



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

**“ELABORACIÓN DE UNA GUÍA ALIMENTARIA PARA LA
POBLACIÓN ADULTA BENEFICIARIA DEL PROGRAMA
MAXINUTRICION ECUADOR 2014”**

TESIS DE GRADO

Previo a la obtención del título de:

NUTRICIONISTA DIETISTA

MARÍA VALERIA ANDRADE LALAMA

**RIOBAMBA-ECUADOR
2014**

CERTIFICADO

La presente investigación fue revisada y se autoriza su presentación.

Dr. Patricio Ramos P.
DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICADO

Los miembros de tesis certifican que el presente trabajo la investigación titulado **“ELABORACIÓN DE UNA GUÍA ALIMENTARIA PARA LA POBLACIÓN ADULTA BENEFICIARIA DEL PROGRAMA MAXINUTRICION ECUADOR 2014”** de responsabilidad del Srta. María Valeria Andrade Lalama ha sido minuciosamente revisada y se autorizada su publicación.

Dr. Patricio Ramos P.
DIRECTOR DE TESIS

Dr. Marcelo Nicolalde C.
MIEMBRO DE TESIS

Riobamba, 16 de Junio del 2014

AGRADECIMIENTO

A la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Facultad de Salud Pública. Escuela de Nutrición y Dietética por ser un templo de enseñanza profesional y para la vida.

Al Dr. Patricio Ramos, director de tesis, al Dr. Marcelo Nicolalde, miembro de tesis por contribuir con parte de su tiempo y paciencia para la elaboración de esta tesis.

A mis compañeras y amigos quienes me han brindado su apoyo y me han acompañado en todo momento.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios por enseñarme que nunca estoy sola, que soy capaz de lograr todo lo que quiera y por iluminar mi camino todos los días.

A mi familia por ser mi fuerza, mi orgullo y mi sonrisa de cada mañana.

A mi padre, mi hermana, abuelitos por ser simplemente ellos y amarme incondicionalmente.

VALE

RESUMEN

Se realizó una guía alimentaria para la población adulta beneficiaria del programa Maxinutrición Ecuador 2014. En la primera fase: diagnóstica o línea de base las variables investigadas proporcionaron información sobre características generales, estado nutricional, hábitos alimentarios, actividad física y características clínicas. La población estudiada fue de 109 personas atendidas en los meses de septiembre, octubre y noviembre 2013 en los locales de Supermaxi y Megamaxi en Ambato y Riobamba. Los resultados más relevantes indican que el 63,30% de la población en estudio es del sexo femenino, el promedio de edad de las personas fue de 33.82 años de edad, es decir que se trató en su mayoría con adultos jóvenes, en la valoración y diagnóstico del estado nutricional se encontró que el 38.53 % de las personas atendidas presentan sobrepeso, el 19.26 % presentan obesidad grado I, mientras que solo el 33.02 % se encuentra en la normalidad. En cuanto a los hábitos alimentarios los alimentos que más consumen a la hora de la colación son las frutas. Las bebidas de preferencia para acompañar sus comidas son en un 60.55% jugos naturales azucarados. Y el 40.36% cree que los alimentos que más engordan son los aceite y mantecas. Con estos resultados en la segunda fase se elaboró una guía alimentaria que contempla: introducción, objetivos educativos y desarrollo de cada tema los mismos que informan los beneficios de una alimentación adecuada y promueven estilos de vida saludables para la población adulta.

ABSTRACT

A food guide for the adult population recipient of the program Maxinutrición Ecuador 2014 was conducted. In the first phase: diagnostic or base line, the investigated variables provided information on general characteristics, nutritional status, dietary habits, physical activity and clinical characteristics. The studied population was 109 people attended during the months of September, October and November 2013 in Supermaxi and Megamaxi in Ambato and Riobamba. The main results indicate that 63.30 % of the study population is female, the average age of people was 33.82 years old, it was treated mostly with young adults, in the assessment and diagnosis of nutritional status was found that 38.53% of the people had overweight, 19.26% had severe obesity, while only 33.02% are in normal. Regarding eating habits foods most consumed at snack time are fruits. Drinks of preference to join meals are on 60.55% sugary juices. And 40.36% believes that the most fattening foods are oils and butters. With these results in the second phase a food guide was developed which includes: introduction, educational objectives and development of each topic the same report the benefits of proper nutrition and promote healthy life styles for adults.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO	PAGINAS
I. <u>INTRODUCCIÓN</u>	01
II. <u>OBJETIVOS</u>	03
A. GENERAL	03
B. ESPECÍFICOS	03
III. <u>MARCO TEÓRICO</u>	04
A. PROGRAMA MAXINUTRICION	04
B. ADULTO	05
1. Definición	05
2. Características corporales más significativas	05
C. HÁBITOS ALIMENTARIOS	08
1. Definición	08
D. LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ADULTOS	09
E. CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA	12
(NAF) DE LAS POBLACIONES DE ACUERDO CON SUS	12
ESTILOS DE VIDA	13
F. ESTADO NUTRICIONAL	14
G. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL	15
H. GUÍA ALIMENTARIA	17
1. Informe de la consulta técnica regional de las guías	21
alimentarias	21
2. Modelo propuesto para la elaboración de guías	21
alimentarias	

IV. <u>METODOLOGÍA</u>	
A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN	28
1. Localización	28
2. Temporalización	28
B. VARIABLES	28
1. Identificación	28
2. Definición	28
a. Características generales	29
b. Estado nutricional	29
c. Hábitos alimentarios	29
d. Actividad física	29
e. Características clínicas	29
3. Operacionalización	29
C. TIPO Y DISEÑO	30
D. POBLACIÓN	31
E. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTOS	32
1. Recolección de Datos	32
2. Elaboración de una guía alimentaria	32
F. ESQUEMA DE ANÁLISIS DE RESULTADO	32
V. <u>RESULTADOS</u>	33
A. ANÁLISIS DESCRIPTIVO	34
VI. CONCLUSIONES	35
VII. RECOMENDACIONES	35
VIII. BIBLIOGRAFÍA	47

IX. ANEXOS	49
	51
	52
	53

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA No.		PÁG.
1	Tabla de clasificación del nivel de actividad física (NAF) de las poblaciones de acuerdo con sus estilos de vida	12
2	Tabla de clasificación del Índice de Masa Corporal (IMC) según la OMS.	17

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO No.		PÁG.
1	Distribución de la población según sexo.	33
2	Distribución de la población según edad.	34
3	Distribución de la población según peso	35
4	Distribución de la población según talla	36
5	Distribución de la población según diagnóstico de IMC	37
6	Distribución de la población según comidas en casa al día.	38
7	Distribución de la población según preferencia de alimentos en la colación.	39
8	Distribución de la población según bebidas de preferencia.	40
9	Distribución de la población según creencias de alimentos que engordan.	41
10	Distribución de la población en estudio según actividad física.	42
11	Distribución de la población según antecedentes patológicos personales.	43
12	Distribución de la población según antecedentes patológicos familiares.	44

I. INTRODUCCIÓN

La importancia de las guías alimentarias basadas en alimentos (GABA) en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades relacionadas con la dieta es reconocida. En la actualidad se ha planteado un nuevo enfoque con el que se persigue elaborar estas guías basándolas en los alimentos, en lugar de basarlas en los nutrientes como se solía hacer en algunos países.

Las GABA deben ser de carácter nacional, considerar la situación de salud y nutrición de la población de un país, y tener como objeto, mediante la educación en nutrición, tanto la prevención de las enfermedades nutricionales originadas por el déficit de consumo de energía o nutrientes específicos como la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la dieta, cuya prevalencia es cada vez mayor en los países de América Latina.

Para elaborar el contenido y definir la orientación de las guías alimentarias, es fundamental tener un conocimiento cabal de los problemas de salud pública predominantes de un país. Se deben considerar factores sociales, culturales, económicos, ambientales y agrícolas que se relacionan con una adecuada disponibilidad y utilización de los alimentos. Se deben formular mensajes positivos que pongan de manifiesto los beneficios y la satisfacción que procura una alimentación apropiada. Es necesario en fin tener en cuenta diversos campos científicos y los intereses de grupos multidisciplinarios y multisectoriales, con el objeto de poner de manifiesto los aspectos vinculados al mejoramiento de la alimentación y nutrición de las poblaciones.¹

Por la misma razón la presente investigación tiene como finalidad elaborar una guía alimentaria para la población adulta beneficiaria del programa Maxinutrición, la cual incluirá mensajes claros que faciliten a la misma a seleccionar una dieta adecuada.

Con uso de esta herramienta educativa como lo es una guía alimentaria se podrá proveer información para que la población seleccione los alimentos necesarios para desarrollarse y funcionar en condiciones óptimas de salud, y previniendo enfermedades relacionadas con la alimentación promoviendo estilos de vida saludables.

II. OBJETIVOS

A. OBJETIVO GENERAL

Elaborar una guía alimentaria para la población adulta beneficiaria del programa Maxinutrición Ecuador.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

PRIMERA FASE: DIAGNOSTICA

1. Identificar las características generales y clínicas de la población en estudio.
2. Evaluar el Estado Nutricional mediante indicadores antropométricos (Peso, Talla, Índice de masa corporal).
3. Identificar las principales características en los hábitos alimenticios de la población a estudio.
4. Identificar el tipo y frecuencia de actividad física.
5. Determinación de una línea de base para la elaboración de una guía alimentaria para la población adulta beneficiaria del programa Maxinutrición Ecuador.

SEGUNDA FASE: ELABORACIÓN DE GUÍA ALIMENTARIA

1. Definición de objetivos para la guía alimentaria.
2. Elaboración de guía alimentaria.

III. MARCO TEÓRICO

PRIMERA FASE

A. PROGRAMA MAXINUTRICIÓN

“Devika Rivadeneira coordinadora manifestó que Maxinutrición es un programa de educación alimentaria nutricional creado por la Corporación La Favorita, y que tiene como objetivo brindar consultas nutricionales gratuitas a los clientes de sus locales de Supermaxi y Megamaxi en todo el Ecuador.

La Corporación La favorita comprometida por velar por el bienestar de la población ecuatoriana planifica el programa nutricional conjuntamente con el Grupo Editorial Taquina, quienes se encargan de la coordinación del programa. Maxinutrición empezó hace 3 años en las ciudades de Quito y Guayaquil, y en el 2013 se inicia en distintas ciudades del Ecuador como Loja, Ibarra, Manta, Ambato y Riobamba.

El programa Maxinutrición consiste en la evaluación nutricional de la persona para luego realizar consejería nutricional.”

(D. Rivadeneira, comunicación personal, 11 de diciembre de 2013)

B. ADULTO

1. DEFINICIÓN

Adulto hace referencia a un organismo con una edad tal que ha alcanzado la capacidad de reproducirse. En el contexto humano el término tiene otras connotaciones asociadas a aspectos sociales y legales. La adultez puede ser definida en términos fisiológicos, psicológicos, legales, de carácter personal, o de posición social.

Adulto es el individuo, hombre o mujer, que ha alcanzado la plenitud de su desarrollo corporal, intelectual y la estabilidad emocional de una persona madura. La presentación que sigue se ocupa, casi exclusivamente, de importantes aspectos de la composición corporal del adulto debido a las estrechas relaciones existentes con la alimentación y la nutrición. El análisis químico de su composición corporal muestra que está formado por sustancias similares a las alimenticias.²

2. CARACTERÍSTICAS CORPORALES MÁS SIGNIFICATIVAS

El organismo humano está constituido por agua, grasa, músculo, hueso, y otros componentes, siendo el agua, el mayoritario. Un hombre joven sano de unos 65 kg de peso contiene unos 40 kg de agua, 11 kg de proteína, 9 kg de grasa, 4 kg de minerales, 1 kg de carbohidratos, y una pequeña cantidad de vitaminas.

El agua significa 50-65% del peso del cuerpo. Su cantidad y proporción varían con la edad y sexo. Es menor en personas mayores y en mujeres. En el equilibrio diario de agua en un adulto de 70 kg. Las pérdidas inevitables diarias tienen que ser sustituidas son las insensibles (800 mL), las fecales (200 mL) y el sudor (100 mL). Además, debe producir orina suficiente para excretar una carga de solutos de 600 mOsm generados diariamente. El organismo intercambia agua y electrolitos con el exterior por las vías pulmonar, cutánea, digestiva y renal. En condiciones normales, las entradas y salidas se equilibran y el balance corporal permanece inalterado.

La ingesta aproximada de 1-2 mEq/kg/día de sodio de los adultos o de 1 mEq/kg/día de los niños, puede sustituir a las pérdidas obligatorias. Estas alcanzan unos 30 mEq/día por las heces y el sudor, con unas cantidades variables por la orina. Por lo general, la ingesta de potasio de 0,5-1,0 mEq/kg/día basta para mantener el equilibrio de este ión en un individuo normal. Las pérdidas diarias de potasio por la orina y el sudor alcanzan los 40-60mEq.

El tejido adiposo, formado por adipocitos, constituye un 20% del peso total. Se diferencia, en grasa subcutánea, donde se encuentran los mayores depósitos, y grasa interna o visceral. La cantidad y el porcentaje de todos estos componentes es variable y depende de factores como edad o sexo. El contenido de grasa aumenta con la edad y es mayor en las mujeres. Alcanzada la adolescencia las mujeres presentan mayor cantidad de grasa corporal que

los hombres y esta diferencia se mantiene en el adulto. Así, la mujer tiene aproximadamente un 20-25% de grasa mientras que en el hombre este componente sólo supone como máximo un 15%. Existen diferencias en la distribución de la grasa. Los hombres tienden a depositarla en las zonas centrales del organismo, en abdomen y espalda, mientras que en las mujeres se encuentra preferentemente en zonas periféricas, caderas y muslos. Con la edad se produce una internalización de la grasa y un aumento del depósito en las zonas centrales del cuerpo. El ejercicio físico condiciona también la composición corporal, los atletas tienen mayor cantidad de MLG y agua, y menor de grasa.

El tejido magro o masa libre de grasa (MLG) constituye el 80% del peso total del organismo, en el que están incluidos músculos, huesos, agua extracelular, tejido nervioso y resto de células no grasas: los componentes funcionales de los procesos metabólicamente activos. MLG es mayor en hombres y aumenta progresivamente con la edad hasta los 20 años, disminuyendo posteriormente en el adulto. El músculo esquelético o masa muscular, 40% del peso total, es el componente más importante de MLG y refleja el estado nutricional de las proteínas. Los huesos, o masa ósea, constituyen un 14% peso total y 18% de MLG.

El tejido óseo representa la parte más importante del sistema esquelético. Proporciona fortaleza para funcionar como lugar de inserción y sostén del peso para los músculos.

C. HÁBITOS ALIMENTARIOS

1. DEFINICIÓN

Los hábitos alimenticios se deben a diversos factores como las costumbres familiares, la selección y preparación de los alimentos y la forma de consumo de los mismos.

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

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

Sin embargo, no se trata de comer por comer, con el único fin de saciar el hambre, sino de obtener por medio de los alimentos, los nutrimentos

necesarios para poder realizar todas las actividades según la actividad física que se desarrolle, el sexo, la edad y el estado de salud.

Consumir pocos o demasiados alimentos y de forma desbalanceada, tiene consecuencias que pueden ser muy graves: por un lado si faltan algunos nutrientes en el organismo, hay desnutrición, que es muy grave y frecuente en niños de todos los ámbitos sociales, y por otro si se comen cantidades excesivas se puede desarrollar obesidad.⁴

D. LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LOS ADULTOS

Para los adultos de este grupo de edades, la actividad física consiste en actividades recreativas o de ocio, desplazamientos (por ejemplo, paseos a pie o en bicicleta), actividades ocupacionales (es decir, trabajo), tareas domésticas, juegos, deportes o ejercicios programados en el contexto de las actividades diarias, familiares y comunitarias.

Con el fin de mejorar las funciones cardiorrespiratorias y musculares y la salud ósea y de reducir el riesgo de ENT y depresión, se recomienda que:

1. Los adultos de 18 a 64 años dediquen como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana, o bien una combinación equivalente de actividades moderadas y vigorosas.

2. La actividad aeróbica se practicará en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.
3. Que, a fin de obtener aún mayores beneficios para la salud, los adultos de este grupo de edades aumenten hasta 300 minutos por semana la práctica de actividad física moderada aeróbica, o bien hasta 150 minutos semanales de actividad física intensa aeróbica, o una combinación equivalente de actividad moderada y vigorosa.
4. Dos veces o más por semana, realicen actividades de fortalecimiento de los grandes grupos musculares.

Estas recomendaciones se aplican a todos los adultos sanos de 18 a 64 años, salvo que coincidan dolencias médicas específicas que aconsejen lo contrario. Son válidas para todos los adultos independientemente de su sexo, raza, origen étnico, o nivel de ingresos. También se aplican a las personas que estando en ese margen de edad sufren enfermedades crónicas no transmisibles no relacionadas con la movilidad, tales como hipertensión o diabetes.

Estas recomendaciones pueden ser válidas para los adultos discapacitados. Sin embargo, a veces habrá que adaptarlas en función de la capacidad de ejercicio de la persona y de los riesgos específicos para su salud o sus limitaciones.

Hay muchas maneras de acumular el total de 150 minutos semanales.

El concepto de acumulación se refiere a la meta de dedicar en total cada semana 150 minutos a realizar alguna actividad, incluida la posibilidad de

dedicar a esas actividades intervalos más breves, al menos de 10 minutos cada uno, espaciados a lo largo de la semana, y sumar luego esos intervalos: por ejemplo 30 minutos de actividad de intensidad moderada cinco veces a la semana.

Las mujeres embarazadas o en periodo puerperal y las personas con problemas cardíacos pueden tener que tomar más precauciones y consultar al médico antes de intentar alcanzar los niveles recomendados de actividad física para este grupo de edad.

Los adultos inactivos o con enfermedades limitantes verán mejorada también su salud en alguna medida si pasan de la categoría "sin actividad" a la de "cierto nivel" de actividad. Los adultos que no siguen las recomendaciones de realización de actividad física deberían intentar aumentar la duración, la frecuencia y, finalmente, la intensidad como meta para cumplirlas.

En general, una sólida evidencia demuestra que, en comparación con los hombres y mujeres adultos menos activos, las personas más activas:

- Presentan menores tasas de mortalidad por todas las causas, cardiopatía coronaria, hipertensión, accidentes cerebrovasculares, diabetes de tipo 2, síndrome metabólico, cáncer de colon y mama, y depresión;
- Probablemente tienen un menor riesgo de fractura de cadera o columna;
- Presentan un mejor funcionamiento de sus sistemas cardiorrespiratorio y muscular, y

- Mantienen más fácilmente el peso, y tienen una mejor masa y composición corporal.⁵

E. CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA (NAF) DE LAS POBLACIONES DE ACUERDO CON SUS ESTILOS DE VIDA

El comité de expertos de energía de FAO/OMS/UNU del 2004 estableció 4 categorías de estilos de vida.

Estilos de vida sedentarios o con actividad ligera(NAF medio = 1,55)		
Personas con ocupaciones que no demandan mucho esfuerzo físico	<ul style="list-style-type: none"> • No requieren caminar largas distancias hasta su trabajo • utilizan vehículos de motor para transportarse hasta el centro laboral, • No realizan ejercicio corporal regularmente • Pasan la mayor parte del tiempo de trabajo sentados o parados, con pequeño desplazamiento corporal (conversando, leyendo, viendo TV, escuchando 	<ul style="list-style-type: none"> • Educadores • empleados de oficina o tiendas, • pintores, • laboratoristas, • médicos, • labores domésticas, • conductores, • músicos, • cocineros • radio, utilizando computadoras, etc.). <p>75% sentado o de pie</p> <p>25% de pie o moviéndose.</p>

Estilos de vida activos o con actividad moderada (NAF medio)= 1,85).		
Personas con ocupaciones que no son vigorosas en términos de necesidades de energía, pero que tienen un gasto superior a las actividades referidas discrecionales.	Desarrollo de actividades que las descritas para los estilos de vida sedentarios. pueden ser personas con ocupaciones sedentarias que regularmente pasan una cierta cantidad de tiempo en actividades físicas moderadas o vigorosas, durante su trabajo o en el	<ul style="list-style-type: none"> • estudiantes • labores agrícolas • construcción • bailar, • manejar bicicleta, • golf, • ping pong, • pesca, • industria ligera, • militares no activos, • jardineros <p>25% sentado o de pie; 75% en actividad específica.</p>
Estilos de vida muy activos o con actividad intensa (NAF medio = 2,20)		
Característico de personas involucradas en trabajos vigorosos o en actividades intensas durante el tiempo libre	<ul style="list-style-type: none"> • algunas labores agrícolas • forestales • reclutas • baloncesto • fútbol • militares activos • mineros • bailarines • Atletas • Estibadores 	<p>40% sentado o de pie; 60% actividad específica,</p>
Actividad física extremadamente alta(NAF = 4,5 - 4-7)		
Tales niveles de actividad física no son sostenibles durante mucho tiempo, por lo que no se considera un estilo de vida	<ul style="list-style-type: none"> • ciclistas que pedalean durante una semana. • portadores de trineos en el Ártico 	

Fuente: Adaptado de la FAO/OMS/UNU del 2004

F. 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.

La evaluación nutricional mide indicadores de la ingesta y de la salud de un individuo o grupo de individuos, relacionados con la nutrición. Pretende identificar la presencia, naturaleza y extensión de situaciones nutricionales alteradas, las cuales pueden oscilar desde la deficiencia al exceso. Para ello se utilizan métodos médicos, dietéticos, exploraciones de la composición corporal y exámenes de laboratorio; que identifiquen aquellas características que en los seres humanos se asocian con problemas nutricionales. Con ellos es posible detectar a individuos malnutridos o que se encuentran en situación de riesgo nutricional.

Dos grandes áreas pueden considerarse en la evaluación del estado nutricional:

- 1) estudio de la epidemiología y despistaje de la malnutrición en grandes masas de población, especialmente en países en vías de desarrollo y
- 2) estudios realizados de forma habitual por el médico o el dietólogo,

generalmente en países desarrollados, bien de forma individual o bien colectiva, tanto en individuos sanos como en enfermos.⁷

G. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

1. Evaluación antropométrica

Los indicadores antropométricos y de composición corporal que más se utilizan actualmente en la práctica clínica en personas adultas de 18 a 65 años son:

- Peso
- Talla
- Índice de masa corporal
- Circunferencia de cintura
- Impedancia bioeléctrica

a) Peso corporal:

Es la fuerza con la que el cuerpo actúa sobre un punto de apoyo a causa de la atracción de la fuerza de la gravedad. Debe medirse preferiblemente con una balanza digital calibrada, con el sujeto de pie, nivelado en ambos pies, con el mínimo de ropa posible o con bata clínica, después de evacuar vejiga y recto.

Para efectos clínicos, el peso corporal se puede clasificar en:

- Peso actual:

Peso real del individuo al momento de la realizar la medición.

- Peso ideal:

Peso definido por tablas de peso ideal según talla como las de Metropolitan Life Insurance Company de 1956, o definido por el método de Hamwi:

Hombres: Peso Ideal (Kg) = $\frac{(Talla \text{ (cm)} - 152)}{2.5} \times 2.7 + 48.2$

Mujeres: Peso Ideal (Kg) = $\frac{(Talla \text{ (cm)} - 152)}{2.5} \times 2.3 + 45.5$

- Peso usual:

Es el peso habitual reportado por el paciente.

b) Talla:

Es la medida en centímetros entre el Vértex y el plano de apoyo del individuo.

La talla ideal corresponde al percentil 50 para la edad y género.

c) Índice de masa corporal

- El índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet se calcula con la siguiente fórmula:

$IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}$

Tabla de valores del IMC	
Clasificación de la OMS	IMC
Bajo peso	Menos de 18.5
Peso normal	18.5 - 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad tipo I	30.0 – 34.9
Obesidad tipo II	35.0 – 39.9
Obesidad tipo III	Más de 40

Fuente: Clasificación del IMC según OMS

H. GUÍA ALIMENTARIA

Las guías alimentarias basadas en alimentos (GABAS) son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre recomendaciones nutricionales y composición de alimentos, en mensajes prácticos que facilitarán a las personas la selección y el consumo de una alimentación saludable. Son mensajes breves, claros y concretos, culturalmente aceptables, fundamentados en hábitos y costumbres alimentarias de la población, dirigidos a personas sanas mayores de dos años, con el objetivo de promover la salud, reducir el riesgo de enfermedades nutricionales, tanto por déficit como por exceso, acompañadas de una representación gráfica o icono que las identifica y ayuda a la población a recordar fácilmente cuales son los alimentos que debe incluir en su alimentación cotidiana y en qué cantidades.

- Las Guías alimentarias reflejan la situación nutricional del país.
- Las Guías alimentarias utilizan un lenguaje corriente, comprensible para el público en general.

- Las Guías alimentarias proporcionan consejos prácticos que son adecuados para las costumbres locales, las pautas alimentarias, las condiciones económicas y los estilos de vida.
- Las Guías alimentarias se basan en principios científicos.⁹

Las GABA fueron objeto de análisis durante una consulta conjunta FAO/OMS que tuvo lugar en Chipre en marzo de 1995 (FAO/OMS, 1998). El propósito de la consulta fue establecer las bases científicas para la elaboración, uso y adopción de las guías en todos los países, dado el importante papel que éstas pueden tener en las pautas de consumo y en las prácticas alimentarias, y en la información sobre trastornos relacionados con la alimentación, ya sea por deficiencia o por exceso.

Las GABA figuraron entre las consideraciones prioritarias de la Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN) (Roma, 1992) y de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996). La Declaración mundial sobre la nutrición y el Plan de Acción adoptados por la CIN incluyeron entre sus objetivos la eliminación o reducción sustancial del hambre -y de las muertes causadas por el hambre-, de la desnutrición crónica, de las deficiencias de micronutrientes y de las enfermedades transmisibles y no transmisibles relacionadas con la alimentación. En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la alimentación, se enfatizó la necesidad de promover dietas apropiadas y modos de vida sanos como estrategia apropiada para alcanzar los objetivos propuestos.

Para elaborar el contenido y definir la orientación de las guías alimentarias, es fundamental tener un conocimiento cabal de los problemas de salud pública predominantes de un país. Se deben considerar factores sociales, culturales, económicos, ambientales y agrícolas que se relacionan con una adecuada disponibilidad y utilización de los alimentos. Se deben formular mensajes positivos que pongan de manifiesto los beneficios y la satisfacción que procura una alimentación apropiada. Es necesario en fin tener en cuenta diversos campos científicos y los intereses de grupos multidisciplinarios y multisectoriales, con el objeto de poner de manifiesto los aspectos vinculados al mejoramiento de la alimentación y nutrición de las poblaciones.

Para la preparación de las GABA se deben seguir varias etapas que comprenden la formación de un grupo de trabajo; la recopilación y análisis de información sobre salud, educación, agricultura y ambiente; la identificación de los problemas relacionados con la alimentación y la nutrición; la definición de propósitos; la elaboración de mensajes claves y su validación; y la difusión de las guías.

Los mensajes sobre prácticas alimentarias apropiadas -cuya expresión deberá ajustarse a los niveles de educación de la población- contenidos en las GABA han de recoger la siguiente información básica:

- Situación de salud y nutrición de la población;
- Disponibilidad y acceso a los alimentos;
- Patrones de consumo y prácticas alimentarias actuales.

El diagnóstico de la situación alimentaria se hace mediante la revisión de encuestas, informes y documentos existentes con el fin de identificar la magnitud de los problemas, las soluciones posibles, y valorar el impacto de las intervenciones que es necesario poner en práctica.

Para conocer la situación de salud se deben analizar las tasas de mortalidad y morbilidad por grupos de población, sus principales causas y tendencias. Los indicadores antropométricos -y sus puntos de intersección- permiten identificar las alteraciones del peso en función de la talla y de la edad respectivamente, las alteraciones de la talla en función de la edad y los niveles de sobrepeso y obesidad. Es importante también conocer la prevalencia y la incidencia de la deficiencia de micronutrientes, particularmente de hierro, yodo y vitamina A. Se deben tomar en cuenta otros factores como la actividad física, la frecuencia y consumo de alimentos de baja calidad nutricional preparados fuera del hogar, y la posible existencia de contaminantes químicos y biológicos de los alimentos.¹

1. INFORME DE LA CONSULTA TÉCNICA REGIONAL DE LAS GUÍAS ALIMENTARIAS

En seguimiento a los acuerdos de la Conferencia Internacional de Nutrición, realizada en Roma en 1992 (1), el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá - INCAP- y la Organización Panamericana de la Salud -OPShan apoyado el desarrollo, implementación y evaluación de guías alimentarias en los países de América Latina, a través de talleres de capacitación, asistencia técnica directa y transferencia de metodologías. Este capítulo presenta un resumen del proceso propuesto para la elaboración implementación y

evaluación de las guías alimentarias y hace un análisis de las guías alimentarias de América.

2. MODELO PROPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DE GUÍAS ALIMENTARIAS

Las guías alimentarias, por definición, son un instrumento educativo que adapta los conocimientos científicos sobre requerimientos nutricionales y composición de alimentos en una herramienta práctica que facilita a la población la selección de una dieta saludable. Las guías alimentarias están presentadas en forma sencilla y comprensible para que ayuden a personas sin conocimientos científicos de alimentación y nutrición a seleccionar dietas sanas.

El modelo propuesto por el INCAP/OPS (2), toma en cuenta la información sobre salud, alimentación y nutrición, tal como el estado nutricional de la población, el perfil epidemiológico, la información acerca de la disponibilidad, costo, acceso y consumo de alimentos y la composición química de los mismos, así como los hábitos alimentarios de la población. A estos criterios se incorporan elementos de la antropología social, que permiten adaptar las guías alimentarias a la realidad social, cultural y económica del grupo objetivo.

En el modelo propuesto, es indispensable incorporar las ideas y puntos de vista de diversas instituciones de los sectores públicos y privado y de los usuarios, desde el inicio de procesos de elaboración de las guías alimentarias. Por esta razón, el primer paso recomendado consiste en la conformación de la Comisión Comité Nacional de Guías Alimentarias que incluya representantes del sector

público (salud, educación, agricultura, comercio, economía, y otros), del sector académico y privado (universidades, asociaciones profesionales, instituciones especializadas en nutrición, ligas de consumidores, cámaras de comercio e industria, organizaciones no gubernamentales y otros), así como agencias internacionales y bilaterales. La participación de los diversos sectores no sólo permite el enfoque multidisciplinario requerido para la elaboración de las guías, sino que facilita su implementación en las diferentes instancias.

Para la elaboración de las guías alimentarias el INCAP/ OPS propone el modelo que aparece en la Figura 1 y que se explica a continuación:

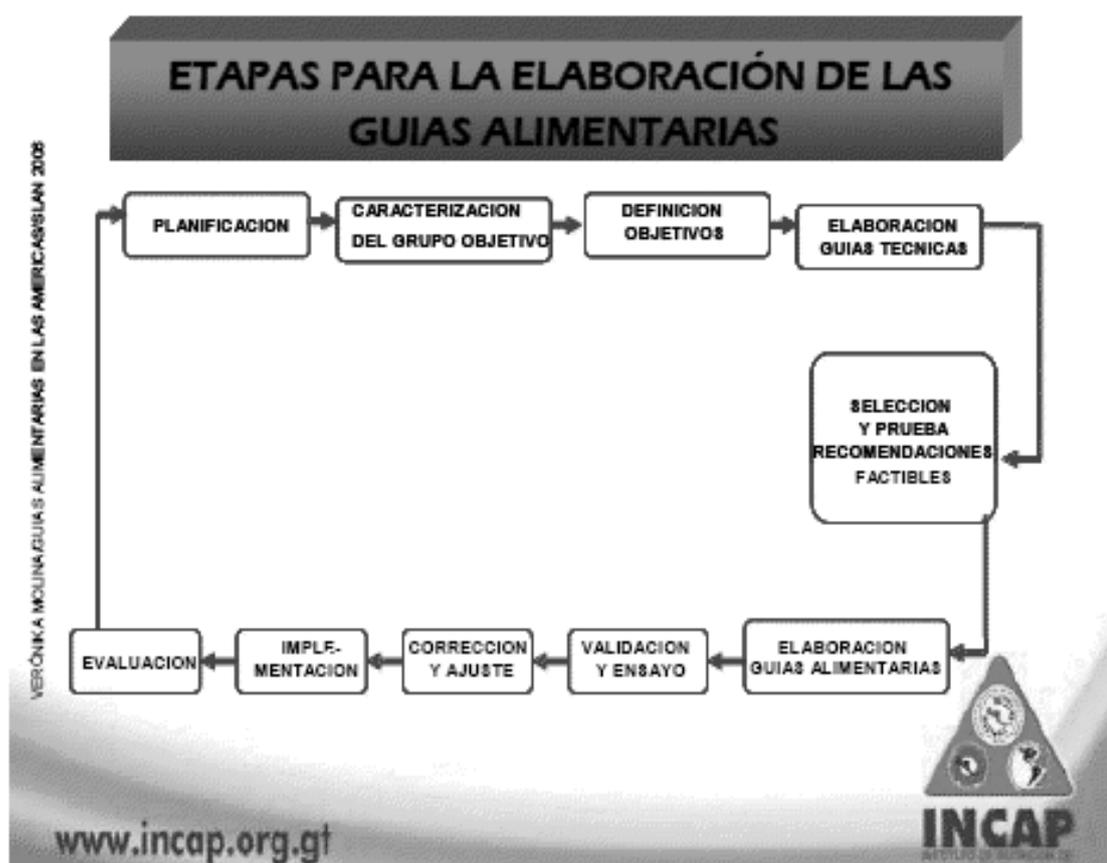


Figura1. Etapas para la elaboración de las Guías Alimentarias.

Primera Fase: Caracterización de Factores de Riesgo y Problemas Asociados a la Dieta de la Población Objetivo

El propósito de este primer paso es hacer un diagnóstico de la situación de salud y nutrición de la población objetivo a quienes se dirigen las guías alimentarias. Lo que evidencia que primero habrá que definir al grupo objetivo, que por definición es una población sana de determinada edad y sexo. Generalmente se identifican dos grupos de población: los menores de dos años y la familia como un todo, considerando como "familia" a la población sana mayor de 2 años del área urbana y rural. Se recomienda iniciar el proceso elaborando las guías alimentarias para la familia, que sirven como "sombrija" para desarrollar recomendaciones para otros grupos específicos.

Una vez identificado el grupo objetivo, se procede a la elaboración de un diagnóstico que permita conocer los factores de riesgo y problemas asociados a la dieta de la población objetivo. Este diagnóstico se hace sobre la base de la revisión de encuestas, informes y publicaciones existentes. El producto final de esta fase es un documento descriptivo que incluye los factores de riesgo y problemas asociados a la dieta y estilos de vida del grupo objetivo, los cuales se priorizan en términos de su magnitud, la viabilidad de resolverlos a través de una intervención educativa como las guías alimentarias, y la trascendencia de su solución.

Segunda Fase: Definición de Objetivos de las Guías Alimentarias

La siguiente fase consiste en definir los objetivos de las guías alimentarias en términos de lo que se espera que la población objetivo aprenda (objetivos cognoscitivos) y de lo que se espera que la población haga (objetivos conductuales). Los objetivos están orientados a prevenir y reducir los problemas prioritarios detectados en la fase previa, así como a promover estilos de vida y dietas saludables.

Tercera Fase: Elaboración de Guías Técnicas

Esta fase requiere del trabajo de profesionales del área de nutrición y consiste en convertir las metas nutricionales en el tipo y cantidad de alimentos que la población debe ingerir para cumplirlas.

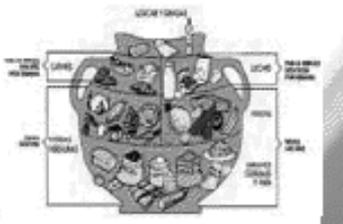
Para ello, se deben considerar el contenido de nutrientes de los alimentos, definir grupos de alimentos, el perfil de nutrientes de cada grupo, el tamaño y número de porciones que aseguren la ingesta adecuada en cantidad y calidad de alimentos. El producto final de esta fase es un documento técnico que resume las metas nutricionales, las recomendaciones nutricionales, y otras sugerencias adicionales para prevenir los problemas detectados en la primera fase. Este documento contiene las bases científicas que sustentan las guías alimentarias y está dirigido a profesionales de la salud y la nutrición, y no al público en general.

Cuarta Fase: Selección y Prueba de las Recomendaciones Factibles

Esta fase de selección y pruebas de recomendaciones factibles la dirigen antropólogos y sociólogos y es el paso clave en la metodología propuesta por INCAP/OPS, que marca la diferencia con otras metodologías usadas para la elaboración de guías alimentarias. Esta fase consiste en una prueba de campo en pequeña escala para conocer la disposición (habilidades y motivaciones) de la población objetivo para cumplir con las recomendaciones técnicas señaladas en el paso previo. Estas pruebas investigan si esa población quiere y puede realizar las recomendaciones propuestas y analiza sus reacciones a las mismas. Además permite identificar el lenguaje apropiado para elaborar los mensajes de las guías y las motivaciones para poner en práctica las recomendaciones. El producto de esta fase es una negociación entre lo ideal desde el punto de vista técnico y lo factible desde el punto de vista de la población objetivo. A manera de ilustración se muestra en el cuadro 1 los cambios realizados a una de las recomendaciones técnicas de las guías alimentarias de Guatemala como resultado de las pruebas de campo (4). Es evidente el cambio de vocabulario y enfoque, pasando de un mensaje cuantitativo a uno eminentemente cualitativo.

Esta etapa concluye con la identificación de las recomendaciones que se incluirán en las guías alimentarias.

RECOMENDACIONES TÉCNICAS Y FACTIBLES

PRIMERAS RECOMENDACIONES	SEGUNDAS RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES DESPUES DE LAS PRUEBAS DE COMPORTAMIENTOS
<p>COMA DIARIAMENTE:</p> <ul style="list-style-type: none">• 7-20 PORCIONES DE CEREALES• 1-3 PORCIONES DE FRUTAS• 2-3 PORCIONES DE VERDURAS• 1-2 PORCIONES DE LECHE O EQUIVALENTES• 2-8 PORCIONES DE CARNES O ALTERNATIVAS	<p>COMA DIARIAMENTE UNA ALIMENTACION VARIADA, QUE INCLUYA ALIMENTOS DE TODOS LOS GRUPOS:</p> <ul style="list-style-type: none">* TORTILLA, PAN CEREALES, GRANOS Y RAICES* VERDURAS Y YERBAS* FRUTAS* CARNES, HUEVOS, QUESO Y FRIJOLIOS* LECHE Y SUBSTITUTOS* GRASAS Y AZUCARES	<p>COMA VARIADO COMO SE INDICA EN LA OLLA FAMILIAR</p> 

Quinta Fase: Guías Alimentarias, Mensajes y Gráfica

Las guías alimentarias son las recomendaciones que recibirá la población objetivo a través de mensajes que pueden ser complementados por un ícono o representación gráfica. Los mensajes se elaboran de acuerdo a los resultados de la fase previa, usando el lenguaje utilizado por la población en las pruebas de campo. El número ideal de mensajes en las guías alimentarias es entre 6 y 8, para que la población pueda recordarlos y para que facilite su difusión a través de programas de Información, Educación y Comunicación (IEC).

El uso de una gráfica o ícono, tiene como propósito ayudar al grupo objetivo a recordar fácilmente cuales son los alimentos que debe incluir en su dieta diaria.

La gráfica debe transmitir el mensaje de variedad y proporcionalidad y además debe ser culturalmente aceptable para la población objetivo.

Sexta Fase: Validación, Ensayo y Ajuste de las Guías Alimentarias

Con el propósito de asegurarse que son comprendidas, relevantes, aplicables y persuasivas, las guías alimentarias (mensajes y gráfica) deben ser validadas con personas representantes de la población objetivo a través de pruebas de campo. Las guías alimentarias pueden ser teóricamente correctas, pero si no son comprendidas, recordadas y aplicadas por la audiencia a la que están destinadas, no cumplirán con su propósito. Los mensajes y gráficas son corregidos con base en los resultados de las validaciones. Una nueva revisión técnica es recomendable después de esta etapa, para asegurar que la adaptación al lenguaje popular no distorsiona el contenido técnico de las guías.¹¹

IV. METODOLOGÍA

A. LOCALIZACIÓN Y TEMPORALIZACIÓN

1. LOCALIZACIÓN

La presente investigación se realizó en los locales de Megamaxi y Supermaxi de la ciudad de Ambato y Supermaxi en Riobamba.

2. TEMPORALIZACIÓN

El proyecto de investigación se lo realizó en dos fases la primera fue una línea de base y la segunda contemplo la elaboración de una guía alimentaria.

Tuvo una duración total de siete meses, en la que se realizó la obtención de los datos para con ellos elaborar la guía alimentaria.

B. VARIABLES

1. IDENTIFICACIÓN

- f. Características generales
- g. Estado nutricional
- h. Hábitos alimentarios
- i. Actividad física
- j. Características clínicas

2. DEFINICIÓN

- a. **Características de la población:** estas identifican a un individuo o población según la edad, sexo.

- b. **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.

- c. **Hábitos alimentarios:** Comprende el consumo y preferencias de alimentos y bebidas, creencias acerca de los alimentos y número de comidas al día.

- d. **Actividad física:** Comprende un conjunto de movimientos del cuerpo obteniendo como resultado un gasto de energía mayor a la tasa del metabolismo basal.

- e. **Características clínicas:** antecedentes patológicos personales, y antecedentes patológicos familiares.

3. OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLES		TIPO	DIMENSIÓN
CARACTERÍSTICAS GENERALES	Sexo	Nominal	Hombre Mujer
	Edad	Continua	Años
ESTADO NUTRICIONAL	IMC	Continua	Kg/m ²
		Ordinal	Bajo peso < 18.5 Normal 18.5 - 24.9 Sobrepeso 25 - 29.9 Obesidad I 30 – 34.5 Obesidad II 30 – 34.5 Obesidad III >= 40
HÁBITOS ALIMENTARIOS	Numero de comidas en casa al día	Continua	Numero
	Preferencia de alimentos a media mañana y tarde	Nominal	Alimentos
	Bebidas de preferencia	Nominal	Bebidas
	Creencias de alimentos que engorden	Nominal	Alimentos
ACTIVIDAD FÍSICA	Clasificación del NAF de las poblaciones de acuerdo con sus estilos de vida	Nominal	Actividad ligera Actividad moderada Actividad intensa Actividad extremadamente alta
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	APP	Nominal	Si No
	APF	Nominal	Si No

C. TIPO Y DISEÑO DE ESTUDIO

La presente investigación es un estudio no experimental, de tipo transversal.

D. POBLACIÓN

La población participante fue de 109 personas atendidas en los meses de septiembre, octubre y noviembre 2013.

E. DESCRIPCIÓN Y PROCEDIMIENTOS

a. Recolección de datos

La recolección de datos se realizó en la primera fase en los locales Supermaxi y Megamaxi de la ciudad de Ambato y Supermaxi de la ciudad de Riobamba.

En este proceso se procedió a realizar una entrevista personal, en la cual se obtuvo datos de características generales como edad y sexo, datos antropométricos, de hábitos alimenticios y de actividad física.

Para la evaluación antropométrica se utilizó los siguientes equipos e instrumentos:

- **Peso:** La balanza mecánica que se encuentra en el espacio de consulta Maxinutrición.
- **Talla:** Se utilizó el tallmetro que se encuentra en el espacio de consulta Maxinutrición

Con respecto al estado nutricional, después de haber obtenido las medidas antropométricas, se utilizó la clasificación de la OMS para determinar cómo se encuentra con respecto a su Índice de Masa Corporal.

Se clasificó el nivel de actividad física de la población de acuerdo a sus estilos de vida y ocupación con las categorías de FAO/OMS/UNU del 2004.

Para la recolección de los datos se aplicó la Historia Clínica Nutricional (Anexo 1).

b. Elaboración de una guía alimentaria

En la segunda fase para la elaborar la guía alimentaria se utilizó el modelo propuesto por el INCAP en el que se muestra que a partir del diagnóstico es necesario definir objetivos educativos que están orientados a prevenir y reducir los problemas prioritarios detectados en la fase previa. Y de cada objetivo planteado formular mensajes y recomendaciones nutricionales para llegar a la población.

Los objetivos educativos formulados son:

1. Mantener la salud realizando diariamente una alimentación variada que incluya todos los grupos alimentos.
2. Comer con moderación según las porciones indicadas en cada grupo de alimentos para mantener un peso saludable.
3. Consumir diariamente en todas sus comidas verduras y frutas de temporada.

4. Disminuir el consumo de bebidas azucaradas y gaseosas, azúcar, dulces, golosinas y productos de repostería.
5. Disminuir el consumo de sal y de los alimentos con alto contenido de la misma.
6. Controlar el consumo de carnes, embutidos, manteca, margarina, quesos, crema de leche, lácteos enteros, mayonesa frituras por su alto contenido en grasas.
7. Alimentarse 5 veces en el día, 3 comidas principales y 2 colaciones.
8. Realizar actividad física 150 minutos semanales.

Para el diseño de la guía alimentaria se usó el programa Microsoft Publisher, y en la misma se encuentran gráficos didácticos y recomendaciones para la población adulta joven,

F. ESQUEMA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

Todos estos datos obtenidos fueron registrados y detallados en una base de datos en el programa EXCEL para luego ser analizados y procesados. Para análisis estadístico se utilizó el programa JMP 5.1- Copyright © 1989 – 2003

SAS

Institute

Inc.

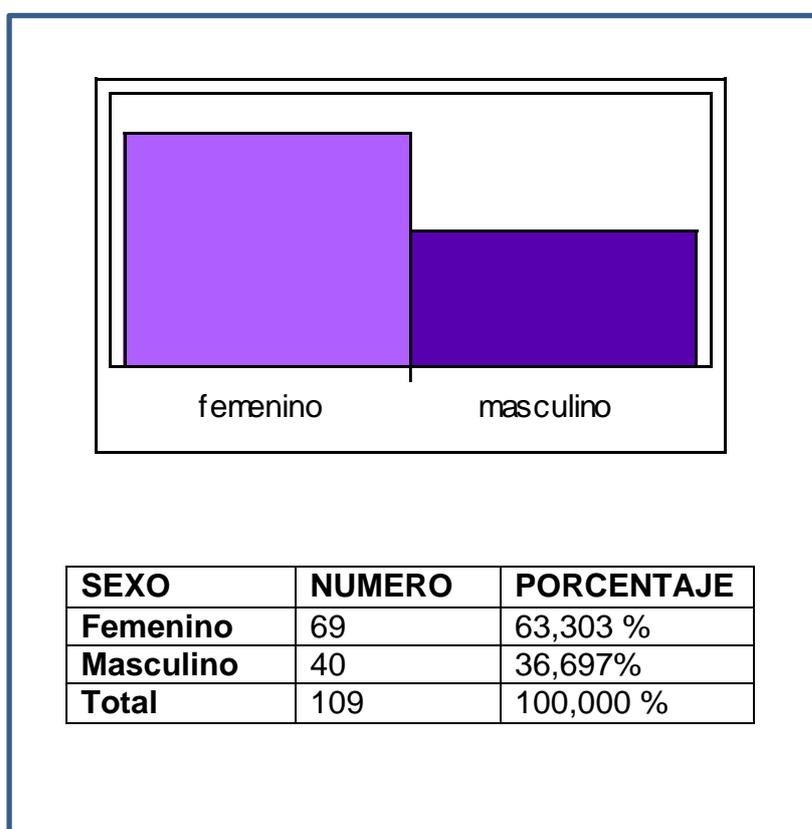
V. RESULTADOS

A. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN INVESTIGADA

GRAFICO 1.

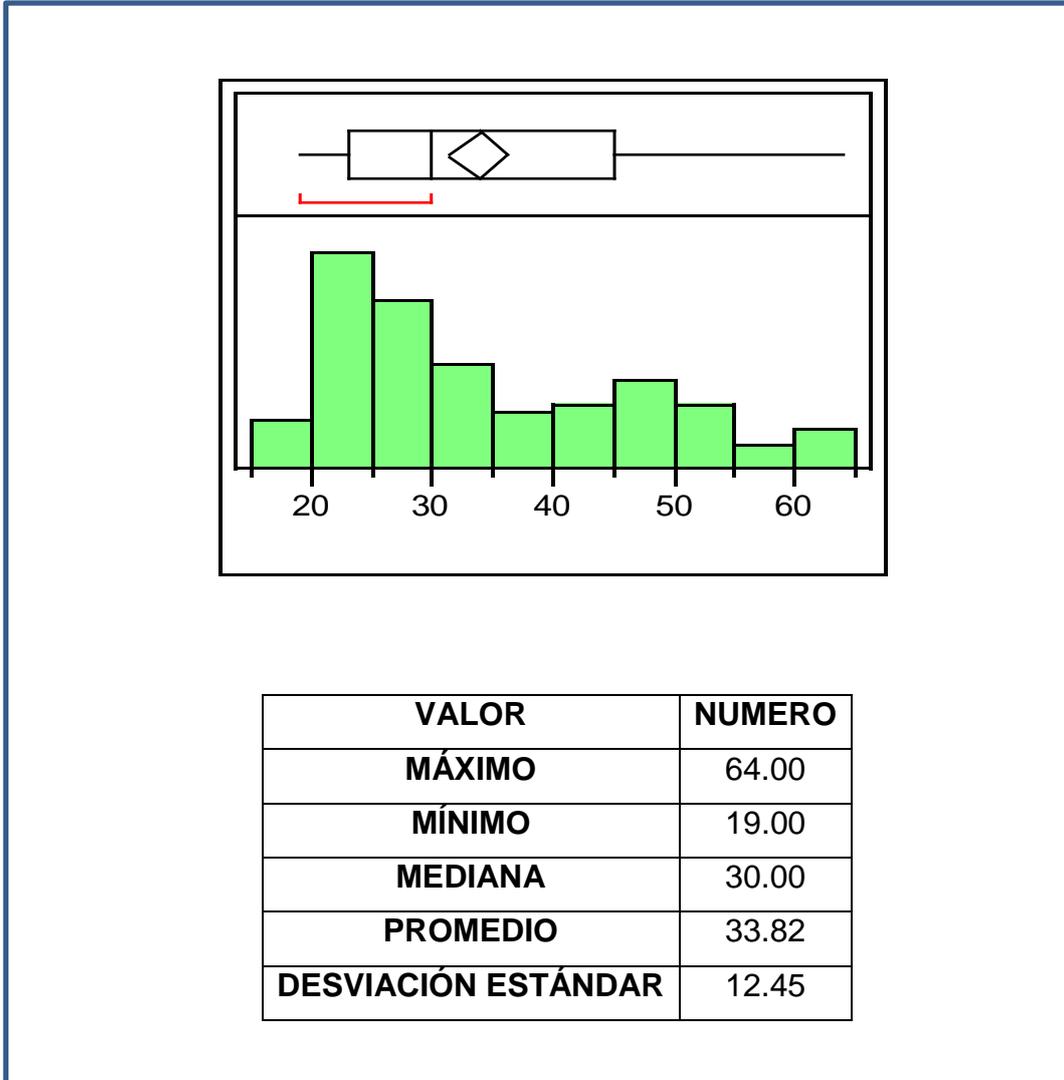
Distribución de la población según sexo



Se analizó un total de 109 personas, en el que el 63,305 % fue de sexo femenino que corresponde a 69 mujeres, mientras que el 36,697% es de sexo masculino que corresponde a 40 hombres.

GRAFICO 2.

Distribución de la población según edad

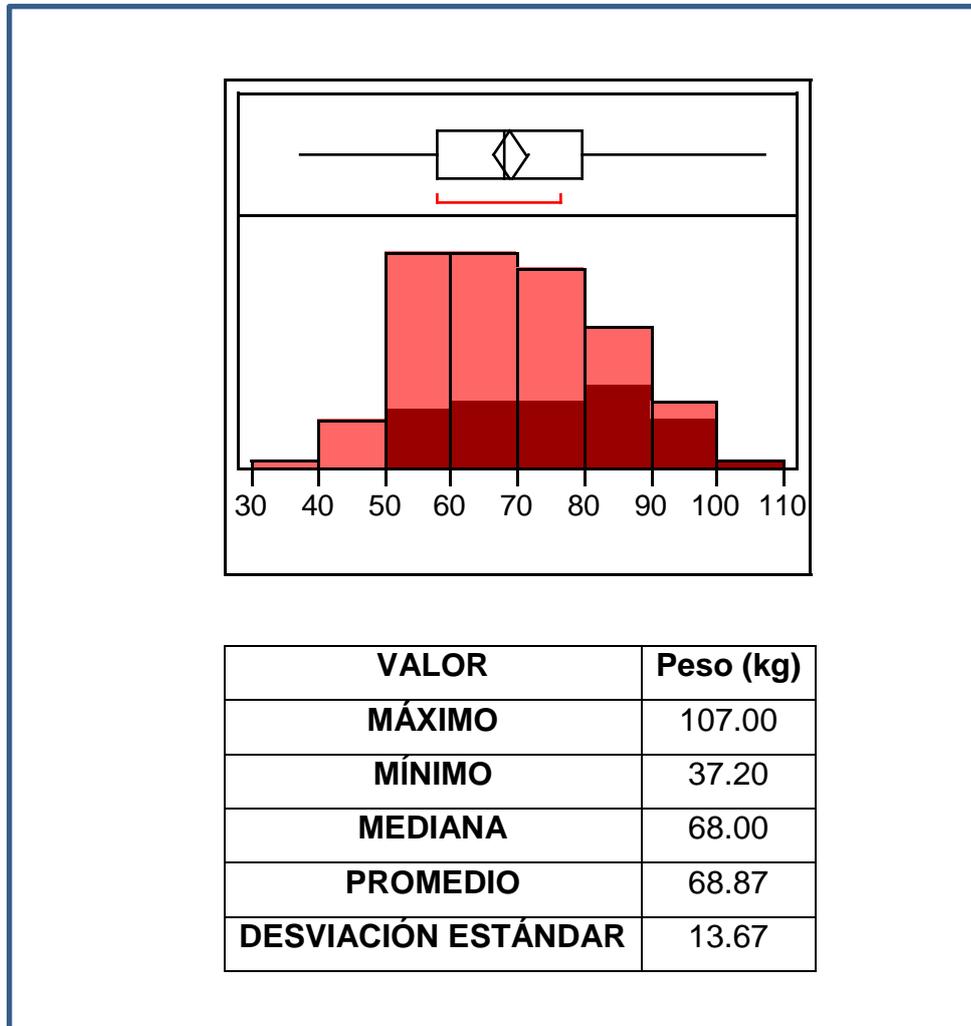


El promedio de edad de las personas atendidas es de 33.82 años de edad, es decir se trata de adultos jóvenes, en los extremos se ubica un adulto joven de 19 años y un adulto mayor de 64 años. La distribución de la población es asimétrica positiva puesto que el promedio es mayor a la mediana.

2. ESTADO NUTRICIONAL

GRAFICO 3.

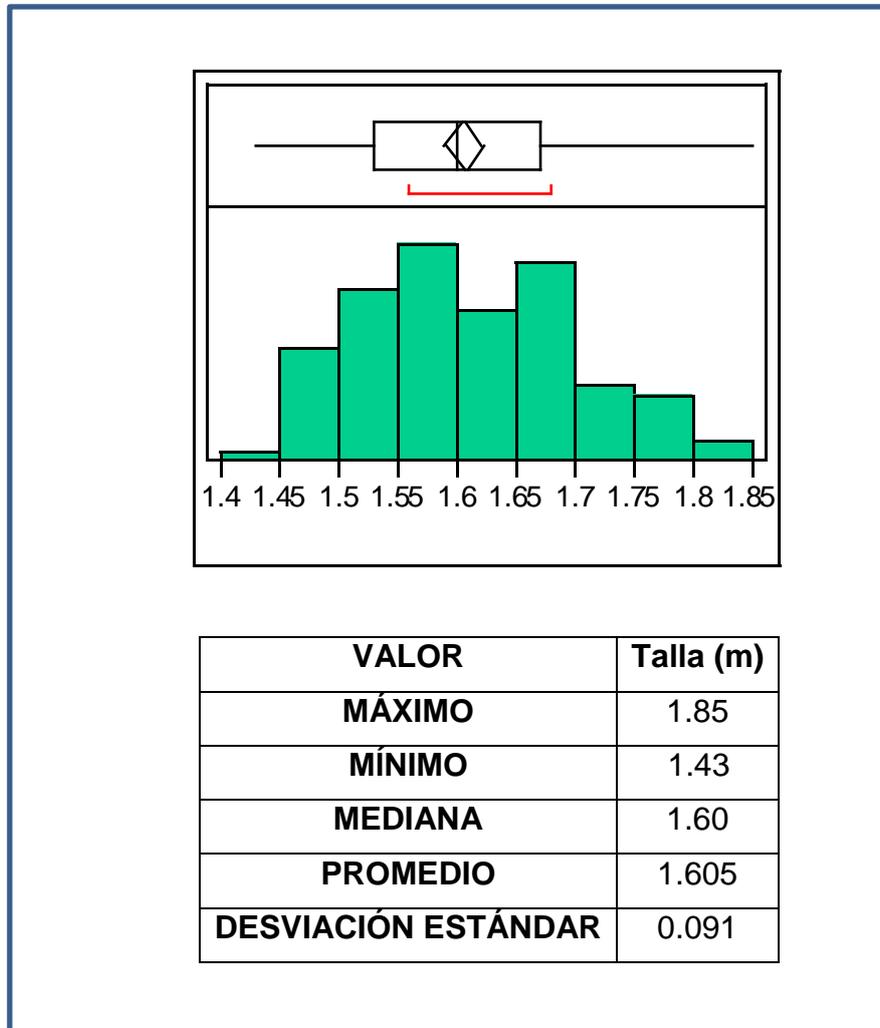
Distribución de la población según peso



El promedio del peso de las personas atendidas es de 68.87 kilogramos. El máximo es de 107 kilogramos, mientras que el mínimo es de 37.20 kilogramos. La distribución de la población es asimétrica positiva puesto que el promedio es mayor a la mediana.

GRAFICO 4.

Distribución de la población según talla

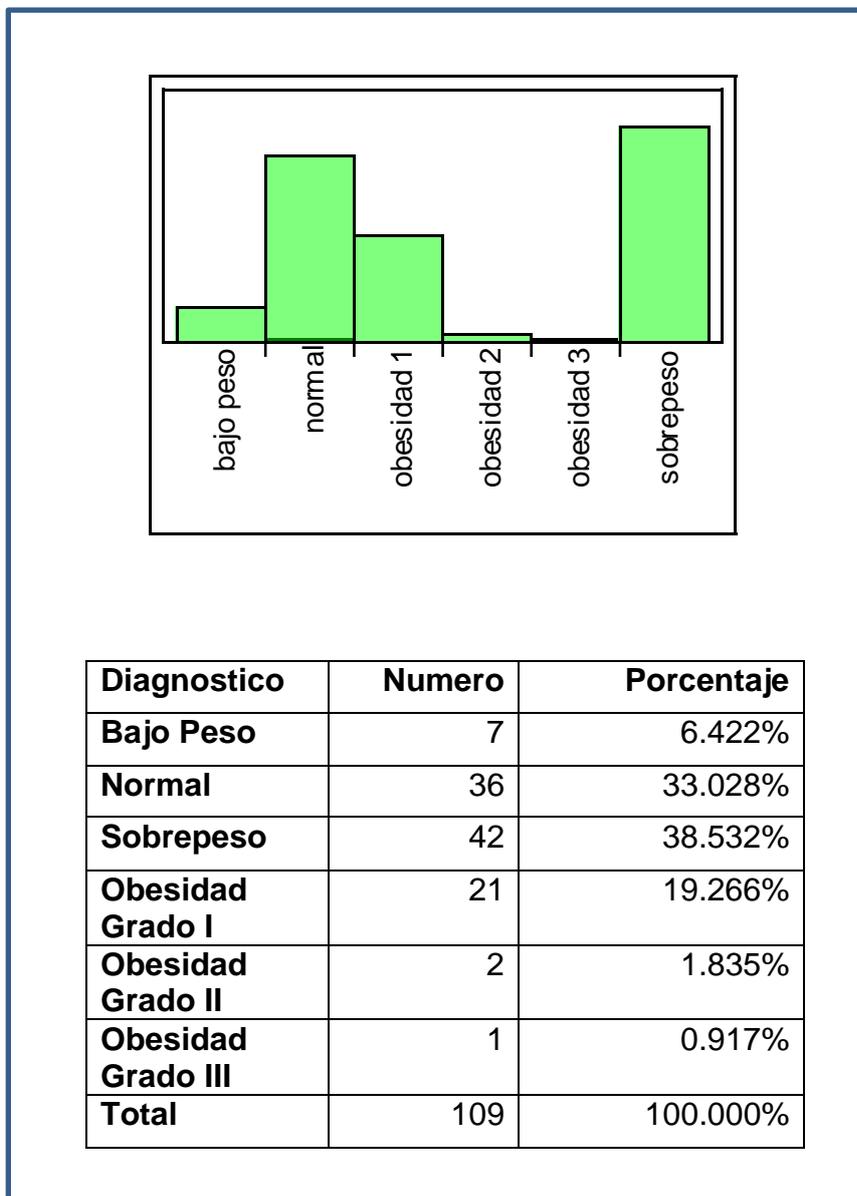


El promedio de la talla de las personas atendidas es de 1.60 metros. El máximo es de 1.85 metros, mientras que el mínimo es de 1.43 metros.

La distribución de la población es asimétrica positiva puesto que el promedio es mayor a la mediana.

GRAFICO 5.

Distribución de la población según diagnóstico de IMC

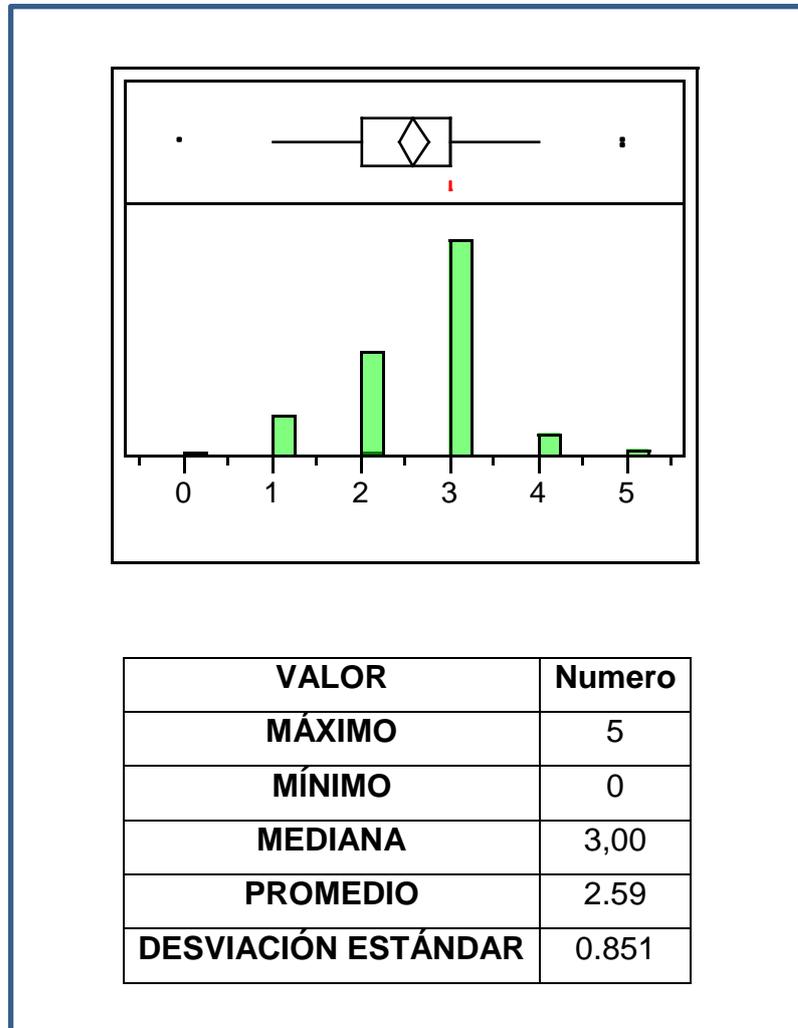


El 38.53 % de las personas atendidas presentan sobrepeso, mientras que solo el 33.02 % se encuentra en la normalidad, el 19.26 % presentan obesidad grado I, el 6.4% presentan bajo peso, el 1.8% obesidad grado II, y 0.9% obesidad grado III.

3. HÁBITOS ALIMENTARIOS

GRAFICO 6.

Distribución de la población según número de comidas en casa

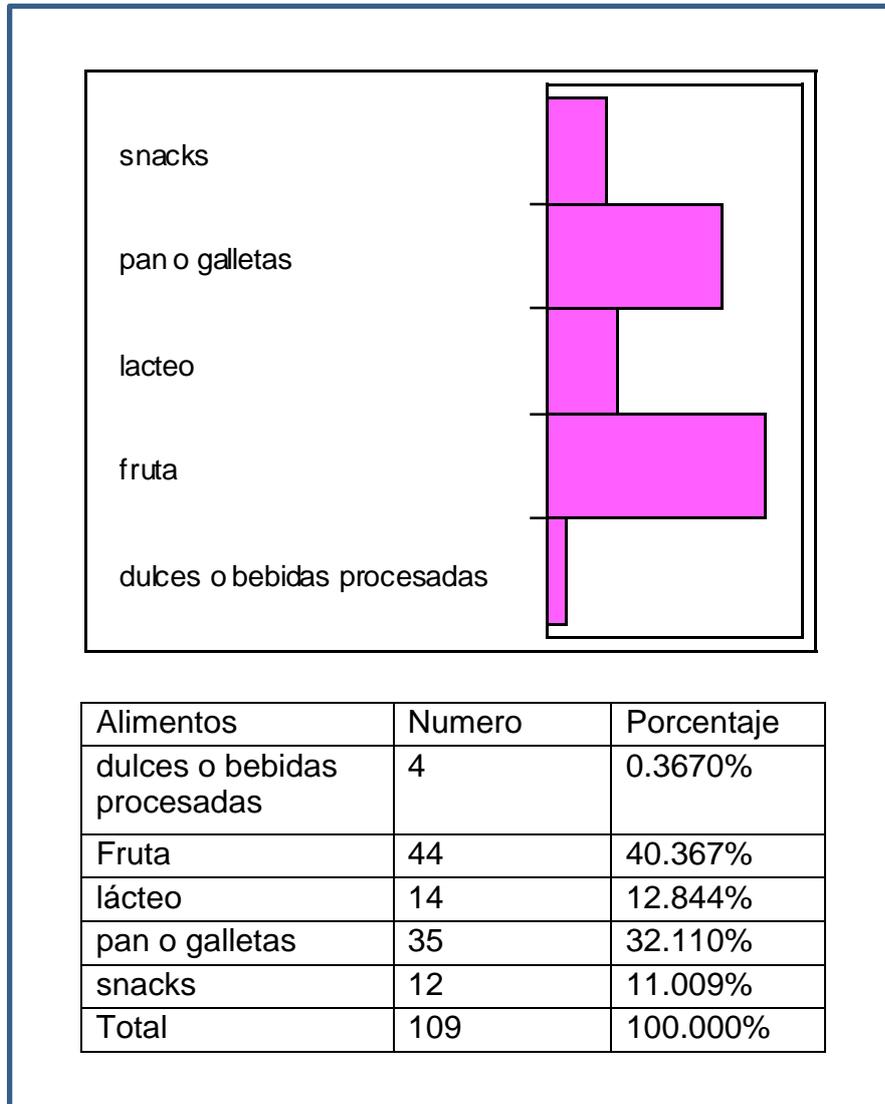


El máximo número de comidas al día en casa es de 5, el mínimo de 0 comidas, y en promedio el número de comidas es de 2.59.

La distribución de la población es asimétrica negativa puesto que el promedio es menor que la mediana.

GRAFICO 7.

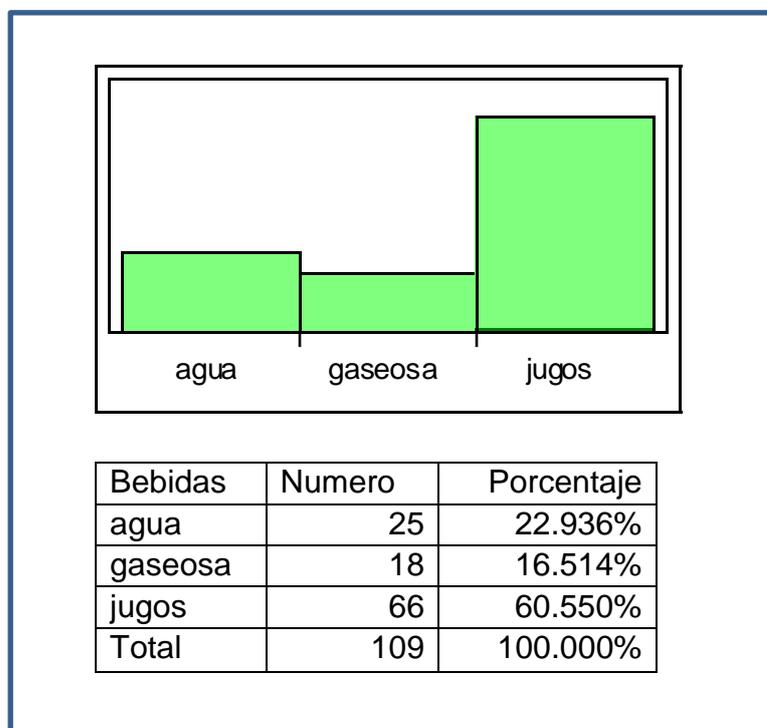
Distribución de la población según preferencia de alimentos en la colación.



El 40.36 % de los adultos atendidos prefieren fruta para la colación de media mañana y tarde, el 32.11% prefiere pan o galletas, el 12.84% prefieren un lácteo como yogurt o leche, el 11% elige snacks y el 0.36% dulces o bebidas procesadas.

GRAFICO 8.

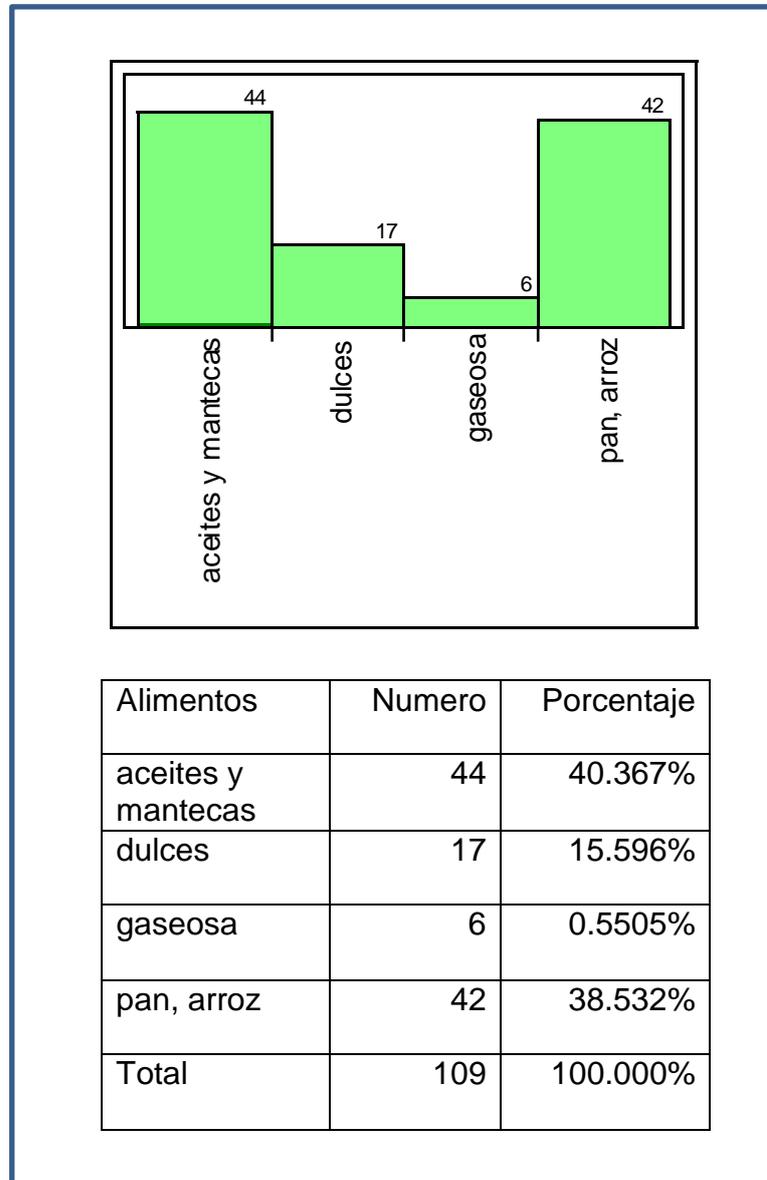
Distribución de la población según bebidas de preferencia.



El 60.55 % de los adultos prefieren jugos naturales como bebidas para acompañar sus comidas, el 22.93% agua, y el 16.51 prefiere gaseosa.

GRAFICO 9.

Distribución de la población según creencias de alimentos que engordan.

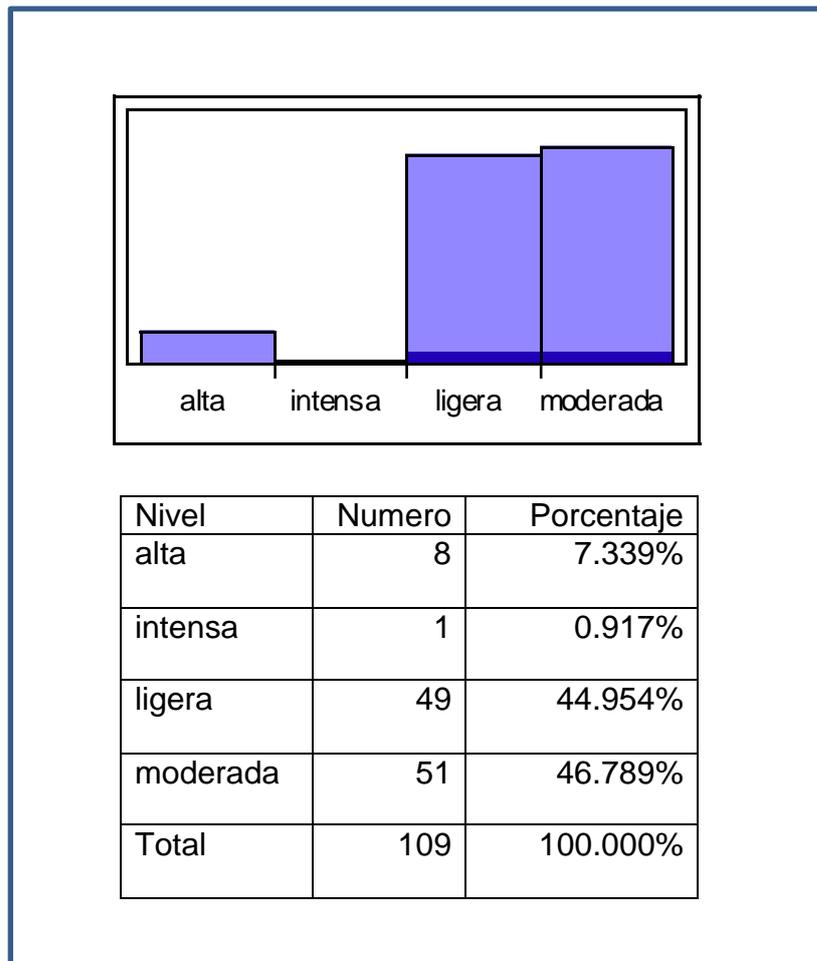


En cuanto a las creencias de los adultos atendidos el 40.36% cree que los alimentos que más engordan son los aceite y mantecas, el 38.53% considera que es el pan y el arroz, el 15.59 % cree que son los dulces y solo el 0.55% considera que son las gaseosas.

4. ACTIVIDAD FÍSICA DE POBLACIÓN

GRAFICO 10.

Distribución de la población según nivel de actividad física.

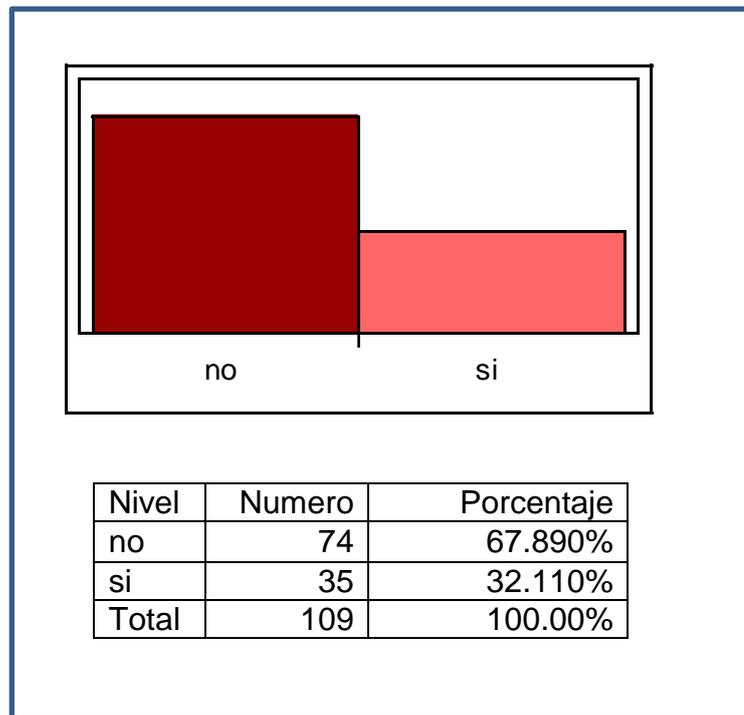


El 46.78% de los adultos realiza una actividad física moderada, el 44.95 % una actividad física ligera, y tan solo el 7.33% realiza una actividad física alta y el 0.91 actividad física intensa.

5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

GRAFICO 11.

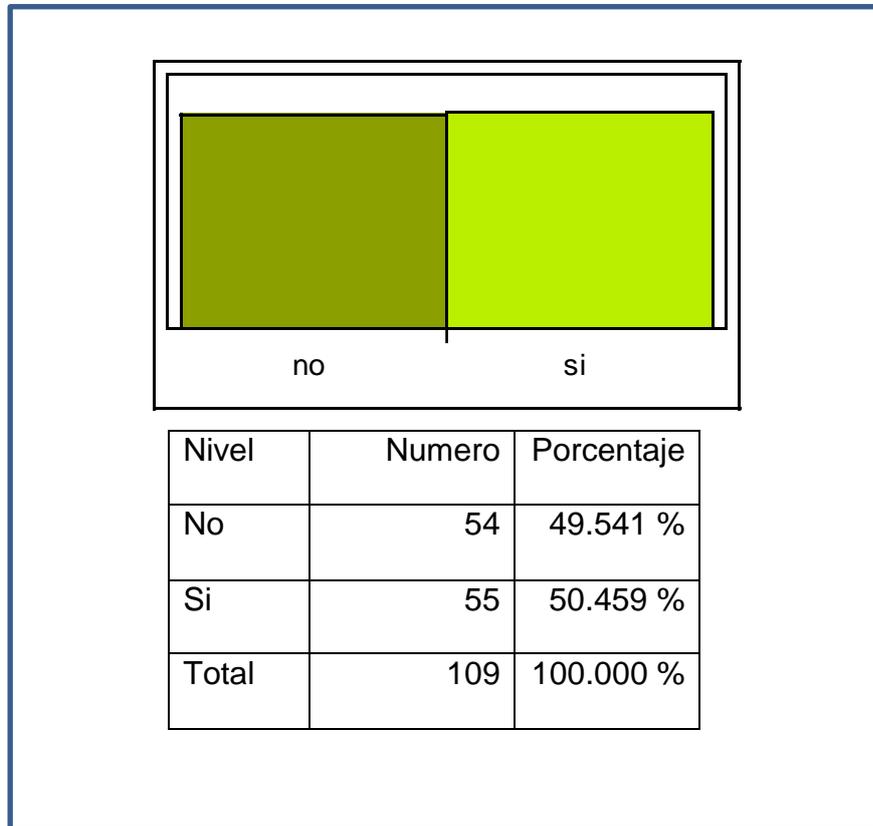
Distribución de la población según antecedentes patológicos personales



De los adultos atendidos un 67.89 % que corresponde a 74 personas, manifestaron no tener antecedentes patológicos personales, mientras que en un 32.11% correspondiente a 35 personas, manifestaron si tener antecedentes patológicos personales de enfermedades metabólicas.

GRAFICO 12.

Distribución de la población según antecedentes patológicos familiares.



De los adultos atendidos un 49.54% que corresponde a 54 personas, manifestaron no tener antecedentes patológicos familiares, mientras que en un 50.45% correspondiente a 55 personas, manifestaron si tener antecedentes patológicos familiares de enfermedades metabólicas, principalmente referente a hipertensión arterial, obesidad y diabetes.

VI. CONCLUSIONES

En la fase diagnóstica se identificó las características generales y clínicas de la población en estudio y se observó que la mayor parte de las personas atendidas fueron de sexo femenino con un 63,305 %, mientras que el 36,697% fueron de sexo masculino.

El promedio de edad de las personas fue de 33.82 años de edad, es decir que se trató en su mayoría con adultos jóvenes.

Al evaluar el estado nutricional se encontró que el 38.53 % de las personas atendidas presentan sobrepeso, el 19.26 % presentan obesidad grado I, mientras que solo el 33.02 % se encuentra en la normalidad.

En cuanto a las principales características en los hábitos alimenticios de la población a estudio el promedio de comidas en casa es de 2.59 al día.

Los alimentos que consumen para las colaciones de media mañana y tarde en orden de preferencia son: las frutas, pan o galletas, lácteos, snacks y dulces. Además manifestaron desconocer otras opciones de alimentos.

Las bebidas de preferencia para acompañar sus comidas son en un 60.55% jugos naturales azucarados, agua un 22.93%, y gaseosa un 16.51%.

En cuanto a las creencias de los adultos atendidos el 40.36% cree que los alimentos que más engordan son los aceites y mantecas, el 38.53% considera

que es el pan y el arroz, el 15.59 % cree que son los dulces y solo el 0.55% considera que son las gaseosas.

Se identificó que el 46.78% de los adultos realiza una actividad física moderada, el 44.95 % una actividad física ligera, y tan solo el 7.33% realiza una actividad física alta y el 0.91 actividad física intensa.

De los adultos atendidos un 67.89 % que corresponde a 74 personas, manifestaron no tener antecedentes patológicos personales, mientras que en un 32.11% correspondiente a 35 personas, manifestaron si tener antecedentes patológicos personales de enfermedades metabólicas.

En cuanto a antecedentes patológicos familiares un 49.54% que corresponde a 54 personas manifestó no tenerlos, mientras que en un 50.45% correspondiente a 55 personas, manifestaron si tener antecedentes patológicos familiares de enfermedades metabólicas, principalmente referente a hipertensión arterial, obesidad y diabetes.

En la segunda fase se usaron estos resultados para la elaboración de una guía alimentaria para la población adulta beneficiaria del programa Maxinutrición Ecuador y se estableció objetivos que están orientados a prevenir y reducir los problemas prioritarios detectados en la fase previa, así como a promover estilos de vida y dietas saludables.

VII. RECOMENDACIONES

La importancia de las guías alimentarias se basa en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de las enfermedades relacionadas con la dieta.

Por este motivo el uso de las mismas como herramienta es vital para la educación alimentaria nutricional de la población adulta.

Para la elaboración de una guía alimentaria se deben considerar factores sociales, culturales y económicos.

Además se deben formular mensajes positivos que informen los beneficios y la satisfacción de una alimentación apropiada.

La fase diagnóstica o línea de base y la guía elaborada podrán ser usadas para programas de educación alimentaria nutricional posteriores en el país.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

3. **Morón, C. Calderón, T.**Elaboración de Guías Alimentarias Basadas en Alimentos en Países de América Latina. Informe Taller. Quito: FAO 1998. [en línea]
<http://www.fao.org>
2013-12-16

4. **ADULTO JOVEN (DEFINICIÓN)**
<http://es.wikipedia.org>
2013-12-16

5. **ADULTO JOVEN (CARACTERÍSTICAS)**
<http://www.alimentacionynutricion.org>
2013-12-14

6. **HÁBITOS ALIMENTARIOS (DEFINICIÓN)**
<http://coyotitas.blogspot.com>
2013-12-11

7. **ADULTO (ACTIVIDAD FÍSICA)**
<http://www.who.int>
2013-12-11

8. **Hernández Triana, M.**Requerimiento de energía alimentaria para la población cubana adulta: Clasificación del nivel de actividad física (NAF). La Habana: Instituto Nacional de Nutrición e Higiene de los Alimentos. 2004. [en línea]
<http://bvs.sld.cu>
2013-12-11

9. **ESTADO NUTRICIONAL (DEFINICIÓN)**
<http://www.alimentacionynutricion.org>
2013-12-11

10. ESTADO NUTRICIONAL (EVALUACIÓN)

<http://www.nutristein.com>

2013-12-12

11. GUÍA ALIMENTARIA (DEFINICIÓN)

<http://www.alimenta.com>

2013-12-12

12. GUÍA ALIMENTARIA

<http://www.fao.org>

2013-12-11

13. Molina, V. Guías Alimentarias en América Latina. Informe de la consulta técnica regional de las Guías Alimentarias. Anales Venezolanos de Nutrición: Caracas. 2008. [en línea]

<http://www.scielo.org>

2013-12-11

IX. ANEXOS

ANEXO 1

HISTORIA CLÍNICA NUTRICIONAL “MAXINUTRICION”		
Lugar de atención:		Fecha:
Nombres		Apellidos
Ocupación	Teléfonos	E-mail:
Edad	Estado civil	
APF:		
APP :		
HÁBITOS		
¿Con qué bebidas acompaña sus alimentos?		
¿Cuántas comidas come en casa al día?		
¿Qué alimentos consume como media mañana o tarde?		
¿Qué alimentos cree que le engordan?		
¿Qué tipo de actividad física realiza y con qué frecuencia?		
EVALUACIÓN NUTRICIONAL		
PESO		
TALLA		
IMC		
PESO OBJETIVO		
RECOMENDACIONES		

ANEXO II



