional, especialmente de la madre, cuando ésta trabaja fuera del hogar, en familias de menor número de hijos y cuando la procedencia es urbana. Especial riesgo tienen los niños obesos, hijos de obesas de bajo nivel socioeconómico y educacional, ya que consideran que sus hijos, sobre todo en los primeros años de vida, si son fuertes, sólidos, gruesos o con buen esqueleto, más que obesos, se encuentran en lo que para ellas es aceptable o deseable. Tienen dificultad para imponer rutinas y hábitos adecuados dietéticos y, en consecuencia, le dan de comer siempre que quieren. Estas influencias dietéticas negativas en el ambiente familiar favorecen el desarrollo de la desnutrición o la obesidad. En los países en vías de desarrollo es en los grupos sociales más privilegiados donde la prevalencia de la obesidad es mayor,

puesto que en los de baja condición socioeconómica es prevalente la desnutrición (Rasmussen et al, 1999; Wang et al, 2000; Jain et al, 2001).

b. Niveles de Escolaridad de la Madre

En relación con la instrucción de las mujeres, aquellas que tienen bajos niveles de escolaridad (ninguno y primario) representan el 40 por ciento del total y aportan con más de la mitad de los nacimientos (51%); en el caso contrario, el restante 60 por ciento de mujeres con nivel de instrucción secundario o superior, aportan con menos de la mitad de los nacimientos (49%).

La escolaridad de la madre tiene una pronunciada influencia sobre los niveles de desnutrición infantil mientras menor sea el nivel de instrucción aumentan los niveles de desnutrición crónica es importante mencionar que existe una pronunciada caída de la desnutrición a partir del tercer año de instrucción primaria de un 45% a 38%, en particular para la población indígena. Lo cual imposibilita una diversificación y enriquecimiento de la dieta, mientras menor sea el nivel de instrucción menor será su nivel socioeconómico los cuales afectan directamente al consumo familiar.

c. Prácticas Alimentarias Inadecuadas

La edad en la que los niños deben comenzar a recibir alimentos complementarios a la lactancia materna es al cumplir los seis meses de edad, es el otro periodo de mayor vulnerabilidad para que se presente la desnutrición. (8)

La transición de una dieta exclusiva con leche materna a otra, en la que se incluyen alimentos complementarios, no se realiza adecuadamente, dando origen a varios problemas que afectan al estado nutricional de los niños y niñas. Entre los mayores inconvenientes, se encuentran: la baja densidad de los alimentos ofrecidos, la poca cantidad de alimentos de acuerdo con la edad, el escaso aporte de alimentos fuentes

de proteína animal, la poca práctica de una alimentación perceptiva (estimulación para consumir los alimentos) y el no usar una vajilla exclusiva. Todas estas inapropiadas características de la alimentación en este periodo influyen negativamente en el estado nutricional del niño. El país no cuenta con datos nacionales, pero estudios locales en varias provincias del país así lo demuestran.

De acuerdo con un estudio de línea de base, en niños menores de cinco años, realizado por la Cooperación Técnica Internacional de Japón (JICA) en la provincia de Chimborazo (Caicedo y col, 2009), se concluye que la alimentación complementaria se inicia antes de los seis meses en el 32% de los niños, y las características en frecuencia, consistencia y vajilla propia para el uso del niño, se apartan de los lineamientos recomendados por la OMS de acuerdo con el grupo de edad. Por ejemplo, la frecuencia en el grupo de seis a ocho meses es de dos a tres veces, y la cumplen menos de la mitad de las madres o cuidadores. En relación a la consistencia los niños reciben alimentos aguados o colados, con la consecuente deficiencia en cantidad de energía y nutrientes de estas preparaciones. (9)

d. Alimentación Insuficiente

- ✓ Insuficiente consumo de alimentos.
- ✓ Poca variedad de alimentos.
- ✓ Baja concentración de alimentos energéticos y de nutrientes en las comidas
- ✓ Deficiente almacenamiento y conservación de alimentos.
- ✓ Malas decisiones al seleccionar los alimentos y administrar el presupuesto.
- ✓ No les estimulan a comer a los niños y niñas
- ✓ Cuidados de la mujer en estado de gestación son inadecuadas.
- ✓ La higiene, preparación y cocción de alimentos es inadecuada
- ✓ La frecuencia, cantidad y la consistencia no es apropiada.
- ✓ Absorber menos nutrientes

- ✓ Presentar pérdidas de nutrientes.
- ✓ Tener un aumento de gasto de energía.

e. Lactancia Materna Insuficiente

La Organización Mundial de la Salud y la UNICEF recomiendan que todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente. Sin embargo, muchas madres de la mayoría de los países comienzan a dar a sus bebés comidas y bebidas artificiales antes de los 4 meses y dejan de amamantarlos mucho tiempo antes de que el niño tenga 2 años. Las razones comunes que influyen son: que las madres creen que no producen suficiente leche, o que tienen alguna otra dificultad para lactar. En ocasiones se trata de que la madre tenga un empleo fuera de su casa y desconoce cómo amamantar al mismo tiempo que continúa trabajando.

f. Enfermedades Frecuentes

En cuanto a las causas de morbilidad, se tiene que las principales contraídas por los preescolares son la diarrea de origen infeccioso (EDA) y la neumonía (ERA). Adicionalmente, en el caso de condición nutricional la desnutrición crónica en menores de 5 años se ubicó en el 26%; aproximadamente 368,541 niños para el 2006.

2. Consecuencias de la Malnutrición (10)

La malnutrición en exceso o déficit de cualquiera de los nutrientes, es un problema más frecuente y continúa en aumento, está relacionado estrechamente con el nivel educativo de la población, sobre todo en los países en vía de desarrollo. El estado de nutrición se produce frecuentemente al no cumplir con una dieta equilibrada, balanceada, de buena

calidad, cantidad y variedad, pudiendo obtener por ello alteraciones por exceso o por déficit, contribuyendo un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad en el mundo. Las consecuencias de la malnutrición, suelen ser irreversibles, sobre todo se da en individuos que están en desarrollo: preescolares, escolares y adolescentes.

C. CONSEJERÍA NUTRICIONAL

La consejería nutricional tiene como propósito guiar y ayuda a tomar decisiones sobre una situación identificada a partir de la lactancia, en el crecimiento en niños y niñas preescolares interviniendo en lo preventivo-promocionales de alimentación y nutrición en el marco de la atención integral de salud. El documento técnico de consejería nutricional ha sido de vital importancia para las madres familia del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno” de la Ciudad de Pujilí; lugar donde se ha detectado que desconocen sobre la aplicación de normas de nutrición quienes brindan servicios de atención integral a gestantes y madres que dan de lactar, niñas y niños menores de cinco años; por intermedio del INFA –MIES pretenden reducir la prevalencia de desnutrición de los infantes. Para ello con la consejería nutricional se propone reducir la incidencia de bajo peso y obesidad, la alimentación y nutrición mejorando de esta manera el estado de salud del menor.

La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del embarazo o del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a encontrar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos. Un diálogo participativo es una conversación informal y flexible que se desarrolla entre el personal de salud (profesional o técnico) capacitado y la madre, padre o cuidadores, a través de la cual, ambos logran saber lo que piensan, preocupa y motiva, con relación a la situación del cuidado de la gestante y la niña o el

niño. En este sentido, tienen el mismo objetivo – mejorar la situación de la gestante, la niña y niño -- por lo que necesitan uno del otro para alcanzarlo.

Es un proceso educativo comunicacional interpersonal participativo, entre un personal capacitado en nutrición y consejería, y una ciudadana o ciudadano. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones sobre una situación identificada a partir de la evaluación nutricional y análisis de prácticas, fortaleciendo las adecuadas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Este proceso educativo puede desarrollarse a nivel intramural y extramural.

Se sugiere realizarla durante el crecimiento y desarrollo normal del niño, niña y de la gestación, en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.

Es importante reconocer las oportunidades de contacto que existen entre el personal de salud y la madre, padre y cuidadores de la niña y niño para brindar una consejería en nutrición.

Cuando una madre acude al servicio de salud para el control prenatal o al control de crecimiento y desarrollo de su niña o niño menor de 05 años; especialmente si es menor

Ante lo expuesto implica el intercambio de conocimientos, ideas, experiencias y emociones a través de un proceso de “negociación” entre el profesional y el usuario que en lo posible debe darse en un espacio adecuado sin interrupciones y en un clima favorable y oportuno.

1. Objetivos Consejería Nutricional

Mejorar las habilidades y destrezas de las madres de familia del centro infantil, a través de una guía nutricional adecuada para los niños y niñas según su necesidad

Desarrollar habilidades para la atención ante los problemas de nutrición que presente los niños y niñas del centro infantil.

Incrementar la accesibilidad de la consejería con calidad, calidez y equidad en el grupo de estudio.(11)

2. Fases de la Consejería Nutricional

En la Consejería se debe considerar cinco momentos

a. Primer Momento. Explicación de la situación encontrada

El primer momento es aquel en la que se explica a la madre, o cuidadores sobre la situación encontrada en el niño o niña a partir de la evaluación nutricional (medición del peso, longitud o toalla) realizada al inicio de la atención.

En este momento es indispensable explicar por qué es importante que el niño crezca y se desarrolle adecuadamente, cuales son las consecuencias a mediano y largo plazo.

El monitoreo del crecimiento consiste evaluar a los infantes de manera individual, periódica y secuencial utilizando las curvas de crecimiento. En caso de los menores de cinco años se utiliza los indicadores:

Peso/edad peso/ Talla y Talla/Edad.

Si el estado nutricional es normal, debe darse el reconocimiento y motivarlos para continuar con el cuidado. Si se encuentran problemas, deben explicarse a las madres y padres lo que esto significa para la salud, el crecimiento y desarrollo de los menores.

En este momento es indispensable considerar lo siguiente:

Si la consejería se realiza en el domicilio, es recomendable que se presente adecuadamente, de ser necesario identificándose con el nombre de la madre y padre del niño y niñas.

Sea amable, trate con la persona como ella se sienta mejor, se recomienda no usar diminutivos que exprese paternalismo o subvaloración (mamita, hijito, señito).

Sus gestos, postura corporal y actitud de escucha demuestra interés por la persona: mantener contacto visual, poner atención, eliminación de barreras físicas, contacto físico apropiado, asentir con la cabeza o sonreír.

b. Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos potenciales

El segundo momento es aquel en el que el nutricionista, padre, madre analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos potenciales. Ayúdelos encontrar estas causas o riesgos y explicarlas en su propio lenguaje.

Luego de haber explicado el estado de crecimiento (a partir de la evaluación antropométrica) el desarrollo de la niña o niño, se debe indagar o preguntar sobre los posibles factores que influyen en la situación encontrada: alimentación, salud, higiene, aspectos sociales, económicos, entre otros.

En ese sentido, los aspectos relacionados con la alimentación de los infantes se evalúan en la historia alimenticia.

Al momento de realizar las preguntas se debe tomar en cuenta:

Las preguntas deben ser abiertas, usualmente se comienza con ¿cómo? ¿Cuándo? ¿Por qué? ¿Dónde?, por ejemplo: ¿Cómo está alimentando usted a su bebé? Las preguntas cerradas son menos útiles, sin embargo, es veces conveniente hacer uso de una pregunta cerrada para tener certeza de un hecho; por ejemplo ¿le está dando usted alguna vitamina (suplemento de hierro) otro alimento o bebida? , si la madre dice sí, se puede continuar con una pregunta abierta para indagar algo más: ¿cómo le está dando?

Se debe escuchar cuidadosamente las respuestas de la madre y estar alerta a la información que puede ayudar a entender la situación e identificar los factores (alimentarios, sociales, culturales, entre otros) más importantes.

Si las respuestas de la madre no son claras, se debe abordar la situación con otras palabras y preguntas más sencillas. Por ejemplo si la madre de un niño no ha ganado peso, se podría preguntar cuando termina de comer su niño o niñas ¿él quiere más comida o se queda satisfecho?

Es importante, que mientras la persona responde no se la interrumpa, no opine ni se haga comentarios, motivándole a preguntar cuantas veces sea necesario.

Se debe mostrar empatía (ponerse en su posición y mirar las cosas desde su punto de vista) y evitar gestos o palabras que suenen como si las personas

Asimismo es importante identificar el contexto social y cultural de la persona, respetando sus valores y patrones.

c. Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos

El tercer momento es aquel en que el profesional y la madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores identificados, se debe recordar sobre las decisiones sobre, cuáles alternativas son las más convenientes debe ser tomadas por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades.

Los acuerdos negociados con los progenitores deben ser concretos y factibles de realizar hasta la próxima cita, por ejemplo, aumentar una comida diaria en la mañana, darles comida espesa, entre otras indicaciones.

d. Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados

Se debe registrar en el registro las decisiones y acuerdos tomados con los padres, madres o cuidadoras y anotarlos en una hoja para que los lleven, motivándoles a poner en práctica con el apoyo de la familia, centro infantil o comunidad.

Es importante al final de la sesión, expresar su disposición para seguir conversando con la persona en la siguiente cita, en otras actividades que ofrezca de servicio o de ser necesario, una referencia personalizada.

e. Quinto Momento: Seguimiento de acuerdos tomados

El quinto momento es el seguimiento de acuerdos tomados. Este momento se realiza en una cita siguiente puede ser a nivel intramural o extramural.

Es importante asegurarse el seguimiento a los acuerdos en los controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar o centros infantiles y reforzarlos.

IV. HIPÓTESIS

La alta prevalencia de retardo en el crecimiento y obesidad en los niños y niñas del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno” es causado por prácticas alimentarias inadecuadas.

V. METODOLOGÍA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

La presente investigación se realizó en la zona urbana del cantón de Pujilí en la provincia de Cotopaxi en el **CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NÚMERO UNO”**; ubicado en las calles Juan Salinas y Vicente Rocafuerte. Con una duración de 6 meses de Mayo – Octubre del 2012.

B. VARIABLES

1. Identificación de Variables

DETERMINANTE: Condiciones socioeconómicas Prácticas alimentarias	EVENTO: Estado Nutricional
CONTROL: Sexo Edad	

2. Definiciones de Variables

a. Condiciones Sociales

Es la forma en que el ser humano es visto en la sociedad, la que se divide en distintos estamentos.

b. Prácticas Alimentarias

Los requerimientos de energía, proteína y micronutrientes específicos requeridos para el buen funcionamiento del organismo, se satisfacen a partir de la cantidad y variedad de los alimentos ingeridos, es por ello que la calidad de la dieta cotidiana constituye un elemento esencial que contribuye al estado de nutrición y salud del individuo, especialmente en los primeros años de vida. Una proporción importante de la población infantil presenta problemas de nutrición de diferente nivel como consecuencia de la falta de macro y micro nutrientes esenciales, deficiencias que traen como resultado demoras en el crecimiento y efectos negativos en el desarrollo físico y psicológico de los infantes.

c. Estado Nutricional

Estado nutricional es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Evaluación del estado nutricional será por tanto la acción y efecto de estimar, apreciar y calcular la condición en la que se halle un individuo según las modificaciones nutricionales que se hayan podido afectar.

d. Sexo

Es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina.

e. Edad

Del latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.

3. OPERACIONALIZACION

VARIABLE	ESCALA	VALOR
CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS		
Sexo	ORDINAL	HOMBRE MUJER
Edad	CONTINUA	Años, meses
CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS		
Nivel de instrucción de la madre	ORDINAL	
Índice de riesgo de la vivienda	ORDINAL	
Nivel de clase social del jefe del hogar	ORDINAL	
Evaluación nutricional		
Peso	CONTINUA	
Talla	CONTINUA	
Peso/Talla	ORDINAL	Kg
Talla/Edad	ORDINAL	Cm
Peso/Edad	ORDINAL	PUNTOS DE CORTE

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS	ORDINAL	Test nutricional sana 4-14 años Frecuencia de consumo Test de sobre prácticas alimentarias
-------------------------------	---------	--

C. DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

Tipo descriptivo transversal, prospectivo no experimental

D. POBLACION

La población investigada constituyo los 45 niños y niñas que asisten al Centro cuyos padres dieron el consentimiento para realizar este estudio.

E. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

1. Consentimiento Informado

Se realizó una reunión con la Coordinadora del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno” donde se explicó la naturaleza del estudio y se solicitó la de la autorización para recolectar los datos necesarios de los niños y niñas que asisten al centro

Reunión con los padres de familia de los niños investigados donde firmaron el consentimiento que permitió la participación de su niño o niña en la investigación.

2. Recolección de Datos

Los datos relacionados a la edad y sexo se tomo de las partidas de nacimiento de los niños y niñas que asisten al Centro Infantil. Las características socioeconómicas y prácticas alimentarias se obtuvieron de las entrevistas con las madres.

3. Técnicas de Antropometría Utilizada

Como se mencionó, las técnicas para realizar las mediciones antropométricas utilizan el protocolo establecido de la OMS recomienda.

A continuación se establecen las características y cualidades que deben poseer los equipos.

a. Peso

En la toma de peso se debe tener en cuenta lo siguiente:

- ✓ La medición se realiza sin zapatos ni prendas pesadas
- ✓ El sujeto debe estar con la vejiga vacía
- ✓ Dos horas después de consumir alimentos.
- ✓ El individuo deberá estar en el centro de la báscula y mantenerse inmóvil durante la medición.
- ✓ No debe estar recargado en la pared ni en ningún objeto cercano
- ✓ Observar que no tenga alguna pierna flexionada.

Se registra el peso cuando se estabilizan los números de la pantalla en la báscula digital o cuando la barra móvil de la báscula mecánica se alinee con el identificador fijo que está en la parte terminal de la barra móvil y que, por lo general esta identificado con una flecha de color. La báscula debe estar colocada de tal manera que el medidor pueda hacer la lectura delante del sujeto sin que tenga que pasar los brazos por detrás de este.

b. Estatura

Para la toma de la estatura del niño y niñas se tomo en cuenta lo siguiente:

- ✓ El niño y niña debe estar descalzo y se colocará de pie con los talones unidos, las piernas rectas y los hombros relajados.
- ✓ Los talones, espátulas, cadera y la parte trasera de la cabeza debe estar pegados a la superficie vertical para la toma de la talla.

- ✓ La cabeza deberá colocarse en el plano horizontal de Frankfort el cual se representa con una línea entre el punto mas bajo de la orbita del ojo y el trago.

c. Longitud

Para la medición se requieren dos personas, el niño se colocará en posición supina, la corona de la cabeza deberá tocar el borde fijo del Infantómetro; la línea media del cuerpo deberá coincidir con la línea de la mesa de medición y con la cabeza sostenida en el plano de Frankfort. Los hombros y glúteos planos sobre la mesa, con las piernas extendidas y los brazos descansados a los lados del tronco. Uno de los medidores sostendrá la cabeza al final mes, el segundo medidor sostendrá las rodillas con una mano y con la otra mano moverá la barra hasta tocar las plantas de los pies. La medición se registra al 0.1cm más cercano.

4. Procesamiento de Datos

Para el procesamiento de datos se utilizó WHO Anthro, Excel donde elaboro la hoja de cálculo para el análisis y tabulación de variables utilizado en el programa JMP 5.1 para conocer el estado nutricional de los niños. La tabulación de datos de las encuestas socioeconómicas y prácticas alimentarias se realizo por clasificación y puntuación de una de estas.

5. Análisis De Datos

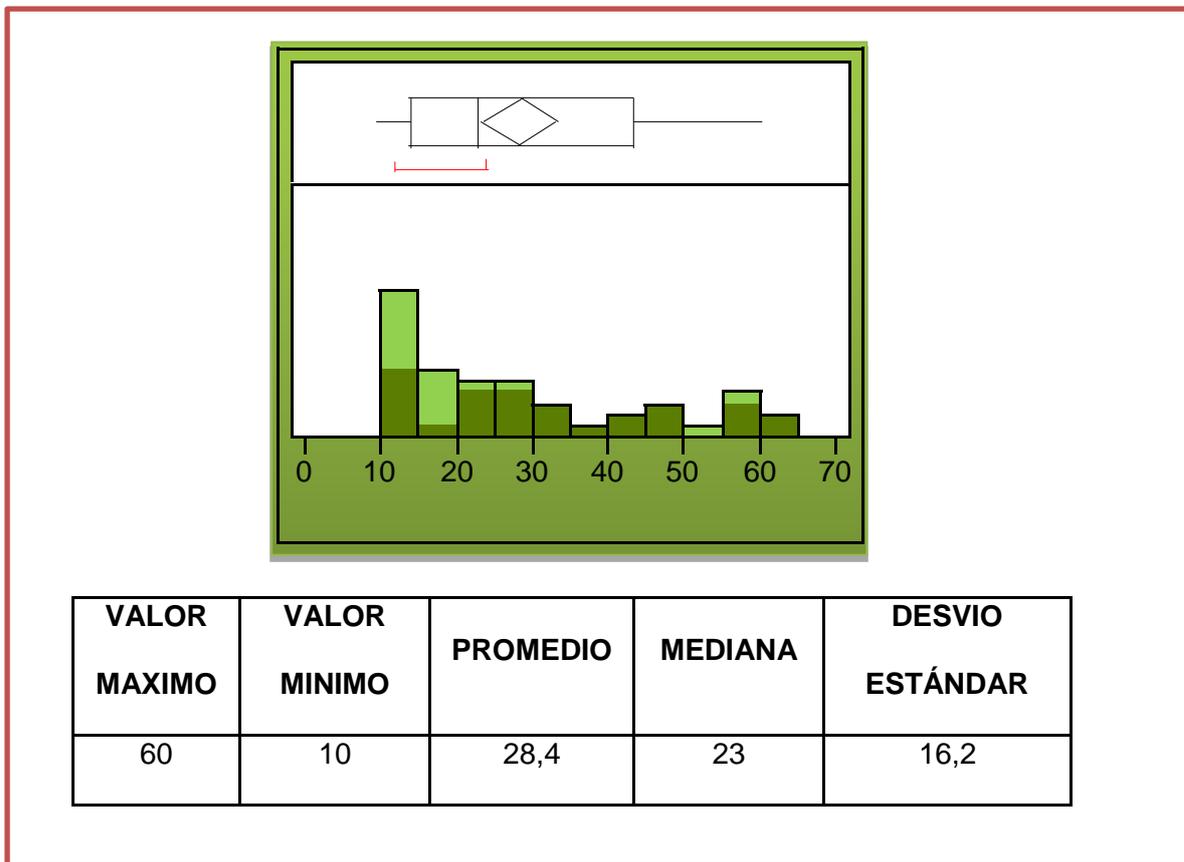
Para el análisis de datos se utilizo puntaje z y porcentajes.

VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS

GRÁFICO: 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN EDAD

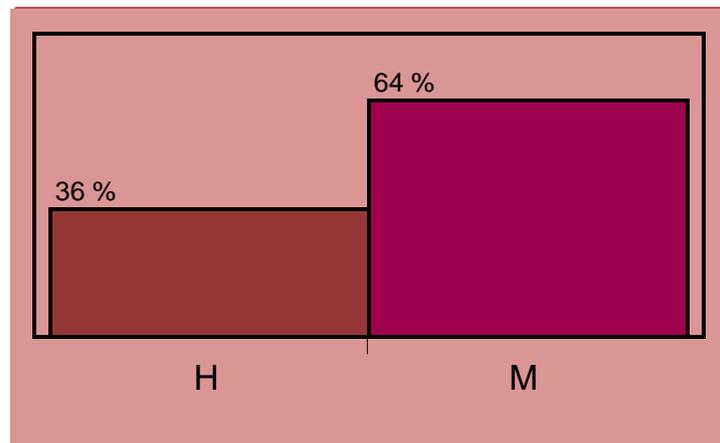


Al analizar la población en estudio según edad, se encontró que el valor mínimo fue de 10 meses; el valor máximo fue 60 meses; con un promedio de 28,4 meses; una mediana de 23 y una desviación estándar de 16,2.

La forma de distribución fue asimétrica positiva porque el promedio fue mayor que la mediana (28,4 Y 23).

GRÁFICO: 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL GRUPO DE ESTUDIO SEGÚN SEXO



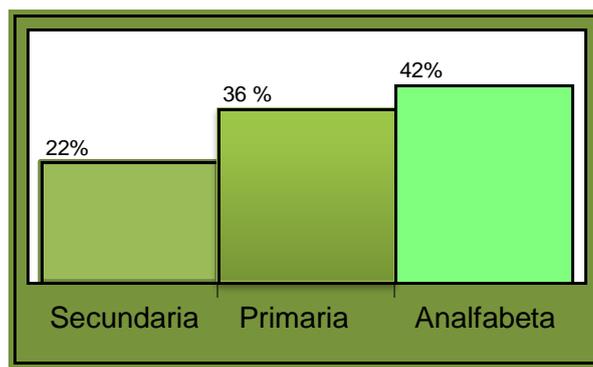
SEXO	Cantidad	Porcentaje
H: hombre	16	36%
M: mujer	29	64%
Total	45	100%

Al analizar los datos porcentuales del grupo de estudio según sexo, se pudo determinar que el 64% corresponde a mujeres y 36 % de hombres.

B. CONDICIONES SOCIOECNOMICAS

GRÁFICO: 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE NIVEL DE INTRUCCION DE LA MADRE

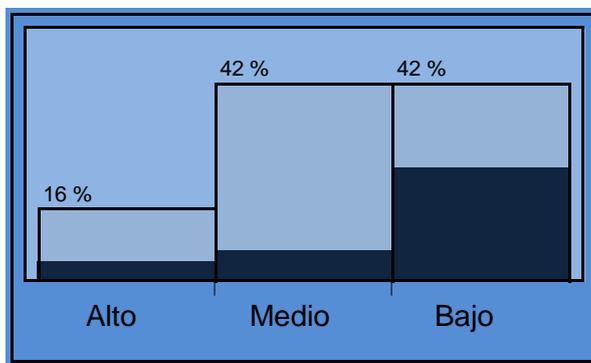


NIVEL INTRUCCION DE LA MADRE	CANTIDAD	PORCENTAJE
Analfabeta	19	42%
Primaria	16	36%
Secundaria	10	22%
Total	45	100%

Cuando se realiza el análisis del nivel de escolaridad de las madres da como resultado que la mayoría de madres son analfabetas en un 42% y en un 36% alcanzan el nivel de Instrucción Básico (Primaria Completa e Incompleta), apenas el 22% de madres han alcanzado la educación Secundaria. Manifestando, es así que el 78% de las madres tienen un nivel de instrucción bajo asociando al riesgo de desnutrición Proteico-Energético de sus hijos. Razón por la cual esta variable se constituye en un factor condicionante de la desnutrición infantil.

GRÁFICO: 4

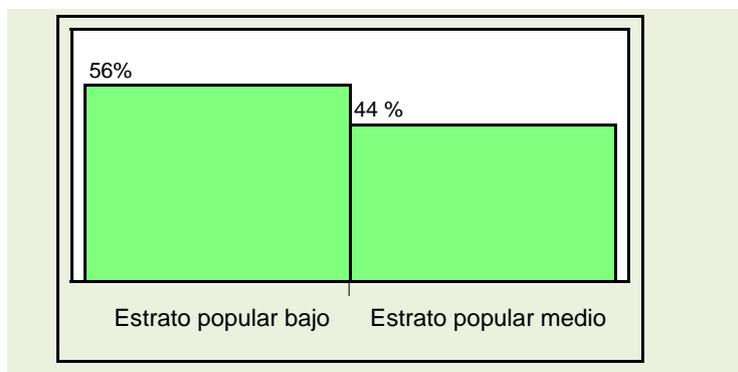
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA



ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Riesgo alto	7	16%
Riesgo medio	19	42%
Riesgo bajo	19	42%
Total	45	100

Al analizar los datos porcentuales del índice de riesgo de la vivienda se determina que hay una igualdad entre el índice bajo y medio de riesgo con un 42%. Es importante mencionar que se presenta viviendas con el más alto riesgo en un 16% este porcentaje esta asociado con el estado de nutrición de los niños y niñas.

GRÁFICO: 5
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DE
HOGAR



NIVEL INSERCIÓN SOCIAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Estrato popular bajo	25	56%
Estrato popular medio	20	44%
Total	45	100%

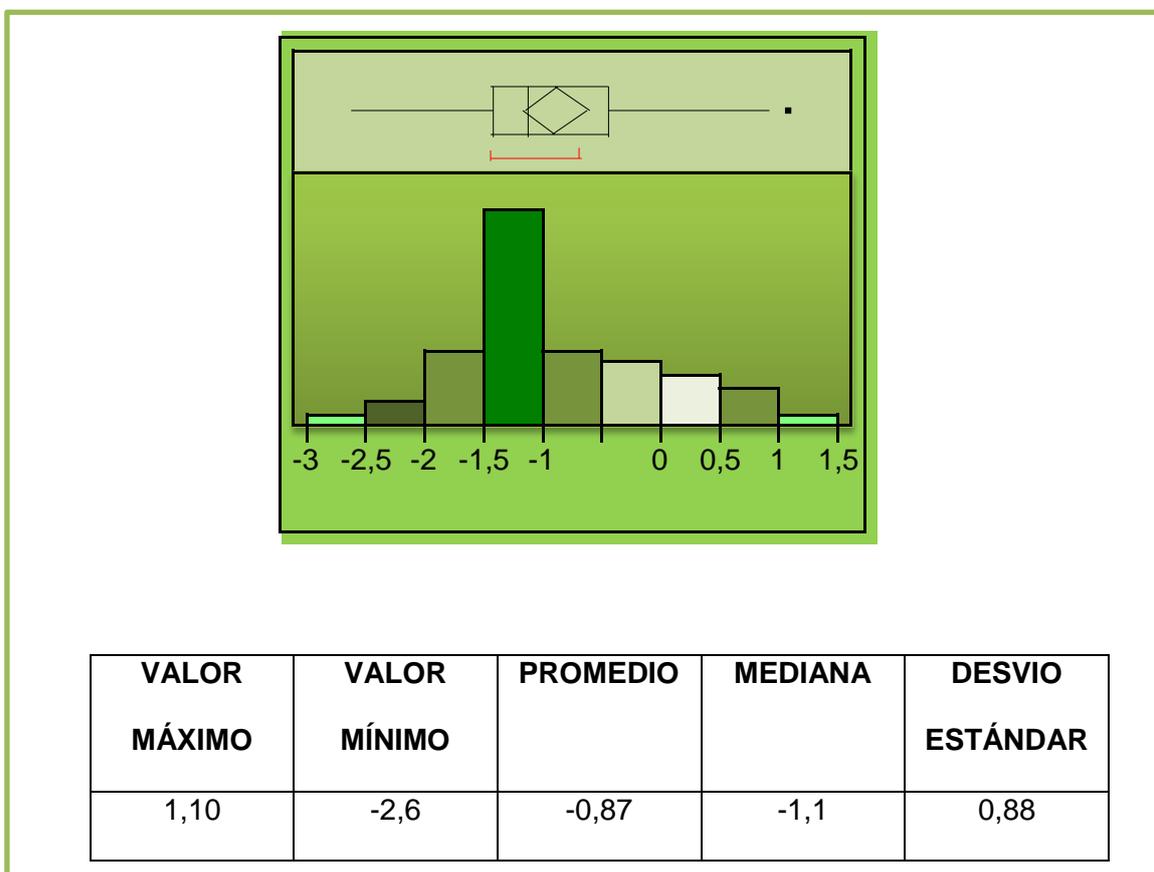
Al analizar los datos del nivel de clase social del jefe de hogar, se determina que el 56% es de estrato popular bajo, con ocupaciones como: agricultura, comerciante, negocios pequeños, trabajos esporádicos con baja remuneración. Indicando así que el ingreso económico a estos hogares es escaso revelando así la falta de dinero y por ende de alimentos.

Existe también un 44% de estrato popular medio, por lo tanto se puede asegurar que los niños puedan recibir las tres comidas al día.

C. ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN INDICADOR ANTROPOMETRICO

GRÁFICO: 6

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGUN TALLA/EDAD EXPRESADO EN PUNTAJE Z

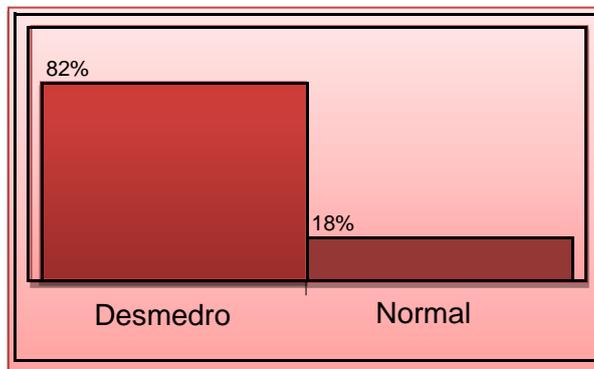


El puntaje Z de Talla para la Edad en el grupo de estudio dio como resultado un valor mínimo de -2,6 puntaje Z; el valor máximo es de 1,10; con un promedio de -0,87; una mediana de -1,1 y una desviación estándar de 0,88.

El valor de la distribución es asimétrica negativa porque el promedio fue menor que la mediana (-0,87 y -1,1). El 50% de la población se ubica entre -1 y -1,5 del puntaje Z de talla para la edad. Al tratarse de un promedio negativo menor que cero podemos decir que se trata de una población con una talla menor, que la población de referencia.

GRÁFICO: 7

DIAGNÓSTICO DEL CRECIMIENTO LINEAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

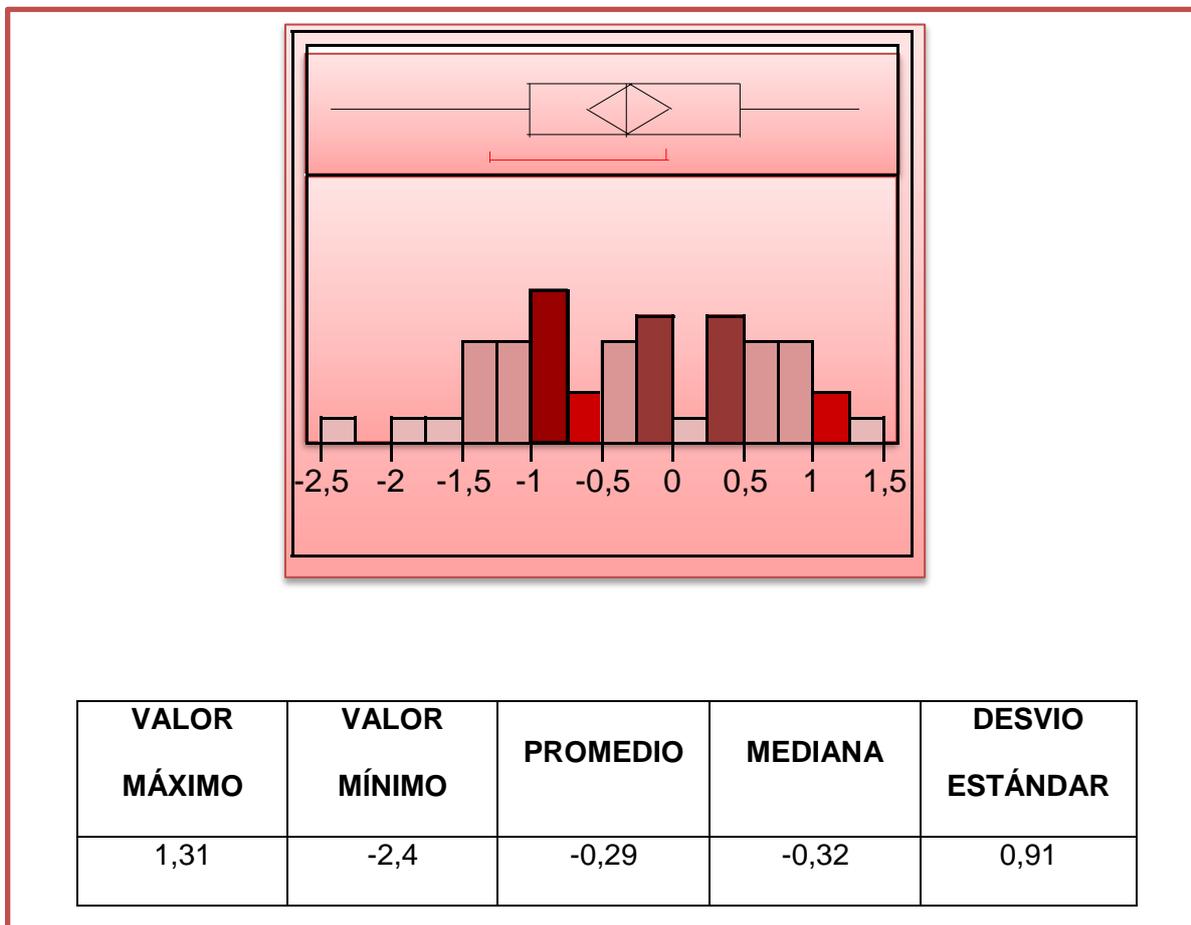


Nivel	Cantidad	Porcentaje
Normal	8	18%
Desmedro	37	82%
Total	45	100%

La talla es un indicador, que expresa prácticas alimentarias inadecuadas, inicio de la alimentación complementaria en edades tempranas, deficientes condiciones sanitarias y prevalencia de enfermedades agudas. Al analizar los datos porcentuales del grupo de estudio según diagnóstico de Talla//Edad, se pudo determinar que existe un predominio de desmedro con un 82%, convirtiéndose en un problema sanitario de alta magnitud, disminuyendo así la calidad de vida. Solamente un un 18% mantienen un índice de normalidad.

GRÁFICO: 8

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION ESTUDIADA SEGUN PESO//TALLA EXPRESADO PUNTAJE Z

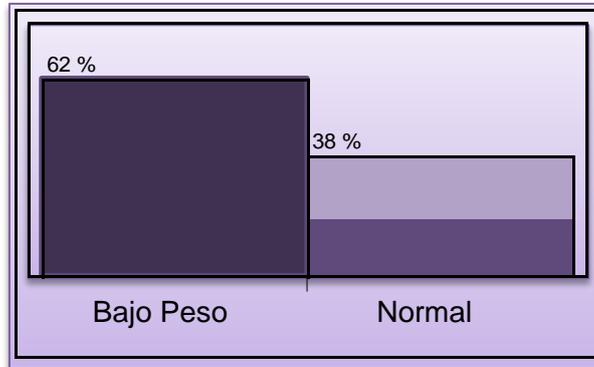


El puntaje Z de Peso para Talla en el grupo de estudio dio como resultado valor mínimo es de -2,4 puntaje Z; el valor máximo es de 1,31; con un promedio de -0,29; una mediana de -0,32 y una desviación estándar de 0,91.

El valor de la distribución es asimétrica negativa porque el promedio fue menor que la mediana (-0,29 y -0,32). El 50% de la población se ubica entre -2,3 y -1,2 del puntaje Z de Peso para Talla. Al tratarse de un promedio negativo menor que cero podemos decir que se trata de una población con un peso menor, que la población de referencia.

GRÁFICO: 9

DIAGNÓSTICO DEL PESO//TALLA DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

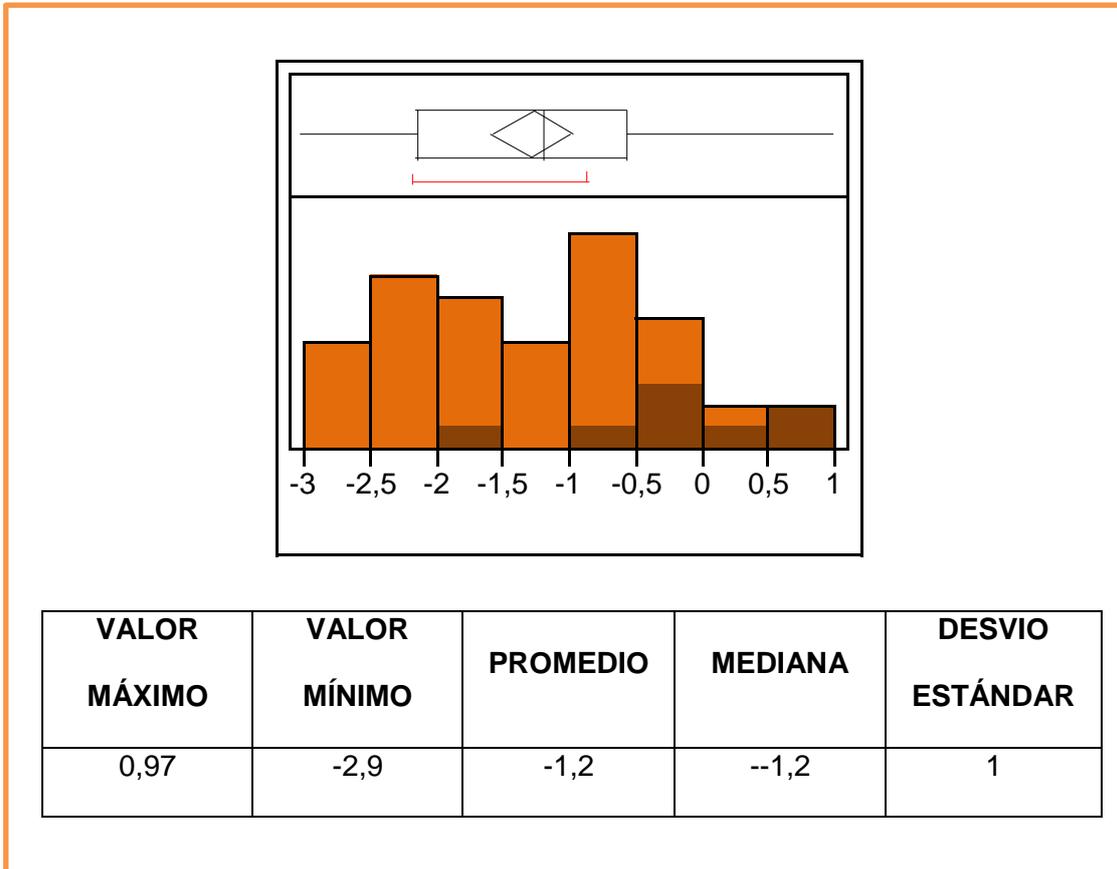


Nivel	Cantidad	Porcentaje
Normal	17	38%
Bajo peso	28	62%
Total	45	100%

Al analizar los datos de peso//talla de los niños y niñas del Centro Infantil indica que el 62% tiene un bajo peso, este resultado es muy alto ya que puede convertirse en un mayor problema de emaciación. Cabe mencionar que el 38% mantiene un índice de normalidad.

GRÁFICO: 10

ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACION SEGUN PESO//EDAD DE LA EXPRESADA EN PUNTAJE Z

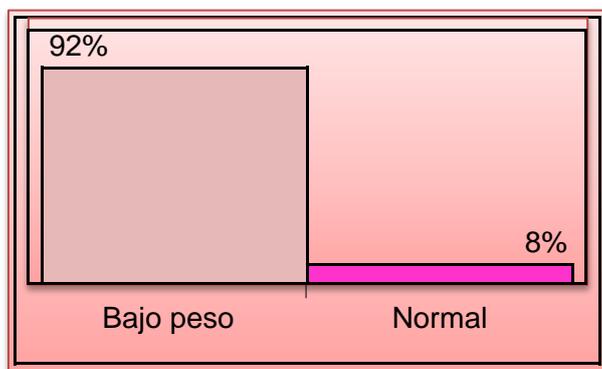


El puntaje Z de Peso para Talla en el grupo de estudio dio como resultado valor mínimo es de -2,9 puntaje Z; el valor máximo es de 0,97; con un promedio de -1,2; una mediana de -1,32 y una desviación estándar de 0,9.

El valor de la distribución es asimétrica neutra porque el promedio fue menor que la mediana (-1,2 y -1,2). El 50% de la población se ubica entre -2,3 y -1,2 del puntaje Z de Peso para Edad. Al tratarse de un promedio neutral se puede decir que se trata de una población con un peso menor, que la población de referencia.

GRÁFICO: 11

DIAGNÓSTICO DE PESO//EDAD DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

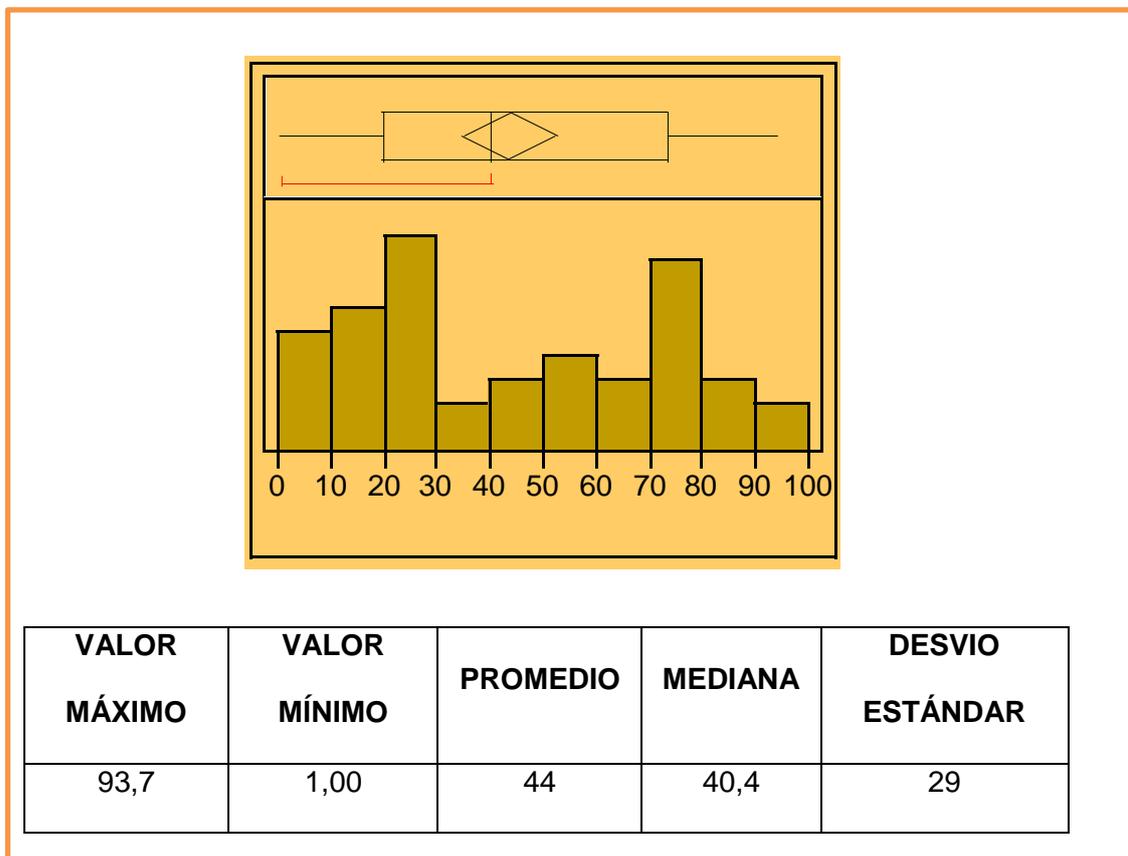


Nivel	Cantidad	Porcentaje
Bajo peso	41	92%
Normal	4	8%
Total	45	100%

La desnutrición Global es el resultado de desequilibrios nutricionales pasados y recientes, siendo así un reflejo de vulnerabilidad alimentario nutricional. Los niños investigados se encuentran dentro de los rangos de bajo peso en un 92%, relacionando con el aprovechamiento biológico de los alimentos que están ligados a la calidad, disponibilidad, frecuencia y hábitos alimentarios. El 8% de los preescolares se encuentran en la normalidad

GRÁFICO: 12

DISTRIBUCIÓN DE LOS PERCENTILES DEL IMC//EDAD EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA

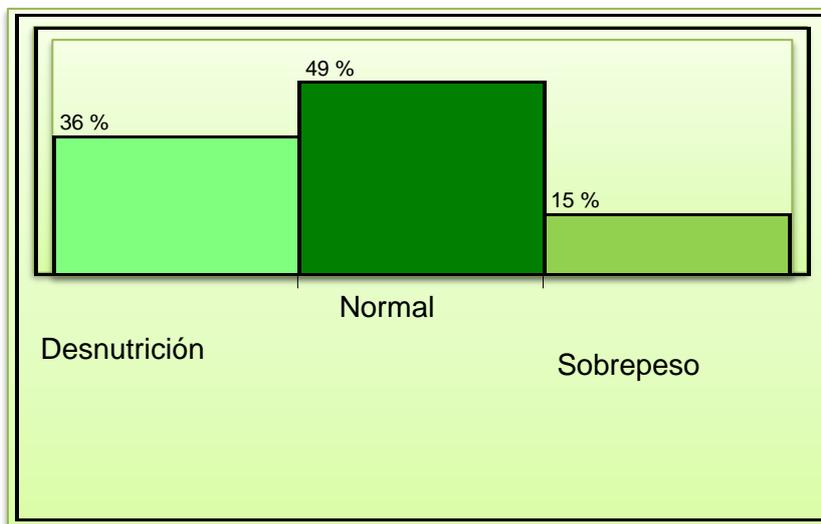


El percentiles del Índice de Masa Corporal, se encontró que el valor mínimo fue 1 percentil; el valor máximo fue 93,7 percentil; con un promedio de 44 percentil; mediana de 40,4 percentil y una desviación estándar de 29.

La forma de distribución fue asimétrica positiva porque el promedio fue mayor que la mediana (44 y 40,4).

GRÁFICO: 13

DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA SEGUN IMC//EDAD

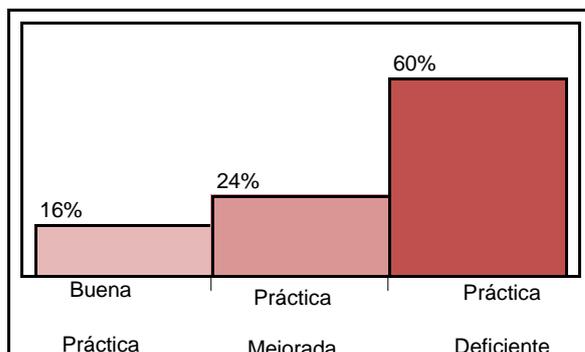


Nivel	Cantidad	Porcentaje
Desnutrición	16	36%
Normal	22	49%
Sobrepeso	7	15%
Total	45	100%

Al analizar los datos porcentuales del grupo de estudio de niños y niñas preescolares en cuanto al IMC, se determina que hay prevalencia de desnutrición de un 36%. Se observó también sobrepeso del 15%. Normalidad de 49%. Por tanto el problema de malnutrición se presentó en casos tanto por déficit como y en menor cantidad por exceso.

GRÁFICO 14

DIAGNOSTICO PORCENTUAL DEL TEST DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS NUTRICIONALES (KRECE PLUS)



Nivel	Cantidad	Porcentaje
Práctica alimentaria deficiente	27	60%
Práctica alimentaria mejorada	11	24%
Buena práctica alimentaria	7	16%
Total	45	100%

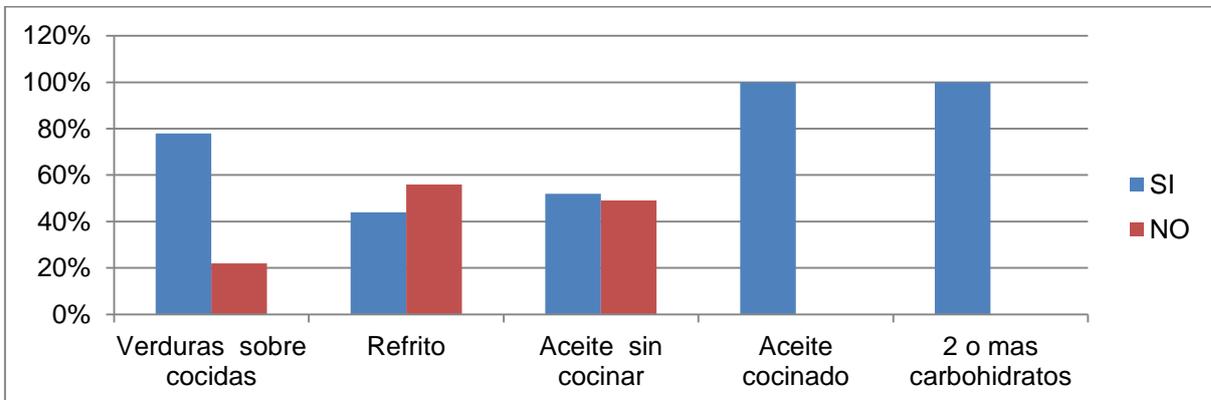
Al analizar el test de práctica alimentaria en los hogares de los preescolares, predominan las prácticas alimentarias inadecuadas con un 60%, mejorada el 24%. Y apenas el 16% de los hogares tienen buenas prácticas alimentarias.

D. PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

GRÁFICO: 15

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA FORMA DE PREPARACION DE LOS ALIMENTOS

PREPARACION	SI	%	NO	%	TOTAL %
Verduras sobre cocidas	35	78	10	22	100
Refrito	20	44	25	56	100
Aceite sin cocinar	23	51	22	49	100
Aceite cocinado	45	100	0	0	100
2 o mas carbohidratos	45	100	0	0	100

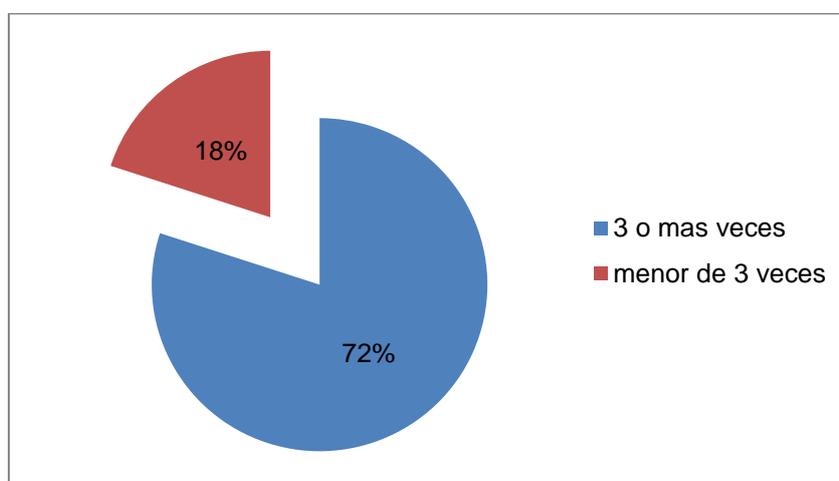


Las preparaciones de los alimentos son elaborados inadecuadamente, ya que las madres indican; en un 78 % cocinan las verduras por tiempos prolongados, el 100 % preparan los alimentos con aceite y este es reutilizado: 100 % combinan dos o más carbohidratos. Es necesario mencionar que las preparaciones se realizan en forma inadecuada.

GRÁFICO: 16

FRECUENCIA QUE EL NIÑO/NIÑA COME AL DIA

FRECUENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
3 o mas veces	32	72%
menor de 3 veces	8	18%

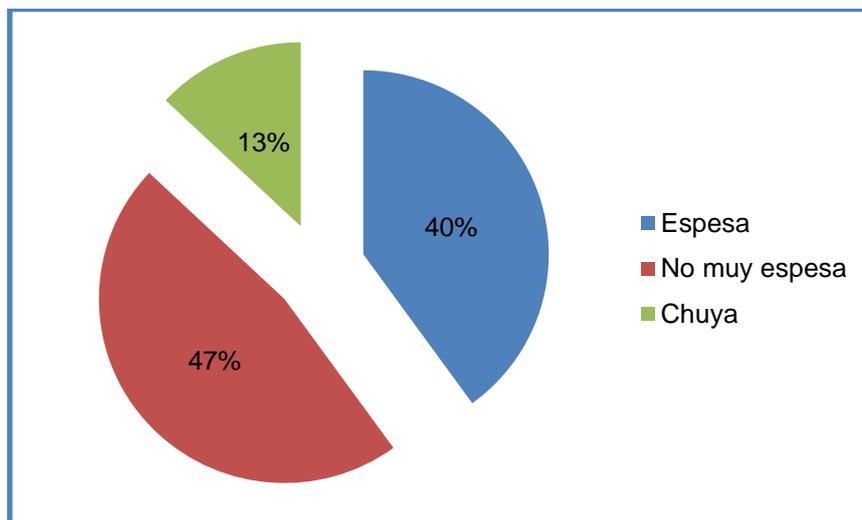


En este estudio señala que el 72% de niños y niñas reciben más de 3 comidas en el día que son ofrecidos por las madres comunitarias en el Centro Infantil. En algunos casos las madres no ofrecen más alimentos en sus casas ya que piensan que el alimento que han recibido en el Centro Infantil es suficiente.

GRÁFICO: 17

TIPO DE CONSISTENCIA DE LA COMIDA QUE LAS MADRE PROPORCIONA AL NIÑO/NIÑA

CONSISTENCIA	CANTIDAD	%
Esposa	18	40%
No muy espesa	21	47%
Chuya	6	13%
total	45	100%

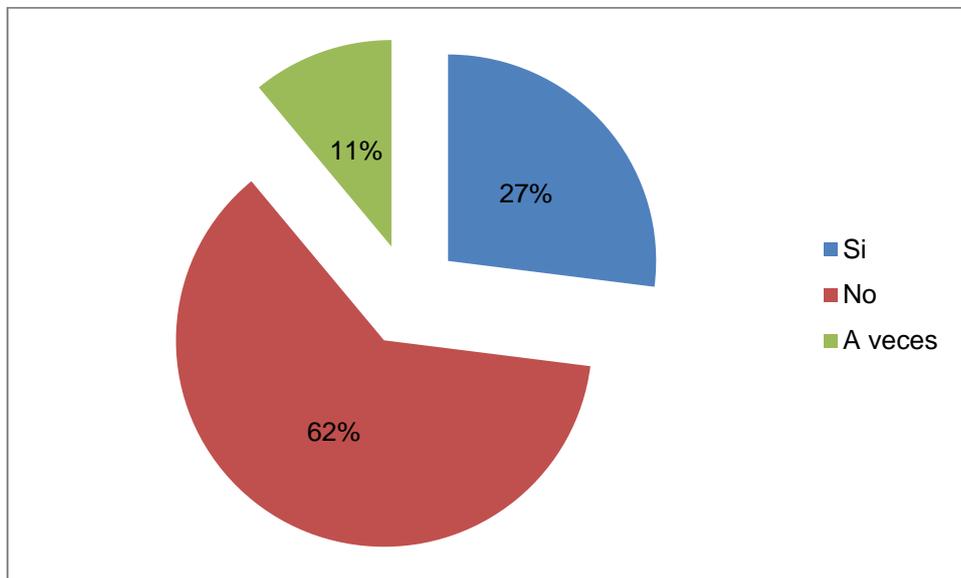


Al analizar los datos indica que el 47% de madres de familia ofrecen a sus hijos alimentos no muy espesos; en un 40% ofrecen alimentos espesos y en un 13 % chuyas. Manifestando así que el 60 % de madres dan a sus hijos alimentos de consistencia y calidad no muy nutritiva, siendo así la razón que desencadene el bajo de peso y talla.

GRÁFICO: 18

IDENTIFICACION DE OTRAS PERSONAS QUE ALIMENTAN AL NIÑO/ NIÑA

OTRA PERSONA ALIMENTA AL NIÑO	CANTIDAD	%
Si	12	27%
No	28	62%
A veces	5	11%
Total	45	100%

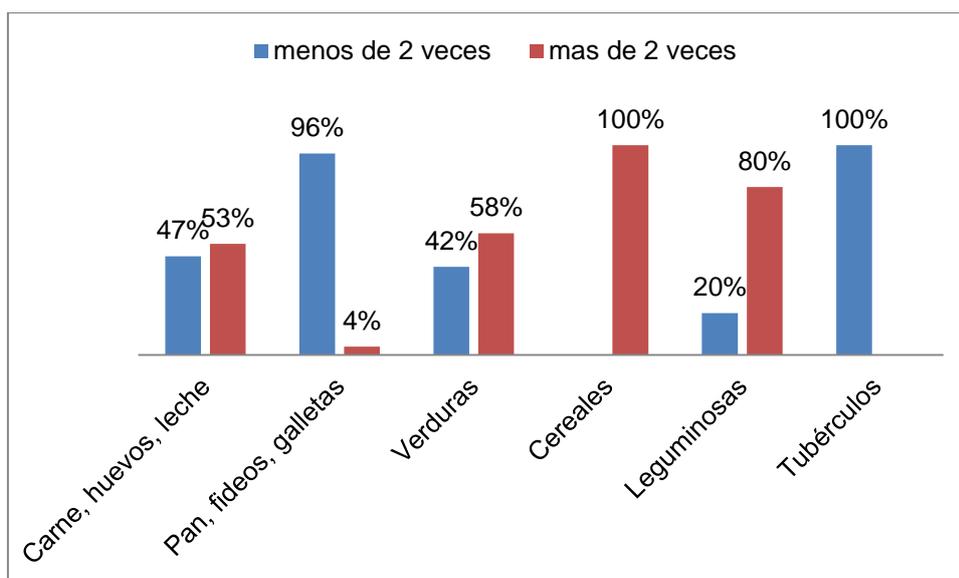


La práctica de que otras personas ayuden a la madre a dar la alimentación al niño/niña, es muy común, el 62 % indica que la madre es la que se encarga de alimentar al niño/niña, el 27% y 11% indica que el niño recibe ayuda de otras personas (padre, hermanos, hermanas, abuelos, tíos). Se debe mencionar que los niños/niñas reciben ayuda de las madres cuidadoras a la hora de las comidas en el centro infantil.

GRÁFICO: 19

FRECUENCIA DE CONSUMO DE ALIMENTOS

ALIMENTO	FRECUENCIA (SEMANA)	CANTIDAD	%	TOTAL	%
Carne, huevos, leche	menos de 2 veces	21	47%	45	100%
	mas de 2 veces	24	53%		
Pan, fideos, galletas	menos de 2 veces	43	96%	45	100%
	mas de 2 veces	2	4%		
Verduras	menos de 2 veces	19	42%	45	100%
	mas de 2 veces	26	58%		
Cereales	menos de 2 veces			45	100%
	mas de 2 veces	45	100%		
Leguminosas	menos de 2 veces	9	20%	45	100%
	mas de 2 veces	36	80%		
Tubérculos	menos de 2 veces	45	100%	45	100%
	mas de 2 veces				



En el país, como en la mayoría de los países en vías en desarrollado, el consumo de alimentos fuentes de proteína (carnes, huevos y leche), es inferior a la ingesta recomendada. Lo cual se ve refleja en la población investigada teniendo un porcentaje 47% consumen menos 2 veces por semana y 53% consumen 2 o mas veces a la

semana. Los hidratos de carbono (pan, fideo, galletas) son fundamentales en el metabolismo de los centros nerviosos, ya que la glucosa es utilizada por el cerebro diariamente.

Las tubérculos (papas, mellocos forman parte de su dieta diaria) aportan energía, son ricos en carbohidratos, poseen vitaminas en su cáscara. Cereales (arroz, cebada, canguil, avena, maíz y quinua), el grano de cereal contiene proteínas de alto valor biológico, grasas (ácidos grasos esenciales) y vitaminas. Estos alimentos constituyen el 100 % de la dieta de los niños/ niñas durante la semana. Las verduras y leguminosas son consumidas casi todos los días de la semana.

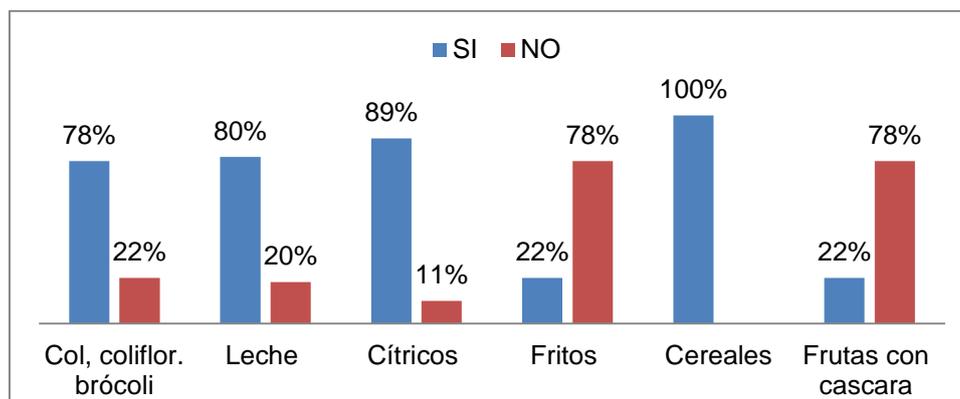
Se debe tomar en cuenta no solo la frecuencia sino también la preparación, la cantidad y la calidad de los alimentos ya estos factores influyen en la nutrición del preescolar.

E. PRÁCTICAS DE SALUD

GRÁFICO: 20

TIPO DE ALIMENTACIÓN QUE SE SUPRIME CUANDO EL NIÑO/NIÑA TIENE DIARREA

ALIMENTOS QUE SE SUPRIMEN	SI	%	NO	%	TOTAL %
Col, coliflor. brócoli	35	78%	10	22%	100%
Leche	36	80%	9	20%	100%
Cítricos	40	89%	5	11%	100%
Fritos	10	22%	35	78%	100%
Cereales	45	100%			100%
Frutas con cascara	10	22%	35	78%	100%

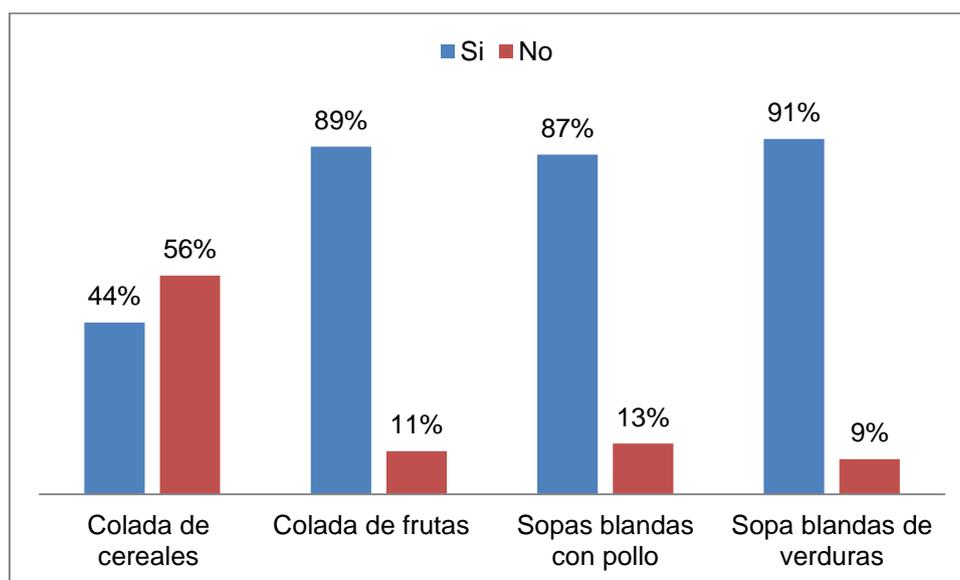


Por lo general, para contrarrestar la diarrea se recomiendan tres tipos de medidas que podrían combinarse: Reponer los líquidos perdidos, cambiar la dieta, tratamiento con medicamento antidiarreico. Las madres en el tratamiento de la diarrea preparan alimentos blandos como: coladas y sopas, lo cual son alimentos adecuados de fácil digestión.

GRÁFICO: 21

**ALIMENTACIÓN QUE SE LE ADMINISTRA AL NIÑO/NIÑA
CUANDO SE ESTA MEJORANDO DE UNA ENFERMEDAD**

ALIMENTOS QUE SI LE DA	SI	%	NO	%	TOTAL %
Colada de cereales	20	44%	25	56%	100%
Colada de frutas	40	89%	5	11%	100%
Sopas blandas con pollo	39	87%	6	13%	100%
Sopa blandas de verduras	41	91%	4	9%	100%

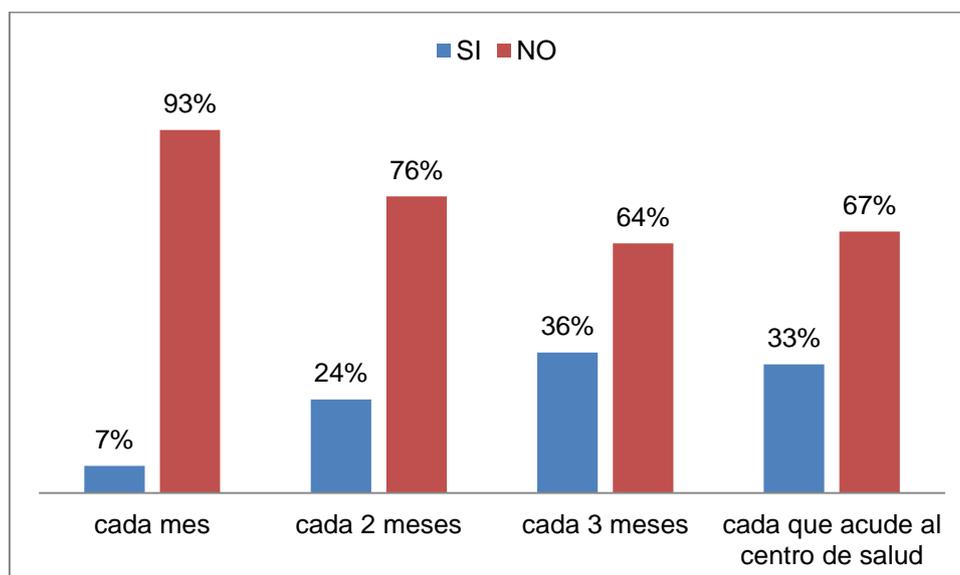


El tratamiento de la diarrea de los niños y niñas es adecuado ya que las madres de familia dicen seguir las indicaciones de las madres comunitarias y del personal del subcentro de salud. Por esta razón las madres ofrecen alimentos blandos y de fácil digestión. Durante el tratamiento de la diarrea se debe tener en cuenta el aseo de los niños/niñas ya que la mayoría de infección intestinal es por los hábitos de aseo o también por los alimentos mal manipulados.

GRÁFICO: 22

APRECIACION DE LAS MADRES CON RESPECTO A LA FRECUENCIA DE CONTROL DE PESO DEL NIÑO/NIÑA

FRECUENCIA	SI	%	NO	%	TOTAL %
cada mes	3	7	42	93	100
cada 2 meses	11	24	34	76	100
cada 3 meses	16	36	29	64	100
cada que acude al centro de salud	15	33	30	67	100

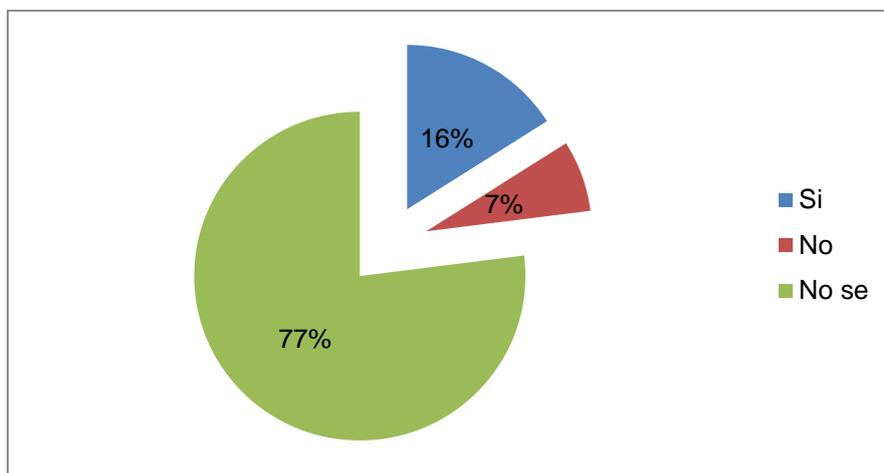


El pesaje de los niños/niñas preescolares es importante ya que así se puede conocer el estado nutricional de los pequeños. El 33 % de madres manifiesta que pesan a los niños/niñas cuando acuden a centro de salud por las vacunas, alguna enfermedad o también por revisión del infante sano. Así tomando en cuenta que el promedio de madres que no pesan a sus hijos es de 66%. Sacando como conclusión que no es prioridad para las madres pesar a sus hijos

GRÁFICO: 23

PRÁCTICAS DE DESPARASITACION DEL NIÑO/NIÑA

DESPARASITA AL NIÑOS	CANTIDAD	%
Si	7	16%
No	3	7%
No se	35	77%
Total	45	100%



Se indica en este análisis que el 16 % de la madres si desparasitan y en un 7% no desparasitan a sus hijos. Tomando en un 77% de madres no saben si han desparasitado a los niños/niñas este punto es importante ya que las madres no toman importancia a la salud de sus hijos.

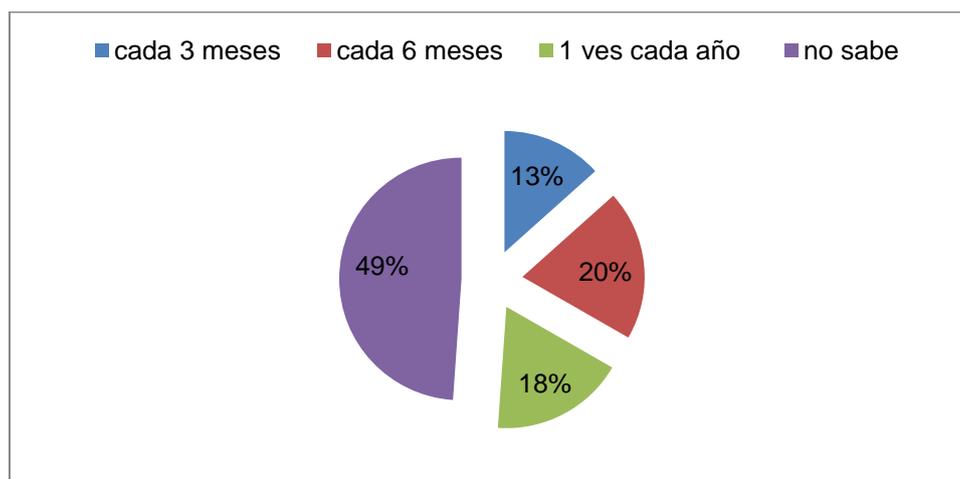
Los más afectados son los niños. Una de las grandes causas para esta problemática es la salubridad. El agua no potabilizada es uno de los principales focos de contaminación,

si los niños la usan, y en el peor de los casos la consumen, van a ingerir agua con parásitos. Los parásitos intestinales pueden llevar a consecuencias negativas como: Anemia, lactantes de bajo peso, desnutrición diarrea crónica, dolor abdominal recurrente, inapetencia, irritabilidad, bruxismo, trastornos del sueño, etc. El desempeño escolar y las actividades del niño también son afectados. Esta enfermedad no esta tan asociada a la pobreza, actualmente los parásitos no respetan clase social aunque, obviamente, cuanto peores sean las condiciones sanitarias del lugar, la frecuencia aumenta.

GRÁFICO: 24

FRECUENCIA CON LA QUE SE DESPARASITA AL NIÑO/NIÑA

FRECUENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Cada 3 meses	6	13%
Cada 6 meses	9	20%
1 vez cada año	8	18%
No sabe	22	49%
Total	45	100 %



Las madres desparasitan a los niños cada 3 meses el 13 %, 20 % cada 6 meses y el 18 % una vez al año. En un 49% las madres no saben si han desparasitado a los niños/niñas ya que manifiestan que cuando acuden al centro de salud no les explican para qué es las medicinas que les envían o a su vez no les dan por miedo de que les pueda causar algún daño. También manifiestan que las madres cuidadoras no les informan si han desparasitado a los niños/niñas. En países subdesarrollados como el

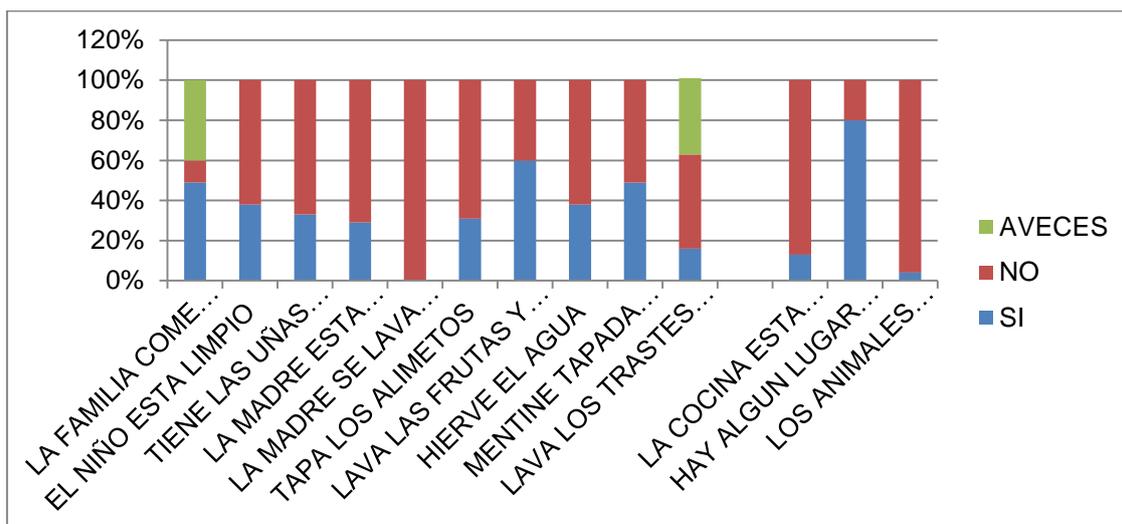
nuestro, el tema de desparasitación intestinal es de suma importancia, ya que es una condición endémica que afecta mayormente a los niños/niños preescolares, dificultando el crecimiento y desarrollo adecuado.

Es recomendable desparasitar a los niños/niñas desde los 2 hasta los 5 años, ya que en esa edad se llevan cosas a la boca y se exponen al parasitismo. Sin embargo, aconseja que el tratamiento se inicie con previo diagnóstico médico, una vez al año.

GRÁFICO: 25

PRÁCTICAS ALIMENTACIÓN, HIGIENE Y SALUD EN EL HOGAR DE LOS NIÑOS/NIÑAS INVESTIGADOS

PRÁCTICAS	SI	%	NO	%	A VECES	%
La familia come junta	22	49%	5	11%	18	40%
El niño esta limpio	17	38%	28	62%		
Tiene las uñas corta	15	33%	30	67%		
La madre esta limpia	13	29%	32	71%		
La madre se lava las manos antes de preparar los alimentos			45	100%		
Tapa los alimentos	14	31%	31	69%		
Lava las frutas y verduras	27	60%	18	40%		
Hierve el agua	17	38%	28	62%		
Mantiene tapada el agua	22	49%	23	51%		
Lava los trastes después de utilizarlos	7	16%	21	47%	17	38%
La cocina esta separada de la vivienda	6	13%	39	87%		
Hay algún lugar para guardar los alimentos	36	80%	9	20%		
Los animales están dentro de la vivienda	2	4%	43	96%		



Sentarse juntos a la mesa es fundamental indicando así que el 49 % de familias de los preescolares comen juntas, exteriorizando que el 40 % de familias comen a veces juntas y a penas el 11% de las familias no comen juntas esto se debe a que los jefe de hogar trabajan en otras ciudades o sus hermanos estudian por la noche y no tienen la oportunidad de sentarse a la mesa a comer. Así, compartir el momento de la comida al menos una vez en el día **incrementa las posibilidades de que los niños consuman alimentos saludables**, si lo comparamos con aquellas familias que nunca comen juntas o lo hacen una vez a la semana no tiene la oportunidad de compartir comunicarse y conversar de las cosas que pasaron en el día .

Los hábitos de higiene y limpieza deben ser inculcados a los niños desde pequeños, además prevenir el contagio de enfermedades, se les enseña a mantenerse presentables. Al inicio puede ser un arduo trabajo, pero cuando el hábito está establecido no cuesta ningún trabajo seguirlo. Lo ideal es comenzar lo más temprano posible, cuando aún no ofrecen resistencia, indicando así que el 62 % de niños/niñas están moderadamente limpios, cortados las uñas en un porcentaje de 67% y observando si las madres están limpias encontré que el 71 % de madres están limpias mencionando que el 29 % no están limpias ya que acudieron de sus trabajos a la cita. Las madres indican que si se lavan las manos antes de preparar los alimentos ya que este es un hábito esencial para evitar el contagio de enfermedades infecciosas.

En la preparación de alimentos es muy importante aplicar buenas prácticas de higiene y sanidad, esto es: llevar a cabo todas las actividades necesarias para garantizar que los alimentos no se deterioren o contaminen, provocando enfermedades a los niños y niñas. Para la recepción y almacenamiento de los alimentos las madres indican que 87

% tiene lugar para guardar los alimentos y el 13 % no tienen dejando al aire libre. Si se trata de productos que requieren refrigeración o congelación (carne, productos lácteos, etc.) los comprar para consumir el mismo día o dejan preparando para el siguiente día siendo así un foco de infección. El hervir el agua es una buena práctica de las madres 62 % si hacen hervir el agua y el 38 % no hacen hervir mencionando así que las madres prefieren bebidas gaseosas u otras bebidas con colorantes. Señalemos que el 96 % de hogares investigados tienen animales dentro de la vivienda, considerando así que los animales son foco de infecciones cuando estos no están bien cuidados, cabe recalcar que los niños que juegan con animales deben lavarse las manos después de jugar.

F. CONSEJERÍA NUTRICIONAL (13)

IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL DIRIGIDO A LAS MADRES DE LOS NIÑOS Y NIÑAS PREESCOLARES DEL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NÚMERO UNO” DEL CANTÓN PUJILÍ PROVINCIA DE COTOPAXI

1. PRESENTACIÓN

La nutrición juega un rol fundamental en el desarrollo del ser humano desde el momento mismo de la concepción. Desde el punto de vista de la Salud Pública, en todos los estadios del ciclo de vida se puede observar que el déficit o exceso de nutrientes influyen negativamente en el desarrollo óptimo del ser humano, provocando consecuencias indeseables en su salud como la desnutrición, sobrepeso, obesidad y anemia afectando así a un porcentaje de niños y niñas menores de cinco años del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno”, por esta razón es importante hacer un monitoreo permanente a estos niños y niñas que asisten a este Centro a través de la acciones de la consejería nutricional.

2. OBJETIVOS DE CONSEJERÍA NUTRICIONAL

- ✓ Diagnosticar y mejorar problemas de comportamiento alimentario.
- ✓ Desarrollar las habilidades de las madres en combinaciones alimentarias.
- ✓ Tratar de corregir prácticas alimentarias inadecuadas.
- ✓ Mejorar el desempeño en prácticas y la actitud.
- ✓ Brindar asesoría sobre que la cantidad, calidad y frecuencia de los alimentos.
- ✓ Fortalecer los conocimientos de las madres de familias en la elaboración de menús.

3. PROPÓSITOS

- ✓ Disminuir la incidencia de bajo peso y baja talla
- ✓ Disminuir la prevalencia de sobrepeso
- ✓ Disminuir la incidencia de enfermedades agudas (IRA, EDA)
- ✓ Mejorar el estado nutricional de los preescolares del Centro Infantil
- ✓ Controlar mensual o trimestralmente del peso
- ✓ Mejorar las prácticas y habilidades alimentarias de las madres de familia
- ✓ Incentivar la practica de actividad física.
- ✓ Fortalecer los conocimientos de las madres

4. AUDIENCIAS

La consejería nutricional se realizó con el fin de mejorar el estado nutricional de los niños y niñas preescolares

GRUPO EN RIESGO: niños y niñas preescolares del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno”

GRUPO OBJETIVO PRIMARIO: niños y niñas preescolares del Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno”

GRUPO OBJETIVO SECUNDARIO: madres y padres de familia

GRUPO OBJETIVO TERCIARIO: personal de Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno”

5. DESCRIPCIÓN

El punto estratégico donde se llevó a cabo la consejería nutricional fue en el Centro Infantil del Buen Vivir “Niño de Isinche Número Uno”, del cantón Pujilí, esta actividad se

realizó en horas laborables (8h00 a 16:00) y durante los cinco días de la semana, el tiempo de cada consejería dependió del interés que muestre cada madres de familia y se motivo para la próxima visita mensual.

6. ACCIONES NECESARIAS PARA SU IMPLEMENTACIÓN

- ✓ Socializar normas técnicas de consejería nutricional para las madres de familia de los Centros Infantiles.
- ✓ Toma de peso y talla
- ✓ Consejería sobre combinación alimentaria
- ✓ Hábitos de higiene
- ✓ Manejo sanitario de los alimentos

7. NOMBRE DE LA ACTIVIDAD

Consejería nutricional dirigida a las madres de familia es con el propósito de mejorar el estado nutricional de los niños y niñas preescolares.

Mediante la ayuda de la Matriz de planificación didáctica; que sirve a la vez para organizar y como una guía educativa.

8. SEGUIMIENTO

Para realizar el seguimiento se utilizó los siguientes indicadores:

- ✓ Nivel de cumplimiento del cronograma.
- ✓ Nivel de cumplimiento de los objetivos establecidos.
- ✓ Nivel de adecuación de los contenidos.
- ✓ Nivel de adecuación de las técnicas utilizadas.
- ✓ Nivel de adecuación a la consejería nutricional

- ✓ Nivel de cumplimiento de las jornadas de trabajo.
- ✓ Nivel de adecuación de los mensajes.
- ✓ Aporte técnico del facilitador - facilitadora para solución de problemas.
- ✓ Nivel de destreza del facilitador – facilitadora para manejar el proceso de enseñanza – aprendizaje.
- ✓ Nivel de participación de las madres.
- ✓ Costo vs número de capacitados.

9. PROMOCIÓN DEL EVENTO

La madre o padre de familia recibió un comunicado en donde se daba a conocer la fecha, hora, lugar que se va a realizar la consejería y el porque es importante que asistan.

10. AGENDA

PERIODO	TEMA	RESPONSABLES
1	<p>Sensibilización social</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promoción del evento ✓ Madre de familia y nutricionista ✓ Apertura de la ficha nutricional 	María del Carmen Tovar
2	<p>Evaluación del Estado Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Utilizar la evaluación antropométrica para diagnosticar el estado nutricional (peso, talla, BMI). ✓ Interpretar y manejar los valores de referencia ✓ Manejar adecuadamente las técnicas de medición. 	
3	<p>Educación Alimentaría Nutricional</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar características de una alimentación saludable ✓ Identificar prácticas alimentarias ✓ Mejorar las combinación alimentarias ✓ Identificar técnicas correctas de manipulación de alimentos y utensilios ✓ Incluir los diferentes grupos de alimentos en la dieta 	
4	<p>Evaluación de consumo</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recordatorio de 24 horas ✓ Prácticas alimentarias 	

11. PLANIFICACIÓN DIDÁCTICA

OBJETIVO DE COMUNICACIÓN	CONTENIDO	MENSAJE	TÉCNICAS EDUCATIVO	RECURSOS DIDÁCTICOS
Conocer el peso y la talla del niño preescolar	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Evaluación del estado nutricional ✓ Técnicas adecuadas para el control de peso y talla 	Conocer el estado nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dialogo individual ✓ Registro de peso y talla 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Materiales de oficina ✓ Balanza ✓ Estadiómetro/ Infantómetro
Identificar las prácticas alimentarias de las madres	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lista de alimentos ✓ Consumo de alimentos ✓ Frecuencia ✓ Cantidad 	Sabe si los alimentos que da a su hijo son nutritivos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pirámide de alimentos Patrón de consumo ✓ Anamnesis (prácticas alimentarias) 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pirámides de alimentos de la sierra
Dar a conocer la lista de alimentos nutritivos para los escolares	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Alimentación complementarias ✓ Alimentos de 1 a 2 años ✓ Alimentos de 2 a 5 años 	Conozca que alimentos debe dar al niño	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dialogo individual ✓ Guía alimentarias ✓ Pirámide de alimentos 	Pirámide de alimentación de la sierra
Combinar adecuadamente los alimentos disponibles	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Mezcla de alimentos 	Mejorar el aporte nutricional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Laminas de reflexión 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Guía de preguntas sobre

	✓ Alternativas alimentarias		✓ Planificación de menús	alimentos alternativos y porciones
Reconocer la cantidad, calidad y frecuencia de los alimentos	✓ Porciones alimentos nutritivos ✓ Las veces que el niño debe alimentarse durante el día	Adecuados alimentos	✓ Porciones ✓ Frecuencias ✓ Folleto con alternativas de preparación de hidratos de carbono complejos	
Preparar nuevas alternativas alimentarias con productos de la zona	✓ Alternativas de preparación			Hoja con lista de alimentos fuentes de hidratos de carbono simple y complejos
Elaborar nuevas formas de preparación de verduras y frutas y mejorar la presentación.	✓ Alimentos ✓ Alternativas de preparación ✓ Presentación	Adecuada, Variada, saludable.	✓ Dialogo individualizado ✓ Laminas graficas de presentación y combinación de frutas y verduras según sus colores. (variada)	✓ Laminas graficas ✓ Hojas de papel bon ✓ Lápiz
Distinguir preparaciones con grasas saludables	✓ Alternativos	Aprender nuevas preparaciones		
Elaborar alternativas de preparación para la colación	✓ Alternativas	Elabora tus refrigerios saludables	✓ Alternativas de comida saludable	✓ Lista de comida chatarra

Reconocer las desventajas del comer viendo la televisión	Desventajas de comer no come (Saciedad)	Respete la forma de comer el niño	Dialogo individualizado	
Evitar la contaminación de los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Contaminación por insectos ✓ Contaminación por sustancias tóxicas. ✓ Contaminación cruzada. 	Alargar la conservación de los alimentos.		
Mantener la higiene de los lugares de almacenamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavar los estantes, recipientes y equipos. ✓ Barrer y trapear los pisos. ✓ Eliminación de basura. 	Periodicidad y manejo	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gráficos ✓ Guía sobre como tiene que manipulación e higiene de alimentos 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Laminas graficas ✓ Hoja con gráficos ✓ Lápiz ✓ Guías
Mantener la higiene personal durante la manipulación y preparación de los alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aseo corporal ✓ Cuidado de las manos. ✓ Hábitos inadecuados ✓ Estado de salud 	Periodicidad del aseo personal Medidas de salud		

12. MATRIZ DE MARCO LÓGICO

RESUMEN NARRATIVO	INDICADOR	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p>Fin: Contribuir a mejorar las deficiencias y excesos de nutricionales de los preescolares del centro infantil través de diferentes actividades de consejería nutricional.</p>	<p>El 95 % de niños y niñas, mejoran su salud, por los cuidados que dan sus madres, al practicar lo adquirido en la consejería nutricional en forma teórica.</p>	<p>Ficha de evaluación nutricional</p> <p>Evaluación final</p>	<p>El ministerio de salud pública realiza consejería nutricional</p>
Propósito			
<p>Diagnosticar problemas de comportamiento alimentario.</p>	<p>Conocer el porcentaje de madres que tienen problemas de comportamiento alimentario</p>	<p>Fichas de evaluación nutricional</p>	<p>Inadecuada preparación de alimentos</p>
COMPONENTES 1			

Corregir los problemas de comportamiento alimentario	Las madres si asisten a la consejería nutricional	Fichas de evaluación nutricionista	Desmotivación de las madres al aprender nuevas preparaciones.
ACTIVIDAD			
Elaboración de estrategias de comportamiento alimentario	Al menos el 85% de niños y niñas tendrán un buen estado de salud y nutrición	Fichas de evaluación nutricionista	Inoportuna colaboración del personal de Salud y de las madres cuidadoras
COMPONENTE 2			
Desarrollar las habilidades de las madres en la preparación de alimentos.	Al menos el 95% del desarrollaran nuevas habilidades de preparación.	Fichas de evaluación nutricionista	Incorrectas habilidades de las madres ante las preparaciones
ACTIVIDAD			
Logar que las madres desarrollen, habilidades en la preparación de alimentos.	Porcentaje de madres que desarrollaron las habilidades en la preparación	Fichas de evaluación nutricionista	Inoportuna colaboración del personal de Salud y de las madres de familia
Mejorar sus habilidades de preparación alimentaria	El 100% de madres mejoran sus preparación	Fichas de evaluación nutricionista	Desmotivación de las madres al aprender nuevas preparaciones.

Elaborar una guía sobre preparaciones alimentarias con productos de la zona	El 100% de las madres contarán con las guías.	Registros de entrega de materiales.	Indisposición de las madres familia para manejar las guías.
COMPONENTE 3			
Tratar de corregir prácticas alimentarias inadecuadas.	El 50% de madre corrigen sus prácticas alimentarias	Fichas de consejería	Las madres no cambiarán sus prácticas alimentarias
ACTIVIDAD			
Mejorar las prácticas alimentarias de las madres	Las madres mejoran sus prácticas alimentarias	Fichas de evaluación nutricionista	Las madres no aceptan los cambios de las prácticas alimentarias
COMPONENTE 4			
Fomentar las relaciones de madre e hijo.	El 100% de las madres se familiarizan con sus hijos.	Fichas de evaluación nutricionista	Los niños no pasan con sus madres durante el día.
ACTIVIDAD			
Demostración de tipos de actividad con los niños y niñas	Materiales didácticos y # talleres elaborados	Programación de Actividades	Madres de familia y niños desmotivados
Estimulación entre madre y su hijo	Materiales didácticos y # sesiones realizadas	Programación de Actividades diarias	Madres cuidadoras desmotivadas
COMPONENTE 5			

Brindar asesoría sobre que la cantidad, calidad y frecuencia de los alimentos.	El 70% de madres conocerán que cantidad, calidad y con que frecuencia debe dar de comer a su hijo	Fichas de evaluación nutricionista	Las madres no se interesan por esta asesoría
ACTIVIDAD			
Elaborar y dotar de guías para la ejecución de los programas	Al menos el 95% del personal contara con las guías	Registros de entrega de materiales	Indisposición de las madres cuidadoras para manejar las guías
Fortalecer los conocimientos de las madres de familias en la elaboración de menús.	Las madres fortalecen sus conocimientos al elaborar los menús	Registros de entrega de materiales	Inadecuada colaboración de las madres de familia que realizan sus Actividades.
Demostración de Cocina Saludable.	de demostraciones realizadas	Programación de Actividades	Inadecuada colaboración de las madres cuidadoras.

13. SEGUIMIENTO

Para que la gente acuda al control, mensual se le pedirá que nos visiten nuevamente en el Centro Infantil, esta visita permitirá evaluar los cambios alcanzados durante el mes, se realizó control de peso trimestralmente como un indicador de seguimiento; se

evaluara los cambios en la alimentación (consumo, tiempo de comida, formas de preparación); frecuencia de las visitas, apego a los mensajes, si les sirvió el material.

14. GUIAS ALIMENTARIAS SEGÚN EDAD ENTREGADAS A LAS MADRES DE LOS NIÑOS/NIÑAS INVESTIGADAS

Cuadro 7: Guía alimentaria de alimentación complementaria

Niña y Niño 9-11 meses	
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	
Leche Materna	Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos 6 veces durante el día y la noche. Parece
Consistencia	Indicar a la madre que la consistencia de la comida debe ser espesa incluyendo alimentos desmenuzados, solidos y picados utilizando alimentos diferentes
Cantidad	Servir 3/4 plato mediano de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (5 a 7 cucharadas).

Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy hígado, sangrecita, pollo, etc.
Frecuencia	<p>Si recibe leche materna</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar 3 comidas al día más 1 refrigerio. • Si no recibe leche materna • Dar 3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos
Suplementos de hierro y Vitamina A Uso de Sal Yodada	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo del suplemento de hierro. • En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. • Promover el consumo de sal yodada
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y vegetales de color verde o color naranja o amarillo. • Adicionar 1 cucharadita de aceite o grasa en la comida principal para mejorar la densidad energética. • Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles) varias veces a la semana. Por cada cucharada de menestra sirva 2 cucharadas de cereal (arroz, quinua, papa, camote, yuca, etc.). • Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño.

	<ul style="list-style-type: none">• Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).• Lavado de manos, con agua segura y jabón o detergente, de la niña o niño, madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.• Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.• Consumo de agua hervida en taza.• Disposición de las excretas de la niña o niño, y mantener los animales fuera del hogar.• Consumo del suplemento de hierro.• Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos, etc.• Es importante que el padre participe en el cuidado y control de la niña o niño.
--	---

Cuadro 8: Guía alimentaria normal de Niña y Niño 1 a < 2 años

Niña y Niño 1 a < 2 años	
ALIMENTACIÓN NORMAL	
Leche Materna	Continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.
Consistencia	Dar comidas sólidas (ofrecer primero el segundo) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.
Cantidad	Servir 1 plato mediano de comida espesa/ Sólida Calidad

Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, sangrecita, pollo, etc.
Frecuencia	Dar 3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos.
Suplementos de hierro y Vitamina A Uso de Sal Yodada	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo del suplemento de hierro. • En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. • Promover el consumo de sal yodada
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y vegetales de color verde o color naranja o amarillo (1 unidad). • Adicionar 1 cucharadita de aceite o grasa en la comida principal para mejorar la densidad energética. • Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles) varias veces a la semana. Por cada cucharada de menestra sirva 2

	<p>cucharadas de cereal (arroz, quinua, papa, camote, yuca, etc.).</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño.• Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).• Lavado de manos, con agua segura y jabón o detergente, de la niña o niño, madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.• Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.• Consumo de agua hervida en taza• Disposición de las excretas de la niña o niño y mantener los animales fuera del hogar.• Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante que el padre participe en el cuidado y control de la niña o niño.
--	---

Cuadro9: Guía de Alimentación Normal de Niña y Niño 2 a < 5 años

Niña y Niño 2 a < 5 años	
ALIMENTACIÓN NORMAL	
Consistencia	Darle comidas sólidas (ofrecer primero el segundo) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar.
Cantidad	Cantidad Darle 1 plato grande, de acuerdo a su edad, actividad física y estado nutricional .Calidad
Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy hígado, sangrecita, pollo, etc.
Frecuencia	Dar 3 comidas al día más 2 refrigerios que incluyan lácteos
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y vegetales de color verde o color naranja o amarillo.

	<ul style="list-style-type: none">• Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles) varias veces a la semana. Por cada cucharada de menestra sirva 2 cucharadas de cereal (arroz, quinua, papa, camote, yuca, etc.)• Uso de sal yodada para preparar los alimentos.• Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño.• Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).• Lavado de manos, con agua segura y jabón o detergente, de la niña o niño, madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.• Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.• Consumo de agua hervida en taza.• Disposición de las excretas de la niña o niño y mantener los animales fuera del hogar.• Consumo del suplemento de hierro.
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos y cuentos. • Es importante que el padre participe en el cuidado y control de la niña o niño.
--	--

VII. CONCLUSIONES

- La edad de los niños y niñas investigados oscilo entre 10 a 60 meses, con un promedio de 28.4 meses, 29 son mujeres que equivale al 64 % y el 36% que corresponde a 16 hombres.
- El nivel de instrucción de las madres; 42% son analfabetas, 36% han estudiado la primaria y la secundaria el 22%.
- Índice de riesgo de la vivienda; alto riesgo 16%, 42% riesgo medio y bajo. Las viviendas en que viven los niños y niñas representan de alto riesgo.
- Extracto popular bajo 56% y medio 44%. Los padres en su mayoría se desempeñan en trabajos de jornaleros, agricultores, guardias y trabajos esporádicos de muy baja remuneración.
- Para la evaluación del estado nutricional de los niños y niñas se ha considerado los tres indicadores principales: talla/edad, peso//talla y peso//edad: revelo que el 82% tienen retardo en la talla, 62% tienen bajo peso o emaciación, ocasionado

por prácticas alimentarias inadecuadas, falta de alimentos nutritivos y desordenes en la alimentación anteriores y recientes. El IMC exterioriza que hay un 49% de peso normal, el 36% desnutrición y el 15% de sobrepeso.

- Otro problema que afecta a los niños y niñas del Centro Infantil son las prácticas alimentarias inadecuadas, preparaciones poco nutritivas, hábitos de aseo incorrectos; son factores condicionantes que están ligados al nivel educativo de las madres de familia y todo esto conlleva a que los niños reciban una dieta monótona y rica en fuentes de carbohidratos.

VIII. RECOMENDACIONES

- Poner en práctica los consejos que se han dado en la consejería nutricional a las madres de familia del centro infantil con temas de alimentación y nutrición para que los niños y niñas alcancen su peso y talla deseada.
- Para un adecuado crecimiento y desarrollo de los preescolares se recomienda el consumo de nutrientes específicos como: proteínas, carbohidratos, vitaminas y minerales que asegure la absorción y utilización del mismo.
- Mejorar los menús con productos de la zona para así establecer menús patrones que sean de alto valor nutricional y calórico.
- En cuanto a la alimentación se debe mantener una dieta adecuada y equilibrada, que cubra y satisfaga las necesidades diarias de cada preescolar, para prevenir distintos tipos de enfermedades como; desnutrición y sobrepeso
- Disminuir el consumo de grasas
- Consumir alimentos que tenga un con alto contenido calórico.
- Incentivar a las madres de familia que prefieran alimentos como frutas y verduras ya que aportan un alto valor nutritivo.
- Se debe recomendar incluir alimentos ricos en fibra como avena, quinua, machica, y alimentos de la zona ya que son de mayor accesibilidad
- Enseñar a las madres las porciones normales del niño
- Realizar con las madres de familia, talleres de alimentación y nutrición

- En enseñar a las madres preparaciones que sean nutritivas y de bajo costo con productos de la zona.
- Distribuir de forma organizada los horarios y tiempos de comida.
- Las madres deben cuidar y mejorar estilos de vida de la familia
- Recomendar a las madres que lean los folletos entregados en la consejería para que conozcan las porciones, formas de preparación y cantidad adecuada para cada niño y niñas

- Incentivar a las madres de familia a que accedan a programas de alimentación y capacitación nutricional para mejorar el estilo de vida de sus hijos.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Alpers D., Stenson., Bier D.,** Nutrición. 4° ed. Hoston: Marbán. 2002. 779 p.
2. **Araceli S., Karime H.,** ABC de Evaluación del Estado Nutricional. MCGraw Hill. 2010. 313p
3. **Bowman B., Russell.,** Conocimientos Actuales sobre Nutrición. 8° ed. Washington: OPS. 2003. 829p.
4. **Castell Salvador.** Larousse de la Dietética y la Nutrición. Larousse. 2001. 232p.
5. **Escott – Stump,S** Nutrición, Diagnóstico y Tratamiento, 6° ed. México: Wolte Kluwer. 2010. 947p.
6. **Gallegos E., S.** Manual Evaluación Nutricional: Texto Básico. Riobamba: ESPOCH. 2007. 125p.
7. **Gallegos E., S.** Manual Evaluación Dietética Métodos, Técnicas y Procedimiento Texto Básico. Riobamba: ESPOCH. 2008. 98p.
8. **Gordon, W, Hampl J, Disilvestro R.,** Perspectivas en nutrición. 6° ed. México: Wolters kluwer. 1990. 698p.
9. **Mahan, k. Escott- Stump,S.** Dietoterapia Krause. 12° ed. Ámsterdam: Elsevier Masson. 2009. 1351p.

10. **Serra Majem, L Aranceta Bartrin, J**, Desayuno y Equilibrio Alimentario.
Barcelona: Masoon. 2004. 226p.

11. **Serra Majem, L Aranceta Bartrin, J**, Alimentación Infantil Juvenil: Estudio enkid
Barcelona: Masoon. 2002. 203p.

12. **O'Donell, A**. Nutrición y Alimentación del Niño en los Primeros Años de Vida.
Washington: OPS. 1997.483p.

13. **Villacreses V.**, Manual de Educación Alimentaria II. Texto Básico. Riobamba
ESPOCH. 2010. 230p.

14. **Zamora. P, García M., Mengual C., Valverde M. C., y Molina M. E.**
Alimentación Infantil Natural. 2° ed. Integral. 1991. 567p

X. ANEXOS

ANEXO 1

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,N° de cedulacertifico que he sido informado sobre la investigación de: “ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QUE ASISTEN A AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NÚMERO UNO” E IMPLEMENTACION DE UN PROGRAMA DE EDUCACION ALIMENTARIA NUTRICIONAL - CANTON PUJILI-COTAPAXI, 2012” y el propósito de la misma, y además que los datos obtenidos serán almacenados en absoluta confidencialidad. Por lo que doy mi consentimiento para que mi hijo (a)participe de esta investigación

INVESTIGADOR

María del Carmen Tovar

PADRE O MADRE DEL NIÑO (A)

ANEXO 2

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO FACULTAD DE SALUD PÚBLICA ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QUE ASISTEN A AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NÚMERO UNO” E IMPLEMENTACION DE ACCIONES EN CONSEJERIA NUTRICIONAL - CANTON PUJILI-COTAPAXI, 2012”

ENCUESTA PARA DETERMINAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS
NIÑOS QUE ASISTEN AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE
ISINCHE NÚMERO UNO”

FICHA ANTROPOMETRICA

NOMBRE Y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO (F – M)	EDAD	PESO (Kg.)	TALLA (Cm)	IMC

ANEXO 3
ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

“ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QUE ASISTEN A AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NÚMERO UNO” E IMPLEMENTACION DE ACCIONES EN CONSEJERIA NUTRICIONAL - CANTON PUJILI-COTAPAXI, 2012”

CARACTERISTICAS SOCIOECONOMICAS

Nombre del niño/a:.....

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE (NIM)

Nivel de Instrucción de la madre	Puntuación Asignada	Puntaje correspondiente
Instrucción superior	1	
De 4 a 6 años secundaria	2	
De 1 a 3 años secundaria	3	
De 4 a 6 grados primaria	4	
De 1 a 3 grados primaria	5	
Ninguna instrucción	6	

ÍNDICE DE RIESGO DE LA VIVIENDA (IRV)

Condiciones de la Vivienda	Ítems	P. Asignada	P. Correspondiente
Hacinamiento	<i># de habitantes</i> <i># de cuartos dormir</i>	=5 → 6 3 a 4 → 3 1 a 2 → 1	
Piso	Tierra, caña, otro Madera, cemento, vinil	2 1	
Abastecimiento de agua	Lluvia, río, poso, vertiente, otro. Carro repartidor, entubada	3 2 1	

	Potable		
Servicios Higiénicos	Campo abierto	3	
	Letrina excusado, uso común	2	
	Excusado uso exclusivo	1	
Eliminación de aguas servidas	Superficial	2	
	Red pública, pozo ciego	1	
Eliminación de basura	Aire libre, otro	3	
	Entierra, incinera	2	
	Recolector público	1	
Ubicación de la cocina	Ambiente. Compartido	2	
	Ambiente. Separado	1	

NIVEL DE CLASE SOCIAL DEL JEFE DEL HOGAR (NIS)

ACTIVIDAD	P. ASIGNADO	P. CORRESPONDIENTE
Empleados públicos, propietarios de gran extensión de tierra, profesionales independientes.	1	
Artesanos, panaderos, sastre, chofer, profesional, empleado público (menor gradación), técnico docente.	2	
Obreros, fábrica, minería, construcción agrícola, pequeños productores rurales, empleados de mantenimiento y seguridad, militares de tropa, jubilado	3	
Subempleado, vendedor ambulante, cocinero, lavandera, lustrabotas, peón, campesino pobre cesante, desocupados, jornaleros.	4	

PUNTUACIÓN FINAL

IRV	P. ASIGNADA	NIS	P. ASIGNADA
De 7-8 puntos vivienda de bajo riesgo	1	Estrato medio alto	1
De 9-17 puntos vivienda de mediano riesgo	2	Estrato medio	2
De 18-22 vivienda de alto riesgo	3	Estrato popular alto	3
		Estrato popular bajo	4

CLASIFICACIÓN DE LA FAMILIA DE ACUERDO A LA PUNTUACIÓN

NIM: _____

IRV: _____

NIS: _____

ANEXO 4

**ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

**ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QUE ASISTEN A AL
CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NÚMERO UNO”
E IMPLEMENTACION DE ACCIONES EN CONSEJERIA NUTRICIONAL -
CANTON PUJILI-COTAPAXI, 2012”**

TEST DE PRÁCTICAS ALIMENTARIAS KRECE PLUS

NOMBRE DEL NIÑO/A:

NOMBRE DE LA MADRE

.....
Conteste sinceramente a estas sencillas preguntas y podrás comprobar cuál es el nivel nutricional de tu hijo/a.

PREGUNTA	si	no	valor
Desayuna el niño o la niña			-2
Desayuna un lácteo, pan, huevo, yogurt			+2
Almuerza normalmente el niño/niña sopa, arroz y jugo			-1
Merienda siempre el niño/niña			+1
Toma un segundo lácteo o jugos a lo largo del día			+1
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día			+1
Come verduras frescas o cocinadas más de una vez al día			+1
Come pescado con regularidad (por lo menos de 1 a 2 veces a la semana)			+1
Come varias veces al día dulces y golosinas			-2
Come pasta o arroz casi a diario (5 veces a la semana a la semana)			+1
Se utiliza aceite de oliva en casa			+1

TOTAL	
--------------	--

Puntuación: De 0 a 10

Menor o igual a 3: Prácticas alimentarias deficientes. **Conviene corregir urgentemente los hábitos alimentarios.** Consulta con el pediatra o dietista.

4 a 7: Prácticas alimentarias mejorada. **Es necesario introducir algunas mejoras en la alimentación.** Acude al pediatra en seis meses.

Mayor o igual a 8: Buena practica alimentaria. Sigue así

ANEXO 5

ESCUELA SUPERIOR POLITÉCNICA DE CHIMBORAZO

FACULTAD DE SALUD PÚBLICA

ESCUELA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

ESTADO NUTRICIONAL DE PREESCOLARES QUE ASISTEN A AL CENTRO INFANTIL DEL BUEN VIVIR “NIÑO DE ISINCHE NÚMERO UNO” E IMPLEMENTACION DE ACCIONES EN CONSEJERIA NUTRICIONAL - CANTON PUJILI-COTAPAXI, 2012”

ANAMNESIS ALIMENTARIO

1. ¿Cómo prepara los alimentos?

2. ¿Cuántas veces al día le da comida a su niño/a?

Menos de 2 veces

3 o menos veces

3. ¿La comida que le da al niño/a es: espesa, no muy espesa o chuya?

Espesa

No muy espesa

Chuya

4. ¿Hay otras personas que le dan de comer al niño/a?

Si

No

A veces

5. ¿Con qué frecuencia consumen los siguientes alimentos? (considerar los grupos de alimentos, desagregar mencionando alimentos conocidos por la gente).

GRUPO DE ALIMENTO	ALIMENTO	FRECUENCIA
Proteínas		Menos de 2 veces
		Mas de 2 veces
Hidratos de carbono		Menos de 2 veces
		Mas de 2 veces
Verduras		Menos de 2 veces
		Mas de 2 veces
Cereales		Menos de 2 veces
		Mas de 2 veces
Leguminosas		Menos de 2 veces
		Mas de 2 veces
Tubérculos		Menos de 2 veces
		Mas de 2 veces

PRÁCTICAS DE SALUD

6. ¿Qué comida no le da al niño/a cuando tiene diarrea?

Alimentos que no le da durante la diarrea	Si	No
Col, coliflor. brócoli		
Leche		
Cítricos		

Fritos		
Cereales		
Frutas con cascara		

7. ¿Cuando el niño/a se está sanando de una enfermedad, que comida le da?

Alimentos que si le da	Si	No
Colada de cereales		
Colada de frutas		
Sopas blandas con pollo		
Sopa blandas de verduras		

8. ¿Cada cuanto le hace pesar al niño/niña?

Cada Cuanto le hace pesar al niño/niña	Si	No
cada mes		
Cada dos meses		
Cada tres meses		
Cada vez que acude al centro de salud		

9. Le ha desparasitado?

Desparasita al niño/niña	Cantidad	Porcentaje
Si		
No		
No sabe		

10. ¿Cada cuanto tiempo le desparasita?

Cada cuanto tiempo le desparasita	SI	NO
Cada 3 meses		
Cada 6 meses		
1 vez cada año		
No sabe		

GUIA DE OBSERVACION DE PRÁCTICAS

PRÁCTICAS	Si	No	A veces
La familia come junta			
El niño/a está limpio			
Las uñas del niño/a están cortadas			
La madre está limpia			
La madre se lava las manos antes de preparar los alimentos			
En la casa los alimentos están tapados			
Lavan las frutas y vegetales antes de comerlos			
Hierven el agua para tomar			
Mantienen tapada el agua			
Los trastes de la cocina están limpios			
La cocina está separada de la vivienda			

Hay algún lugar para guardar de alimentos			
Los animales están dentro de la vivienda			